La place du pharmacien au sein des maisons et pôles de santé pluri professionnels : les attentes des médecins généralistes

Doris Boyau

▶ **To cite this version:**

Doris Boyau. La place du pharmacien au sein des maisons et pôles de santé pluri professionnels : les attentes des médecins généralistes. Sciences pharmaceutiques. 2015. dumas-01393228

HAL Id: dumas-01393228

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01393228

Submitted on 7 Nov 2016

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

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

Université Joseph Fourier
GRENOBLE
PHARMACIE

SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER
FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 2015 N°

LA PLACE DU PHARMACIEN AU SEIN DES MAISONS ET POLES DE SANTE PLURI PROFESSIONNELS - LES ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES -

THÈSE
PRESENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE

DIPLÔME D'ÉTAT

Doris BOYAU

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Le : 03/11/2015

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Pr. ALLENET Benoit

Membres :

Dr. BARDET Jean-Didier

Dr. LAGABRIELLE Dominique

Dr. CARRAZ Jean-Christophe

La Faculté de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs

UFR de Pharmacie de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL. : +33 (0)4 76 63 71 72
FAX : +33 (0)4 76 63 71 70
Affaire suivie par Lantou FAURE NEUHAUSER Lantou.Faure@ujf-grenoble.fr

Université Joseph Fourier
GRENOBLE
PHARMACIE

Doyen de la Faculté : **M. le Pr. Christophe RIBUOT**

Vice-doyen et Directrice des Etudes : **Mme Delphine ALDEBERT**

Année 2014-2015

ENSEIGNANTS A L'UFR DE PHARMACIE

STATUT	NOM	PRENOM	DEPARTEMENT**	LABORATOIRE
MCU	ALDEBERT	Delphine	D4	LAPM_UMR SNRS 5163
PU-PH	ALLENET	Benoit	D5	ThEMAS TIMC-IMAG (UMR CNRS 5525)
PU	BAKRI	Aziz	D5	TIMC-IMAG
MCU	BATANDIER	Cécile	D1	LBFA, Inserm U1055
MCU-PH	BEDOUCH	Pierrick	D5	ThEMAS TIMC-IMAG (UMR CNRS 5525)
MCU	BELAIDI-CORSAT	Elize	D5	HP2-Inserm U1042
PAST	BELLET	Béatrice	D5	-
PU	BOUMENDJEL	Ahcène	D3	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	BOURGOIN	Sandrine	D1	CRI Inserm/UJF U823, équipe 5
MCU	BRETON	Jean	D1	L.C.I.B. - UMR E3 CEA/UJF
MCU	BRIANCON-MARJOLLET	Anne	D5	HP2-Inserm U1042
MCU	BUDAYOVA SPANO	Monika	D4	IBS
PU	BURMEISTER	Wim	D4	UVHCI, UMI 3265 UJF-EMBL-CNRS
MCU-PH	BUSSER	Benoit	D1	CRI Inserm/UJF U823, équipe 5
Professeur Emérite	CALOP	Jean	D5	-
MCU	CAVAILLES	Pierre	D1	LAPM
MCU	CHOISNARD	Luc	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
PU-PH	CORNET	Murielle	D4	THEREX, TIMC-IMAG
PU-PH	DANEL	Vincent	D5	SMUR SAMU
PU	DECOUT	Jean-Luc	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	DELETRAZ-DELPORTE	Martine	D5	Equipe SIS « Santé, Individu, Société »-EAM 4128) UCB

Mise à jour le 17 novembre 2014 par Lantou FAURE NEUHAUSER

UFR de Pharmacie de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL. : +33 (0)4 76 63 71 72
FAX : +33 (0)4 76 63 71 70
Affaire suivie par Lantou FAURE NEUHAUSER Lantou.Faure@ujf-grenoble.fr

MCU	DEMEILLIERS	Christine	D1	LBFA, Inserm U1055
PU	DROUET	Christian	D4	AGIM - CNRS 3405
PU	DROUET	Emmanuel	D4	UVHCI, UMI 3265 UJF-EMBL-CNRS
MCU	DURMORT-MEUNIER	Claire	D1	I.B.S
PU-PH	FAURE	Patrice	D1	HP2-Inserm U1042
PRCE	FITE	Andrée	D6	-
PRAG	GAUCHARD	Pierre-Alexis	D3	-
MCU-PH	GERMI	Raphaëlle	D4	UVHCI, UMI 3265 UJF-EMBL-CNRS
MCU	GEZE	Annabelle	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	GILLY	Catherine	D3	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
PU	GODIN-RIBUOT	Diane	D5	HP2-Inserm U1042
PRCE	GOUBIER MATHYS	Laurence	D6	-
Professeure Emérite	GRILLOT	Renée	D4	-
MCU	GROSSET	Catherine	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	GUIEU	Valérie	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	HININGER-FAVIER	Isabelle	D1	LBFA, Inserm U1055
MCU	JOYEUX-FAURE	Marie	D5	HP2-Inserm U1042
MCU	KHALEF	Nawel	D5	TIMC-IMAG
MCU	KRIVOBOK	Serge	D3	IRTSV
PU	LENORMAND	Jean Luc	D1	THEREX, TIMC-IMAG
PU	MARTIN	Donald	D1	TIMC-IMAG, UMR 5525 UJF-CNRS
MCU	MELO DE LIMA	Christelle	D4	L.E.C.A
PU-PH	MOSSUZ	Pascal	D4	THEREX, TIMC-IMAG
MCU	MOUHAMADOU	Bello	D3	L.E.C.A
MCU	NICOLLE	Edwige	D3	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	OUKACINE	Farid	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	PERES	Basile	D3	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	PEUCHMAUR	Marine	D3	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
PU	PEYRIN	Éric	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	RACHIDI	Walid	D1	L.C.I.B - UMR E3 CEA/UJF

Mise à jour le 17 novembre 2014 par Lantou FAURE NEUHAUSER

UFR de Pharmacie de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL. : +33 (0)4 76 63 71 72
FAX : +33 (0)4 76 63 71 70
Affaire suivie par Lantou FAURE NEUHAUSER Lantou.Faure@ujf-grenoble.fr

MCU	**RAVELET**	**Corinne**	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
PU	**RIBUOT**	**Christophe**	D5	HP2-Inserm U1042
PAST	**RIEU**	**Isabelle**	D5	-
Professeure Emérite	**ROUSSEL**	**Anne -Marie**	D1	-
PU-PH	**SEVE**	**Michel**	D1	CR INSERM / UJF U823 Institut Albert Bonniot
MCU	**SOUARD**	**Florence**	D3	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	**TARBOURIECH**	**Nicolas**	D4	UVHCI, UMI 3265 UJF-EMBL-CNRS
PAST	**TROUILLER**	**Patrice**	D5	-
MCU	**VANHAVERBEKE**	**Cécile**	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
PU	**WOUESSIDJEWE**	**Denis**	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063

** **D1 : Département « Mécanismes Biologiques des Maladies et des Traitements (DMBMT)»**

D2 : Département «Bases Physicochimiques du Médicament »

D3 : Département «Origine, Obtention et Optimisation des Principes Actifs des Médicaments » (O3-PAM)

D4 : Département « Bases immunologiques, Hématologiques et Infectieuses des Maladies et Médicaments associés »

D5 : Département « Médicaments et Produits de Santé »

D6 : Département « Anglais »

ATER : Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherches
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIB : Centre d'Innovation en Biologie
CRI : Centre de Recherche Inserm
CNRS : Centre National de Recherche Scientifique
DCE : Doctorants Contractuels
DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire et de Cognition et Ontogenèse »
HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
IAB : Institut Albert Bonniot, Centre de Recherche « Oncogenèse
IFR :
IBS : Institut de Biologie Structurale
JR : Jean Roget
LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes
LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée
LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux
LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine
LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
MCU : Maitres de Conférences des Universités
MCU-PH : Maîtres de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PAST : Professeur Associé à Temps Partiel
PRAG : Professeur Agrégé
PRCE : Professeur certifié affecté dans l'enseignement
PU : Professeurs des Universités
PU-PH : Professeurs des Universités et Praticiens Hospitaliers
TIMC-IMAG : Laboratoire Techniques de l'Imagerie, de la Modélisation
UMR: Unité Mixte de Recherche
UVHCI: Unit of Virus Host Cell Interactions

Mise à jour le 17 novembre 2014 par Lantou FAURE NEUHAUSER

REMERCIEMENTS

A mon directeur de thèse et président du jury, Pr. Benoit ALLENET,

Pour avoir accepté de m'accompagner dans la réalisation de cette thèse, et m'avoir aidé à préciser mon choix de sujet. Toujours présent et réceptif à mes interrogations, je vous remercie de m'avoir aiguillée sur les démarches à suivre, conseillé sur la méthodologie à privilégier et au-delà, m'avoir permis de maintenir la rigueur nécessaire à la bonne réalisation de ce travail.

Soyez assuré de ma profonde gratitude et de ma reconnaissance sincère.

Au Dr. Jean Didier BARDET,

Pour m'avoir conseillé les publications les plus pertinentes, prodigué vos conseils lors de l'élaboration de mon questionnaire, mais également soutenu par votre expertise et votre disponibilité.

Au Dr. Dominique LAGABRIELLE,

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de participer à ce jury, après avoir accepté de me faire partager vos expériences de terrain et vos réflexions professionnelles.

Au Dr. Jean Christophe CARRAZ,

Pour l'honneur que vous me faite en acceptant de participer à ce jury.

Aux Dr. Agnès PELTIET et Aymeric HENRIOT,

Pour votre disponibilité et votre implication à la conception du questionnaire essentiel à la réalisation de ce travail.

Aux différents Dr. interrogés lors des entretiens préalables,

Qui ont chaleureusement accepté de m'accorder un entretien afin de me faire partager leurs expériences et points de vue. Une vision de terrain qui m'a considérablement aidé à l'élaboration du questionnaire.

Au Dr Maximilien MASSOUTIER,

Pour tes qualités didactiques en faveur de la prise en main du logiciel LimeSurvey, et pour ta réactivité à toutes mes interrogations techniques.

REMERCIEMENTS

A ma famille,

Myren, Philippe et Lola, pour votre soutien sans faille, vos conseils, votre écoute, votre patience, vos petits plats cuisinés et volants échangés. Vous êtes parfait.
Merci aussi maman, pour tes relectures et tes conseils pour ce travail.

Nicole, pour ton dégout des médicaments, tes lasagnes, et ton soutien unique.
Francis, le plus poly pathologique de mes patients qui sirote du jus de pamplemousse, je te remercie pour ton soutien au bout du fil.
Françoise, inconsciemment, mon choix d'orientation ressemble au tiens, j'aurai aimé que tu sois là pour me faire partager tes expériences.
Gilbert, Laurence, Mélissa et Yaël, en souvenirs de nos vacances passés ensembles au bord de la mer, à votre soutien. Je vous remercie pour tous ces bons moments.
Mon filleul, Noa, petit angry bird, j'aurai maintenant plus de temps à te consacrer.
Aymane pour ta générosité et ta joie de vivre.
A toute ma famille parisienne, pour votre accueil et votre écoute qui m'ont ressourcé tout au long de mes études, Catherine, Ana, Gabriella, Elisabeth, Coline, Christiane.

A Cédric, merci pour ton soutien au quotidien, ta patience, ta folie et tes conseils.
Merci à ta famille aussi, pour leur grande générosité.
A notre nouvelle vie sans étude…

A mes amis,

Louis, je te remercie pour ton soutien tout au long de mes études, ton écoute, tes précieux conseils, ton humour décapant, CCF.
Camille, Chloé, Elsa, Lison, Marion, à notre amitié, simple et sans faille.
Maud, je te remercie aussi pour ton aide-statistique.

A mes consœurs et confrères préférés,

A Caroline d'avoir été un super-bouchon, à Claire pour ton amitié pasprisedetête, à Marine pour ta belle personnalité et ton ouverture d'esprit : en mémoire de nos ragots du fond de l'amphi et nos soirées étudiantes mémorables, merci à vous.
A Quillon, orthopédiste dijonnais reconnu, en mémoire de tes afters auxquels je n'ai jamais participés.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX ……...……5
LISTE DES FIGURES ……5
LISTE DES ABREVIATION ……...…10

INTRODUCTION …….....11

1) RAPPELS HISTORIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES ……...15
1.1) Situation et évolution démographique des médecins généralistes …….…..17
1.2) Les officines, une répartition homogène sur le territoire ……17
1.3) Le regroupement pluri professionnel, une réponse au déséquilibre entre l'offre et la demande de soin …….....18
1.4) Les maisons de santé pluri professionnelles ……..……....20
1.5) Les pôles de santé pluri professionnels …….……23
1.6) Des structures très hétérogènes …….……24
1.7) Les pharmaciens au sein des maisons et pôles de santé ……..……..……...25

2) MATERIEL ET METHODES ……..……..27
2.1) L'objectif de l'enquête …….....….....29
2.2) Le domaine d'étude …….……..…...29
2.3) Recueil des données sur les structures …….…….……29
2.4) Elaboration du questionnaire …….…….……...31
2.4.1) Analyse qualitative préalable …….....31
2.4.2) Méthodologie pour l'élaboration du questionnaire …….…….....32
2.4.3) Le questionnaire ……...……32
2.4.4) Validation du questionnaire ……...……33
2.4.5) Administration du questionnaire ……34
2.5) Les invitations et les relances ……...…….....34
2.6) Récolte et traitement des réponses ……...…….....35

TABLE DES MATIERES

3) RESULTATS ……37

3.1) Effectif d'inclusion ...…….……..……39

3.2) Les caractéristiques des structures ……..……...39

3.3) Les motivations et les attentes sur le pharmacien ……44

3.4) La communication avec le pharmacien ……..……64

3.5) Satisfaction de la relation avec le pharmacien …….……69

4) DISCUSSION ……71

4.1) Le recueil des données sur les structures ……..……..……...73

4.2) Le contenu du questionnaire ……..……73

4.3) Le choix de l'échantillon – sa représentativité ……...……...74

4.4) Caractéristiques des répondants ……..……...……74

4.5) Le taux de réponses et interprétation ……..……...……75

4.6) Les résultats obtenus – Motivation et attentes sur le pharmacien ……...……...76

4.7) Les résultats obtenus – La communication avec le pharmacien ……..……...79

4.8) Les résultats obtenus – Satisfaction de la relation avec le pharmacien …….…….81

CONCLUSION …….....83

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ……..……...87

ANNEXES ……..……..91

1) Questionnaire proposé aux médecins (version structure avec pharmacien) ...……..…...91

2) Questionnaire proposé aux médecins (version structure sans pharmacien) ……...…93

3) Entretien préalable – Pôle de santé (Isère) ……..……95

4) Entretien préalable – Maison de santé (Rhône) ……102

5) Entretien téléphonique – Synthèse de discussion avec un pharmacien (Rhône) ……106

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Synthèse des MSP et PSP par département - Région Rhône-Alpes – Présence du pharmacien – Adresse mail disponible.

Tableau 2 : Tableau comparatif des répondants et des non répondants à l'enquête

LISTE DES FIGURES

Figure n°1 : Travaillez-vous en maison ou pôles de santé ? *Réponse dichotomique*.

Figure n°2 : Depuis quand ? *Réponse par jour/mois/années.*

Figure n°3 : Exercez-vous des fonctions universitaires ? *Réponse dichotomique*.

Figure n°4 : Comment la structure est-elle constituée ? *Plusieurs réponses possibles parmi 4 choix possibles*.

Figure n°5 : La structure accueille-t-elle des étudiants en santé ? *Réponse dichotomique*.

Figure n°6 : Utilisez-vous un dossier commun pour vos patients ? *Réponse dichotomique*.

Figure n°7 : Connaissez-vous le protocole ESPREC ? *Réponse dichotomique*.

Figure n°8 : Vous connaissez le protocole ESPREC, un pharmacien est présent dans votre structure, est-il mis en place au sein de la structure ? *Réponse dichotomique.*

Figure n°9 : Un pharmacien est-il déjà intégré ou en cours d'intégration dans votre structure ? *Réponse dichotomique*.

Figure n°10.1 : Le pharmacien est présent au sein de la structure, quels ont été pour vous les motifs d'intégration ? *3 choix parmi 8 réponses possibles.*

Figure n°10.2 : Le pharmacien n'est pas présent, quels en sont les motifs ? *Réponse ouverte*.

Figure n°11.1 : Il est/serait pertinent que le pharmacien soit présent. *Likert.*

Figure n°11.1.1 : Il est/serait pertinent que le pharmacien soit présent. *Structure avec pharmacien. Likert.*

Figure n°11.1.2 : Il est/serait pertinent que le pharmacien soit présent. *Structure sans pharmacien. Likert.*

Figure n°11.2 : C'est au pharmacien de faire la demande pour s'intégrer à la structure. *Likert.*

Figure n°11.2.1 : C'est au pharmacien de faire la demande pour s'intégrer à la structure. *Structure avec pharmacien. Likert.*

Figure n°11.2.2 : C'est au pharmacien de faire la demande pour s'intégrer à la structure. *Structure sans pharmacien. Likert.*

Figure n°11.3 : Le pharmacien présent est/serait un pharmacien qui travaille dans une officine. *Likert.*

Figure n°11.3.1 : Le pharmacien présent est/serait un pharmacien qui travaille dans une officine. *Structure avec pharmacien. Likert.*

Figure n°11.3.2 : Le pharmacien présent est/serait un pharmacien qui travaille dans une officine. *Structure sans pharmacien. Likert.*

Figure n°11.4 : Le pharmacien présent peut/pourrait être un pharmacien ambulatoire, non rattaché à une officine. *Likert*

Figure n°11.4.1 : Le pharmacien présent peut/pourrait être un pharmacien ambulatoire, non rattaché à une officine. *Structure avec pharmacien. Likert*

Figure n°11.4.2 : Le pharmacien présent peut/pourrait être un pharmacien ambulatoire, non rattaché à une officine. *Structure sans pharmacien. Likert*

Figure n°12.1 : Le rôle du pharmacien consiste en l'approvisionnement et la gestion de stock des produits de santé au sein de la structure. *Likert.*

Figure n°12.1.1 : Le rôle du pharmacien consiste en l'approvisionnement et la gestion de stock des produits de santé au sein de la structure. *Structure avec pharmacien. Likert.*

Figure n°12.1.2 : Le rôle du pharmacien consiste en l'approvisionnement et la gestion de stock des produits de santé au sein de la structure. *Structure sans pharmacien. Likert.*

Figure n°12.2 : Le rôle du pharmacien consiste en la gestion de la structure. *Likert.*

Figure n°12.2.1 : Le rôle du pharmacien consiste en la gestion de la structure. *Structure avec pharmacien. Likert.*

Figure n°12.2.2 : Le rôle du pharmacien consiste en la gestion de la structure. *Structure sans pharmacien. Likert.*

Figure n°12.3 : Le rôle du pharmacien consiste en la gestion des risques liés aux produits de santé. *Likert.*

Figure n°12.3.1 : Le rôle du pharmacien consiste en la gestion des risques liés aux produits de santé. *Structure avec pharmacien. Likert.*

Figure n°12.3.2 : Le rôle du pharmacien consiste en la gestion des risques liés aux produits de santé. *Structure sans pharmacien. Likert.*

Figure n°12.4 : Le rôle du pharmacien consiste en la participation au recueil de données sur le patient pour un dossier médical ou administratif commun. *Likert.*

Figure n°12.4.1 : Le rôle du pharmacien consiste en la participation au recueil de données sur le patient pour un dossier médical ou administratif commun. *Structure avec pharmacien. Likert.*

Figure n°12.4.2 : Le rôle du pharmacien consiste en la participation au recueil de données sur le patient pour un dossier médical ou administratif commun. *Structure sans pharmacien. Likert.*

Figure n°12.5 : Le rôle du pharmacien consiste en l'analyse et la proposition concernant l'adaptation de l'ordonnance aux référentiels thérapeutiques. *Likert.*

Figure n°12.5.1 : Le rôle du pharmacien consiste en l'analyse et la proposition concernant l'adaptation de l'ordonnance aux référentiels thérapeutiques. *Structure avec pharmacien. Likert.*

Figure n°12.5.2 : Le rôle du pharmacien consiste en l'analyse et la proposition concernant l'adaptation de l'ordonnance aux référentiels thérapeutiques. *Structure sans pharmacien. Likert.*

Figure n°12.6 : Le rôle du pharmacien consiste en l'analyse et la proposition concernant la cohérence entre les différentes prescriptions des patients. *Likert.*

Figure n°12.6.1 : Le rôle du pharmacien consiste en l'analyse et la proposition concernant la cohérence entre les différentes prescriptions des patients. *Structure avec pharmacien. Likert.*

Figure n°12.6.2 : Le rôle du pharmacien consiste en l'analyse et la proposition concernant la cohérence entre les différentes prescriptions des patients. *Structure sans pharmacien. Likert.*

Figure n°12.7 : Le rôle du pharmacien consiste en l'analyse de la conformité des ordonnances du point de vue réglementaire. *Likert.*

Figure n°12.7.1 : Le rôle du pharmacien consiste en l'analyse de la conformité des ordonnances du point de vue réglementaire. *Structure avec pharmacien. Likert.*

Figure n°12.7.2 : Le rôle du pharmacien consiste en l'analyse de la conformité des ordonnances du point de vue réglementaire. *Structure sans pharmacien. Likert.*

Figure n°12.8 : Le rôle du pharmacien consiste en l'analyse de la sécurité de la prescription. *Likert.*

Figure n°12.8.1 : Le rôle du pharmacien consiste en l'analyse de la sécurité de la prescription. *Structure avec pharmacien. Likert.*

Figure n°12.8.2 : Le rôle du pharmacien consiste en l'analyse de la sécurité de la prescription. *Structure sans pharmacien. Likert.*

Figure n°12.9 : Le rôle du pharmacien consiste en la proposition d'optimisation du plan de prise. *Likert.*

Figure n°12.9.1 : Le rôle du pharmacien consiste en la proposition d'optimisation du plan de prise. *Structure avec pharmacien. Likert.*

Figure n°12.9.2 : Le rôle du pharmacien consiste en la proposition d'optimisation du plan de prise. *Structure sans pharmacien. Likert.*

Figure n°12.10 : Le rôle du pharmacien consiste en la réalisation d'entretiens de suivi thérapeutique. *Likert.*

Figure n°12.10.1 : Le rôle du pharmacien consiste en la réalisation d'entretiens de suivi thérapeutique. *Structure avec pharmacien. Likert.*

Figure n°12.10.2 : Le rôle du pharmacien consiste en la réalisation d'entretiens de suivi thérapeutique. *Structure sans pharmacien. Likert.*

Figure n°12.11: Le rôle du pharmacien consiste en la réalisation d'entretiens d'observance. *Likert.*

Figure n°12.11.1: Le rôle du pharmacien consiste en la réalisation d'entretiens d'observance. *Structure avec pharmacien. Likert.*

Figure n°12.11.2: Le rôle du pharmacien consiste en la réalisation d'entretiens d'observance. *Structure sans pharmacien. Likert.*

Figure n°12.12 : Le rôle du pharmacien consiste en la participation à un dispositif d'éducation thérapeutique. *Likert.*

Figure n°12.12.1 : Le rôle du pharmacien consiste en la participation à un dispositif d'éducation thérapeutique. *Structure avec pharmacien. Likert.*

Figure n°12.12.2 : Le rôle du pharmacien consiste en la participation à un dispositif d'éducation thérapeutique. *Structure sans pharmacien. Likert.*

Figure n°12.13 : Un autre rôle du pharmacien ? *Réponse ouverte.*

Figure n°13.1 : Il est/serait pertinent que le pharmacien ait accès aux comptes rendus de consultation médicale et paramédicale et aux résultats biologiques. *Likert.*

Figure n°13.1.1 : Il est/serait pertinent que le pharmacien ait accès aux comptes rendus de consultation médicale et paramédicale et aux résultats biologiques. *Structure avec pharmacien. Likert.*

Figure n°13.1.2 : Il est/serait pertinent que le pharmacien ait accès aux comptes rendus de consultation médicale et paramédicale et aux résultats biologiques. *Structure sans pharmacien. Likert.*

Figure n°13.2 : Il est/serait pertinent que le pharmacien ait accès à une partie adaptée du dossier médical. *Likert.*

Figure n°13.2.1 : Il est/serait pertinent que le pharmacien ait accès à une partie adaptée du dossier médical. *Structure avec pharmacien. Likert.*

Figure n°13.2.2 : Il est/serait pertinent que le pharmacien ait accès à une partie adaptée du dossier médical. *Structure sans pharmacien. Likert.*

Figure n°13.3 : Il est/serait pertinent que le logiciel de la structure permette au pharmacien d'avoir accès à des informations du dossier médical avec un niveau d'accréditation négocié entre les professionnels. *Likert.*

Figure n°13.3.1 : Il est/serait pertinent que le logiciel de la structure permette au pharmacien d'avoir accès à des informations du dossier médical avec un niveau d'accréditation négocié entre les professionnels. *Structure avec pharmacien. Likert.*

Figure n°13.3.2 : Il est/serait pertinent que le logiciel de la structure permette au pharmacien d'avoir accès à des informations du dossier médical avec un niveau d'accréditation négocié entre les professionnels. *Structure sans pharmacien. Likert.*

Figure n°13.4 : Il est/serait pertinent que les médecins et paramédicaux aient accès aux synthèses de dispensation du pharmacien. *Likert.*

Figure n°13.4.1 : Il est/serait pertinent que les médecins et paramédicaux aient accès aux synthèses de dispensation du pharmacien. *Structure avec pharmacien. Likert.*

Figure n°13.4.2 : Il est/serait pertinent que les médecins et paramédicaux aient accès aux synthèses de dispensation du pharmacien. *Structure sans pharmacien. Likert.*

Figure n°13.5 : Il est/serait pertinent d'échanger facilement avec le pharmacien par une interface logicielle. *Likert.*

Figure n°13.5.1 : Il est/serait pertinent d'échanger facilement avec le pharmacien par une interface logicielle. *Structure avec pharmacien. Likert.*

Figure n°13.5.2 : Il est/serait pertinent d'échanger facilement avec le pharmacien par une interface logicielle. *Structure sans pharmacien. Likert.*

Figure n°14 : Si vous aviez à évaluer votre niveau de satisfaction avec vos/votre pharmacien(s) de référence. *Likert.*

Figure n°14.1 : Si vous aviez à évaluer votre niveau de satisfaction avec vos/votre pharmacien(s) de référence. *Structure avec pharmacien. Likert.*

Figure n°14.2 : Si vous aviez à évaluer votre niveau de satisfaction avec vos/votre pharmacien(s) de référence. *Structure sans pharmacien. Likert.*

ABREVIATIONS OFFICIELLES

AOC : Atteinte des organes cibles

ARS : Agences régionales de santé

ASIP : Agence des systèmes d'information partagés

AVK : Anticoagulant anti-vitamines K

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

CSP : Code de la santé publique

DGOS : Direction générale de l'offre de soin

DGOS : Direction générale de l'offre de soin

ENMR : Expérimentation des nouveaux modes de rémunérations

ESPREC : Suivi de cas complexe en équipe de soins de premier recours

ETP : Education thérapeutique du patient

FemasRA : Fédération des maisons de santé en Rhône-Alpes

FFMPS : Fédération française des maisons et pôles de santé

FRCV : Facteurs de risque cardiovasculaire

HbA1c : Hémoglobine glyquée

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

HTA : Hypertension artérielle

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

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

LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale

MSP : Maisons de santé pluri professionnels

PAPS : Plateforme d'appui aux professionnels de santé

PSP : Pôle de santé pluri professionnels

SCI : Société civile immobilière

SCM : Société civile de moyens

Score SEGA : Sommaire de l'évaluation du profil gériatrique à l'admission

SIP : Système d'informations partagé

SISA : Société interprofessionnelle de soins ambulatoires

SROS : Schémas régionaux d'organisation des soins

UNPF : Union nationale des pharmacies de France

INTRODUCTION

Face à la concomitance de l'augmentation de la demande de soins et de la tendance à la baisse de la démographie des médecins généralistes, la nécessité de réorganiser les soins de premiers recours est patente.

C'est dans ce contexte qu'interviennent les structures de soins primaires ambulatoires telles que les pôles et les maisons de santé pluri professionnels (PSP et MSP), aux objectifs et compositions multiples et variés.

Les pouvoirs publics s'intéressent de plus en plus au développement de ces structures qui permettent le regroupement des professionnels de santé et constituent un instrument de lutte contre l'existence de zones défavorisées en termes d'offre médicale.

C'est dans ce contexte que Mme la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, Marisol Tourraine, s'est exprimée en 2013 dans le cadre de la stratégie nationale de santé, au sujet des maisons de santé pluri professionnelles, encourageant au regroupement des professionnels de santé pour assurer les soins primaires.

Son intervention s'inscrit dans le prolongement de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009, qui a redéfini ces soins de santé primaire, en proposant de nouvelles missions au pharmacien d'officine, désormais reconnu pleinement acteur du système de soins de premier recours.

De plus en plus de pharmaciens intègrent ces structures afin d'améliorer la prise en charge du patient, et notamment de développer une nouvelle activité pharmaceutique.

Dans le cadre de cette thèse, nous allons nous intéresser à la place des pharmaciens au sein des maisons et pôles de santé pluri professionnels, du point de vue des médecins généralistes.

1. RAPPEL HISTORIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

1.1) Situation et évolution démographique des médecins généralistes en France

Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), en 2014, 90 630 médecins généralistes exerçaient en France, soit 6,5% de moins qu'en 2007.

Cette tendance se confirme avec une forte probabilité d'atteindre 86 203 médecins généralistes en 2020.

A l'échelle départementale, on observe des disparités entre des territoires attractifs (hausse de l'effectif des médecins généraliste entre 2007 et 2014) et, d'autre part, des territoires moins attractifs (baisse de l'effectif de médecins généralistes entre 2007 et 2014).

Les territoires attractifs concernent 16 départements, situés principalement sur la façade atlantique et 5 départements en région Rhône-Alpes.

Les territoires moins attractifs ne concernent pas seulement les régions rurales : Paris se trouve en tête du classement de la plus forte diminution de l'effectif de médecins généralistes à 21,4% (entre 2007 et 2014). (1)

C'est sur la base de ces constats que les agences régionales de santé (ARS) établissent des zones fragiles et des zones de vigilance pour chaque région. (2)

En Rhône-Alpes, entre 2008 et 2012, la densité médicale régionale est passée de 82 à 77 médecins généralistes pour 100 000 habitants, ce qui représente une diminution de 6,1% (estimation sur données corrigées). (3)

1.2) Les officines, une répartition homogène sur le territoire français

Les officines, de par leur maillage réglementé par le Code de la santé publique (CSP) connaissent quant à elles une répartition homogène sur le territoire.

L'article L5125-3 du CSP indique que « *les transferts et les regroupements ne peuvent être accordés que s'ils n'ont pas pour effet de compromettre l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente de la commune ou du quartier d'origine* ». (4)

Ce sont les ARS qui, par l'intermédiaire de l'article L5125-4 du CSP, règlementent le maillage territorial en octroyant des licences autorisant la création ou les transferts d'officine. (5)

Le pharmacien est un professionnel de santé qui reste accessible pour les patients dans les zones confrontées à la désertification médicale. L'UNPF (l'Union Nationale des Pharmacies de France) souligne le rôle social du pharmacien au-delà de son activité de conseil et de dispensation, notamment dans ces zones de désert médical. (6)

1.3) Le regroupement pluri professionnel, une réponse aux déséquilibres entre l'offre et la demande de soin

Selon l'INSEE, il est estimé qu'en 2040 les plus de 60 ans représenteront 31 % de la population, contre 24,8 % actuellement. (7)

Face au vieillissement de la population, au poids de la gestion administrative de l'activité, et à l'augmentation du nombre de pathologies chroniques ou encore de personnes souffrant de poly pathologies, les médecins généralistes, (par ailleurs de moins en moins nombreux), se sentent en difficulté.

Le 21 juillet 2009, l'adoption de la loi HPST a permis de redéfinir l'accès aux soins de premiers recours (8):

L'article L1411-11 (9) mentionne l'exigence de proximité des structures de soins primaires, elles sont organisées par les ARS au niveau territorial, et répondent aux schémas régionaux d'organisation des soins (SROS).

Les soins de premier recours comprennent quatre grandes missions :

1° : La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;

2° : La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;

3° : L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;

4° : L'éducation pour la santé.

L'article L4011-1 (10) propose ainsi aux professionnels de « *s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient* ».

Dans le cadre du pacte territoire santé lancé en 2012, Mme Marisol Touraine indique les douze engagements du gouvernement afin de garantir à tous les français, des soins de qualité. (11)

L'engagement n°5 concerne le développement du travail en équipe, il mentionne que « *l'exercice coordonné des soins de premier recours permet d'offrir un cadre attractif d'exercice pour les professionnels de santé, et notamment dans les territoires caractérisés par une faible densité de professionnels. Il permet de garantir l'accessibilité aux soins*. ».

Le Ministère favorise l'accompagnement par les ARS des projets de regroupements.

Cet engagement permet la mise en place d'une plateforme d'appui aux professionnels de santé (PAPS) en juillet 2011 ayant pour objectif d'« *informer et faciliter l'orientation des professionnels de santé, en exercice ou en formation, sur les services proposés par les différents acteurs en région et de les accompagner aux différents moments clés de leur carrière* ».

Cette coordination pluri professionnelle permet de garantir une meilleure prise en charge du patient. (12)

L'engagement n°6 part du constat selon lequel les professionnels de santé sont de moins en moins enclins à travailler de façon isolée. Il mentionne que « *les structures d'exercice coordonné, comme par exemple les maisons ou les centres de santé, répondent concrètement à cette demande et offrent la possibilité d'exercer en un même lieu au sein d'équipes pluri-professionnelles, associant professionnels médicaux et paramédicaux. Cela, pour prendre en charge les patients de façon globale, de la prévention à l'orientation dans le système de soins.* »

Cet engagement vise à faciliter la formation initiale des médecins au sein de ces structures pluri professionnelles afin de les familiariser avec l'exercice coordonné. (13)

Il existe plusieurs formes de regroupement entre professionnels de santé : les centres de santé, les maisons et les pôles de santé.

Cette thèse s'oriente sur ces deux dernières, celles-ci représentant les formes d'exercice les plus abouties, dans lesquelles on retrouve le pharmacien.

1.4) Les maisons de santé pluri professionnelles

Introduite dans le CSP au sein de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) en 2007 [(14)], la MSP est définie comme une association de professionnels de santé coopérant pour des actions sociales, d'éducation et de prévention.

La loi HPST complète cette définition en apportant la notion de projet de santé, qui doit être élaboré par les professionnels de santé et être conforme aux SROS. [(15)]

La définition la plus récente des MSP est donnée par la loi Fourcade [(16)] du 10 août 2011 : « *La Maison de Santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours […] et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L 1434-2*».

Ainsi, différents professionnels de santé peuvent exercer au sein d'une MSP, c'est pour cela que l'on préférera le terme de maisons « pluri professionnelles » par rapport au terme de maisons « pluri disciplinaires » qui est parfois retrouvé dans la littérature, qui exprime d'avantage les différentes disciplines que peut comporter un même métier (les médecins généralistes et les médecins spécialistes par exemple).

Etat des lieux :

La DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soin) présente une synthèse de l'observatoire des maisons de santé du ministère mis en place en 2012.

Elle répertorie 436 maisons de santé en fonctionnement en mars 2014 et 493 projets en cours, soit 929 MSP en France.

En mars 2015, ce même observatoire recense 616 MSP en fonctionnement avec 407 projets en cours, soit 1023 MSP [(17)], tout en remarquant qu'une faible majorité des MSP sont implantées en milieu rural.

Pierre de HASS, créateur d'une maison de santé à Pont d'Ain, fondateur de FemasRA (fédération des maisons de santé en Rhône-Alpes) et président de la FFMPS (fédération

française des maisons et pôles de santé) dans son livre « Monter et faire vivre une maison de santé » [18] propose plusieurs facteurs pour expliquer ce succès :

- L'engouement de la jeune génération pour le travail en équipe ;
- La convivialité qui est instaurée dans une maison de santé ;
- La mutualisation des fonctions support pour que les soignants se consacrent aux soins ;
- La coordination qui permet d'optimiser les réponses à la patientèle.

Il note aussi l'intérêt des pouvoirs publics, qui, y voient l'opportunité d'une amélioration de la qualité et de l'accessibilité aux soins, mais également les possibilités d'économie du système.

Le cahier des charges national :

Les financements publics ne sont attribués qu'aux structures répondant au cahier des charges de la DGOS de 2010 [19] : La MSP doit être composée d'au minimum deux médecins généralistes et au moins un paramédical (infirmier, masseur kinésithérapeutes…) et avoir un projet de santé commun.

Le projet de santé doit répondre au SROS (élaboré par l'ARS), ayant comme objectif le maintien de l'offre ambulatoire dans les territoires fragiles. Ce projet doit détailler l'état des lieux et proposer un diagnostic des besoins de santé de la population concernée.

Ce projet est mené sous l'initiative des professionnels et validé, par l'ensemble des professionnels ; il apporte des réponses adaptées aux besoins du territoire. Ces réponses vont porter sur l'amélioration de la de coordination, de la continuité des soins, du partage d'informations, de la prévention, de l'éducation à la santé, de l'éducation thérapeutique, de la formation… [19]

La structure peut accueillir des pharmaciens mais aussi d'autres professions médicales (dentistes, sages femme…), d'autres paramédicaux (psychomotriciens…), d'autres professionnels non médicaux (ostéopathes, psychologue…).

La composition est donc différente d'une MSP à l'autre.

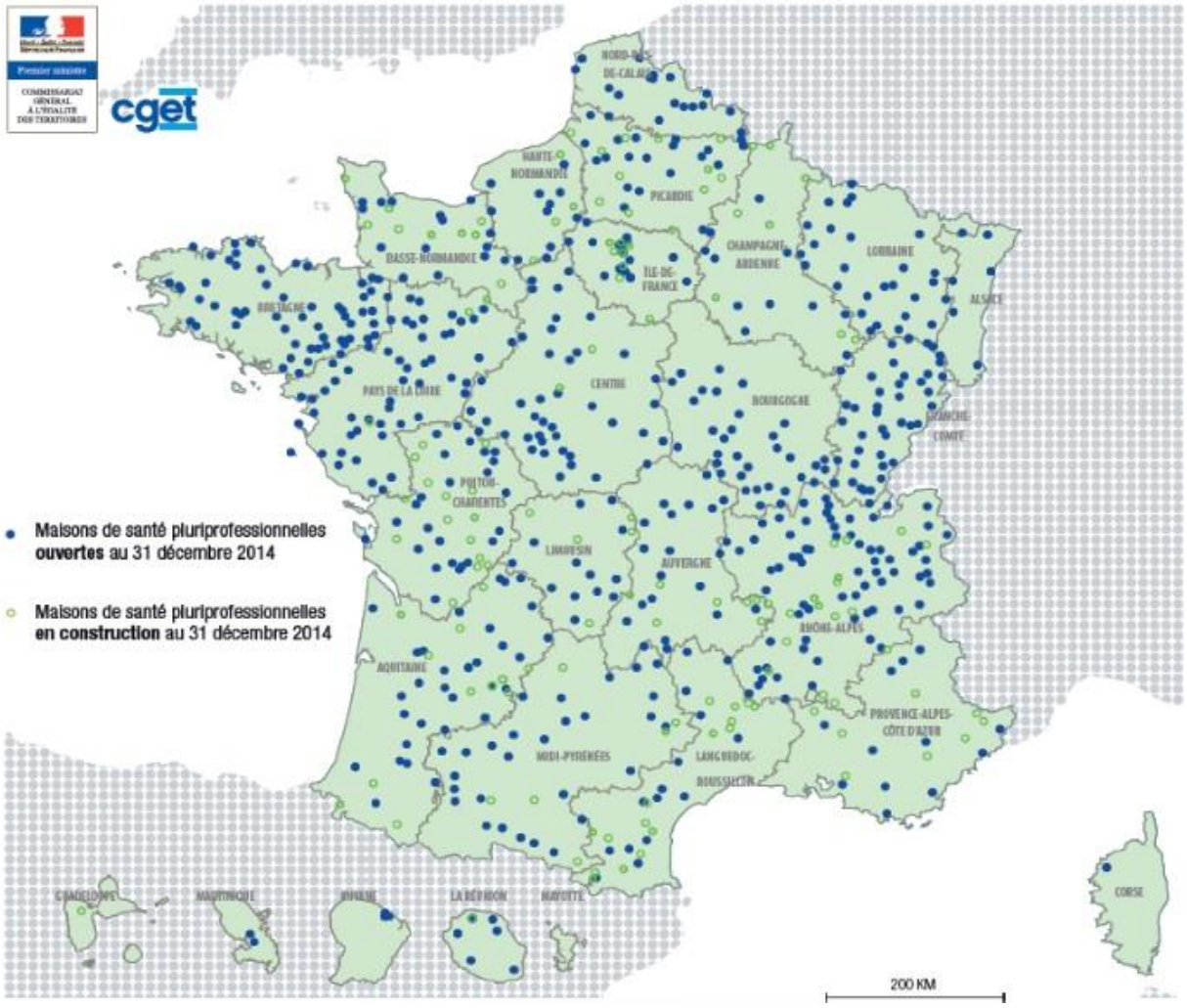
Le lieu :

Malgré ce que l'on peut penser, l'unité du bâti n'est pas imposée par la réglementation. Ainsi, l'ARS de Bourgogne différencie des maisons de santé dites « regroupées », où les professionnels travaillent dans un même lieu, des maisons de santé « multisite », où les professionnels interviennent dans des lieux différents. (20)

Pierre de Haas souligne dans son ouvrage (18) que l'unité du lieu favorise la coordination.

Une répartition homogène :

La présentation de la DGOS lors des 4èmes journées de la FFMPS (17), mentionne une « répartition globalement homogène » des MSP en France.



Cartographie des MSP en France – une répartition globalement homogène – Commissariat Général à l'Egalité des Territoires (CGET), (17)

1.5) Les pôles de santé pluri professionnels

Tout comme les maisons de santé, les pôles assurent des activités de soins de premier ou de second recours, et participent aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire.

Sa définition est plus récente, puisqu'elle est introduite au sein de la loi HPST de 2009.

L'article L6323-4 du CSP les définit comme des structures regroupées, constitués de « *professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale.* » (21)

Contrairement aux MSP, les pôles n'ont pas d'obligation d'un projet de santé. Cependant pour certaines ARS, c'est une condition d'obtention de financements publics. (20)

Actualité :

Le mardi 6 octobre 2015, le sénat adopte, avec modifications, le projet de loi de modernisation de notre système de santé, porté par Madame par la ministre Marisol Touraine. L' article L. 1411-11-2 de ce projet de loi apporte une nouvelle définition des pôles de santé : (22)

« Le pôle de santé est composé de professionnels de santé assurant des soins de premier ou de second recours au sens des articles L. 1411-11 et 1411-12, le cas échéant regroupés sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, ainsi que d'acteurs médico-sociaux et, le cas échéant, sociaux. ».

« Les membres du pôle de santé élaborent un projet de santé précisant en particulier son territoire d'action. ».

« Ce projet de santé est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Il est compatible avec les orientations du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1. »

L'article L. 1434-11 mentionne ainsi que sur la base des projets de santé, l'ARS peut conclure des contrats territoriaux de santé (définissant les missions des signataires, leurs engagements, les modalités de financement…). Le directeur général de l'ARS pourra par la suite attribuer des crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8.

1.6) Des structures très hétérogènes

Une enquête de l'IRDES (l'institut de recherche et documentation en économie de la santé), distingue 3 catégories de maisons et pôles de santé, ainsi que 2 catégories de centre de santé participant aux expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) (enquête effectuée sur 147 structures sur la période 2008-2012). Elle s'attache à les distinguer par les caractéristiques suivantes : structurelles, organisationnelles et fonctionnelles. [23]

Les deux premières catégories s'intéressent aux centres de santé dont nous ne détaillerons pas les résultats dans le cadre de cette thèse.

La troisième catégorie (19% des MSP et PSP de l'étude), concerne essentiellement des PSP (79%), très récents (en moyenne 2 ans d'ancienneté), et moins intégrés que les autres classes. De par leur structuration en multi site, ils regroupent un nombre plus important de professionnels, et disposent d'un espace dédié aux soins infirmiers et aux réunions plus important. Cette catégorie se distingue toutefois par un moins bon développement de la coordination, du partage d'information notamment, mais à une coopération externe (réseaux…) plus fréquente.

La quatrième catégorie (34% des MSP et PSP de l'étude), concerne essentiellement des MSP (79%) assez récentes (5 ans en moyenne) et faiblement intégrées.

La cinquième catégorie (47% des MSP et PSP de l'étude) est représentée majoritairement par des MSP (85%), assez récentes (6 ans en moyenne) et plus intégrées par rapport aux deux autres classes. Leur effectif de professionnels est moindre, la taille des locaux aussi, mais leur capacité d'équipement est légèrement supérieure par rapport aux autres classes. Cette catégorie se distingue par une supériorité quant à la quantité de patientèle partagée, la coordination (réunions mono et pluri professionnelle hebdomadaires, partage du dossier médical (résultats biologiques, note de synthèse, rappel pour des actes de dépistage…)), le développement de certains rôles (infirmiers, secrétaires).

De plus, cette catégorie se caractérise par une coordination extérieure importante avec des gestions de programmes d'éducation thérapeutique (gestion des cas complexes notamment).

Pour cette cinquième catégorie, la part des fonds ENMR attribués à la structure pour compenser les temps consacrés à la coordination est plus importante que les autres classes (87% versus 85% pour la quatrième et 58% pour la troisième classe).

1.7) Les pharmaciens au sein des maisons et pôles de santé

Au sein de la loi HPST [15], de nouvelles missions sont accordées aux pharmaciens d'officine qui doivent :

1° Contribuer aux soins de premier recours définis précédemment [8]

2° Participer à la coopération entre professionnels de santé ;

3° Participer à la mission de service public et de permanence des soins ;

4° Concourir aux actions de veille et de protection sanitaires organisées par les autorités de santé ; […]

Le 10 aout 2011, la loi Fourcade autorise les pharmaciens à exercer en maisons de santé. [16]

Le pharmacien se trouve ainsi pleinement acteur dans le système de soins de premier recours.

Dans le contexte de l'ENMR, présent au sein de l'engagement n°5 du pacte territoire santé [12], certains modules créés par l'ARS sont en expérimentation afin d'envisager un paiement forfaitaire des prises en charges innovantes en médecine de ville.

Le module 2 bis appelé « protocole ESPREC » (Suivi de cas complexe en équipe de soins de premier recours) [24] intègre pleinement le pharmacien dans la coordination pluri professionnelle.

En effet, le trio médecin-infirmier-pharmacien est mis à contribution afin de proposer un suivi renforcé et coordonné d'un patient souffrant de pathologies chroniques relevant des critères suivants :

Patient atteint d'un diabète de type 2 et présentant :

- 2 HbA1c consécutives espacées de 3 mois > 8%.
- ou une aggravation ou la survenue d'une complication depuis un an (cardiopathie ischémique, insuffisance cardiaque, rétinopathie sévère, risque de lésion des pieds grade 33, albuminurie confirmée > 0,3 g/l).

Patient atteint d'une pathologie cardiovasculaire suivante :

- HTA sévère nécessitant au moins une trithérapie
- HTA compliquée de myocardiopathie ou d'insuffisance cardiaque

- HTA associée avec 3 FRCV et/ou AOC

Personne âgée fragile :

- Score SEGA volet A > 11. Ce score permet l'évaluation du profil de fragilité des personnes âgées de manière rapide, par l'intermédiaire de questions directes (concernant son lieu de vie, le nombre de médicament/jour, son humeur, son appétit, son risque de chute…)

Les objectifs à atteindre sont précis ainsi que le cadre opérationnel du projet :

Le médecin propose au patient répondant à ces critères de participer à ce module.

Une rencontre aura par la suite lieu entre les 3 professionnels afin de fixer les objectifs de suivi du patient.

Un professionnel référent sera proposé au patient, celui-ci prendra contact une à deux fois par mois avec le patient afin d'optimiser son observance, de l'aider à mieux appréhender son affection et de repérer les problèmes nécessitant l'intervention d'autres professionnels.

Le protocole ESPREC est donc une des pistes favorisant l'intégration du pharmacien, mais plusieurs autres formes d'exercice peuvent être créées, imaginées, stimulées.

Dans ce contexte, comprendre et accompagner les modifications d'exercice du métier de pharmacien d'officine est d'importance.

L'objectif de ce travail était d'identifier les facteurs favorisant l'intégration du pharmacien au sein des maisons et pôles de santé, du point de vue des médecins généralistes.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1) L'objectif de l'enquête

L'enquête a pour objectif, par l'intermédiaire d'un questionnaire en ligne, de connaitre les attentes et expériences des médecins généralistes envers les pharmaciens au sein des structures pluri professionnelles : les maisons et pôles de santé.

2.2) Le domaine d'étude

Cette thèse s'intéresse aux MSP et PSP de la région Rhône-Alpes recensés par la PAPS. [25]

2.3) Recueil des données sur les structures

Au total 75 structures de santé ont été identifiées sur le site de la PAPS (mise à jour mars 2015) [26], dont :

- 58 MSP (77%)
- 17 PSP (23%)

Ce site s'attèle notamment à construire des fiches descriptives sur les différentes structures, intégrant divers renseignements tels que :

- La localisation du site, les coordonnées, la ou les personne(s) de contact ;
- L'année d'ouverture et la date de dépôt du dossier à l'ARS ;
- Le territoire d'action et ses caractéristiques ;
- La composition de l'équipe pluri professionnelle ;
- Le statut juridique ;
- Le projet de santé (organisation du travail, système d'information, les actions de prévention, la coordination interne et avec des structures externe, la continuité et la permanence des soins, l'accueil des stagiaires) ;
- Les autres services assurés au sein de la structure ;
- La situation vis-à-vis des ENMR (modules sur lesquels la structure s'est engagée).

Les coordonnées téléphoniques des maisons et pôles de santé ont été recueillis par l'intermédiaire de ces fiches ou par recherche complémentaire sur les pages jaunes, ce qui a permis d'obtenir par appel aux structures les adresses mails :

- des « médecins contacts » mentionnées sur les fiches de la PAPS,
- ou du médecin référent, le jour de l'appel,
- ou de la structure.

L'obtention de ces adresses mails ciblées a permis par la suite la transmission du questionnaire en ligne aux structures.

Au total 63 adresses mails ont été collectées par téléphone, trois adresses mails supplémentaires ont été recueillies par l'intermédiaire de la coordinatrice FemasRA. [27]

44 adresses mails correspondent aux adresses mails personnelles des médecins, les autres correspondent aux adresses de la structure (ce sont les secrétaires qui ont transmis le questionnaire aux médecins).

Les situations de refus ou d'absence de mail :

- 4 structures ont refusé de donner leur adresse mail par « manque de temps »,
- les numéros de téléphone de 2 structures n'étaient pas référencés sur les pages jaunes ou sur internet,
- 1 structure ne pouvait pas communiquer d'adresse mail (fonctionnant avec un standard téléphonique externe),
- et les 2 structures restantes ont refusé toute communication par mail.

Les fiches recensées sur le site de la PAPS [25] ont permis d'apporter une information sur la présence ou non de pharmacien(s) au sein de chacune des structures.

Tableau 1 : Synthèse des MSP et PSP par département - Région Rhône-Alpes – Présence du pharmacien – Adresse mail disponible.

	Pharmacien présent	Sans information	Pharmacien absent	**Total**	*Nombre d'adresses Email*
AIN (01)	5*	7*	6*	**17**	*13*
ARDECHE (07)	0*	5*	6*	**11**	*9*
DROME (26)	3*	3*	1*	**7**	*5*
ISERE (38)	1*	5*	3*	**9**	*9*
LOIRE (42)	2*	0*	3*	**5**	*5*
RHONE (69)	1*	2*	6*	**9**	*8*
SAVOIE (73)	5*	1*	7*	**13**	*12*
HAUTE SAVOIE (74)	1*	1*	2*	**4**	*4*
TOTAL	21	21	34	**75**	***66***
Estimation du taux de présence du pharmacien	27,5%	27,5%	45%	**100%**	

**Source : fiches de la PAPS* [26].
« Sans information » si fiche inexistante sur le site de la PAPS.
« Pharmacien absent » si aucune mention sur la présence du pharmacien.
« Estimation du taux de présence du pharmacien » calculée en fonction des résultats obtenus sur le site de la PAPS.

2.4) Elaboration du questionnaire

La méthodologie pour l'élaboration du questionnaire a largement été inspirée de l'ouvrage de Nicole Berthier sur les techniques d'enquête en sciences sociales – méthodes et exercices corrigés. [28]

L'approche vise dans un premier temps à qualifier la problématique, au travers d'entretiens non, ou semi-structurés auprès d'experts du champ (prendre une photographie d'un phénomène). Sur cette base, une synthèse des axes majeurs de la problématique sert, dans un second temps, de squelette au questionnaire pour un recueil de données quantitatives (mesurer le poids relatif des éléments de la problématique).

2.4.1) Analyse qualitative préalable

La rencontre avec deux médecins généralistes lors d'entretiens semi structurés a permis de percevoir les moteurs du projet de regroupement, l'organisation, les principales missions de la structure.

La première rencontre a eu lieu au sein d'un pôle de santé en Isère, qui venait d'intégrer récemment sept pharmacies.

La seconde rencontre a eu lieu dans une maison de santé dans le Rhône, au sein de laquelle il n'y avait pas encore de pharmacien, mais le processus d'intégration était en pleine réflexion.

Lors de ces entretiens, il a été question de définir quelle était la place actuelle et envisagée du pharmacien pour le futur, quelles étaient selon les interlocuteurs les compétences du pharmacien, ou encore d'identifier quel acteur avait été moteur dans le processus de regroupement « structure-pharmacien ».

Ces entretiens ont aussi permis d'identifier les freins possibles à leur intégration.

Un entretien téléphonique a eu lieu avec un pharmacien, professeur à la faculté de Lyon, qui a témoigné de la création d'une maison de santé à proximité de chez lui, dans une ville qualifiée de « désert médical », la municipalité étant le moteur du projet. Ce témoignage a permis d'identifier un nouveau frein à l'intégration des pharmaciens.

Sur la base de ces éléments, nous avons pu concevoir un questionnaire standardisé.

2.4.2) Méthodologie pour l'élaboration du questionnaire

La base du questionnaire est identique pour toutes les structures, qu'elles travaillent ou non avec un pharmacien.

Le questionnaire est constitué de telle sorte que, pour certaines questions l'intitulé diffère (mais la question reste la même) selon les réponses données précédemment (présence d'un pharmacien ou non par exemple) afin de faciliter la compréhension des questions.

Les réponses au questionnaire sont entièrement anonymisées.

2.4.3) Le questionnaire

Le questionnaire quantitatif comporte 14 questions, il est composé majoritairement de questions fermées, avec des réponses uniques ou à choix multiples ainsi que des échelles de likert. Il comporte aussi cinq questions avec une possibilité de réponse ouverte rédactionnelles (item « autre » avec commentaire à réaliser ou réponse ouverte rédactionnelle).

Une seule réponse par structure est attendue, le critère d'inclusion étant d'être médecin généraliste au sein d'une MSP ou d'un PSP dans la région Rhône-Alpes.

Le questionnaire est organisé sous formes de thèmes comportant chacun des titres insérés dans un ordre logique pour que le questionnaire se déroule harmonieusement.

Il s'intéresse dans un premier temps à caractériser la structure, puis, dans un second temps à la place du pharmacien, sa présence ou non, les motivations ou les raisons.

Afin d'étayer les réponses possibles au sein du questionnaire, concernant les motivations pour lesquelles un pharmacien a été intégré, nous nous sommes très largement inspirés d'une étude réalisée par une équipe de recherche grenobloise, mettant en avant quatre principaux modèles de collaboration entre médecins et pharmacien recensés dans la littérature scientifique.

Tous se rejoignent sur des éléments clés de la collaboration : la confiance, l'interdépendance, la perception et les attentes des autres professionnels, les compétences, l'intérêt pour un travail collaboratif, la définition des rôles de chacun ainsi que la communication. [29] Nous avons ainsi proposé ces différents items au sein du questionnaire.

La mise en évidence de ces éléments clés est susceptible d'aider les professionnels à développer un système de collaboration. [30]

Dans un troisième temps, le questionnaire s'intéresse aux attentes des médecins envers les pharmaciens, et aux rôles possibles du pharmacien dans la structure.

Puis, il s'oriente sur la pertinence de la communication des informations-patients avec les pharmaciens.

Enfin, une évaluation du niveau de satisfaction de leur relation avec le pharmacien de référence (présent au sein de la structure ou à proximité de la structure) est demandée aux médecins.

2.4.4) Validation du questionnaire

La relecture du questionnaire par deux médecins généralistes (Dr Agnès PELTIER et Dr Aymeric HENRIOT, tous deux chefs de clinique, département de Médecine Générale, UFR de Médecine de Grenoble) et un pharmacien chercheur compétent sur le phénomène de collaboration médecin-pharmacien (Dr Jean Didier BARDET, Université Grenoble Alpes / CNRS / TIMC-IMAG UMR 5525 / Themas, Grenoble) a permis d'apporter des corrections à la grille de questions initialement envisagée.

Pour certaines questions, des précisions ont été rajoutées entre parenthèse, afin de favoriser la compréhension des médecins concernant des termes « pharmaceutiques ».

La remise en question du choix d'inclusion (une seule réponse autorisée par structure) ou de l'interprétation des questions ouvertes par ces relecteurs nous a permis de nous poser les bonnes questions sur nos choix initiaux.

2.4.5) Administration du questionnaire

Le questionnaire auto administré (remplissage du questionnaire par le répondant lui-même) proposé aux différentes structures a été créé grâce au logiciel d'enquête en ligne : LimeSurvey, connecté au serveur de l'Université Joseph Fourier de Grenoble.

LimeSurvey créé une clé d'invitation unique pour chaque adresse mail permettant de s'assurer de l'obtention d'une seule réponse par invitation.

De plus, ce logiciel a permis de générer et d'envoyer les mails d'invitation et de relance aux différentes structures ainsi que les mails attestant de la réception des réponses et remerciant de la participation au questionnaire.

L'administration du questionnaire est établie de telle sorte que toutes les réponses sont obligatoires et doivent toutes être complétées pour valider le questionnaire.

Enfin, LimeSurvey permet de transférer les réponses obtenues sur un tableur Excel avec un système de codification des variables.

Avant l'envoi définitif aux destinataires, le questionnaire créé a subi plusieurs tests, envoyés sur une quinzaine d'adresses mails « de proximité » afin de tester l'envoi de mails d'invitation, la réception des réponses, la présentation, d'évaluer le temps mis pour répondre au questionnaire notamment.

2.5) Les invitations et relances

La période d'inclusion s'est effectuée sur le mois de juin et juillet 2015.

Un premier mail d'invitation a été envoyé le 07 juin 2015.

Un mail de rappel a été envoyé le 21 juin, puis successivement les 8 et 20 juillet 2015.

2.6) Récolte et traitement des réponses

La récolte des réponses a été effectuée par le logiciel LimeSurvey sur un tableur Excel.

Une opération de « tri à plat » (calcul des effectifs et des pourcentages des modalités de réponse pour chaque question) a été effectuée par l'intermédiaire du logiciel en ligne R2web. (31)

Les pourcentages sont donnés en unité (échantillon de petite taille), avec les règles d'arrondis classiques (si le chiffre après la virgule est $< 0,5$ il est supprimé, mais si il est $\geq 0,5$ il est arrondi à l'unité supérieure).

Un test exact de Fisher est effectué afin d'obtenir une p-value permettant de rejeter ou non l'hypothèse nulle : le choix de réponse au questionnaire est indépendant du type de structure (avec ou sans pharmacien). Nous choisissons un seuil de significativité = 0,05.

Les diagrammes circulaires sont réalisés grâce aux traitements du logiciel Excel.

3. RESULTATS

3.1) Effectif d'inclusion

Le premier mail d'invitation a permis d'obtenir 17 inclusions.

Les mails de rappels suivant ont permis de réaliser au total 34 inclusions sur les 66 invitations.

Soit 52 % de réponse sur l'échantillon qui a reçu le questionnaire sur une période d'inclusion de 2 mois. Ce taux semble satisfaisant au regard des précédents et susceptible de donner des résultats exploitables.

Tableau 2 : Tableau comparatif des répondants et des non répondants à l'enquête

	Répondants	Non répondants
Nombre	34	32
En pôle de santé	*Voir résultats ci-dessous*	8
En maison de santé		24

3.2) Les caractéristiques des structures

Une majorité des répondants travaillent en maison de santé

Question 1 :

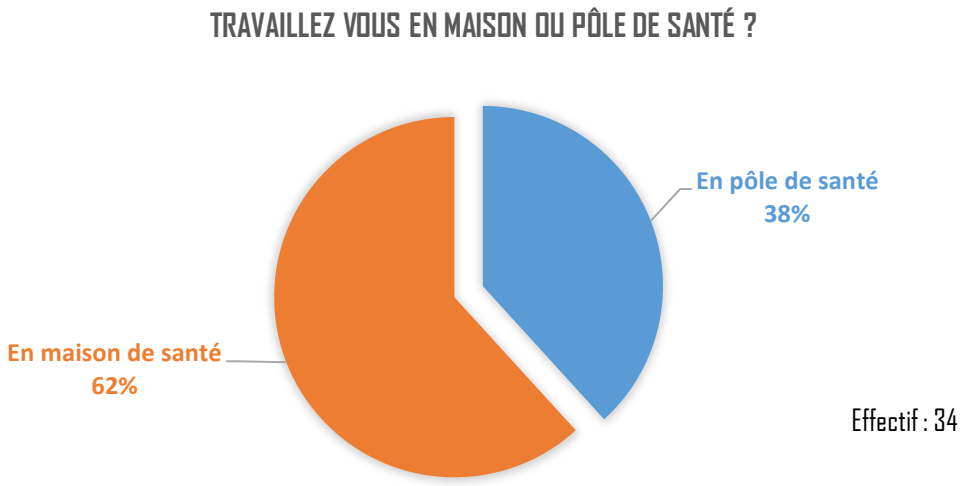


Figure n°1 : Travaillez-vous en maison ou pôles de santé ? Réponse dichotomique.

Plus de la moitié des médecins travaillent dans leur structure depuis plus de 2 ans, un quart depuis moins d'un an

Question 2 :

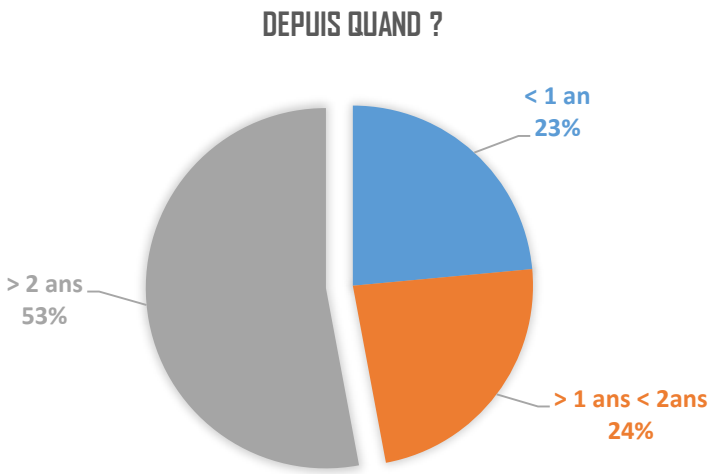


Figure n°2 : Depuis quand ? Réponse par jour/mois/années.

Une large majorité des répondants exercent des fonctions universitaires

Question 3 :

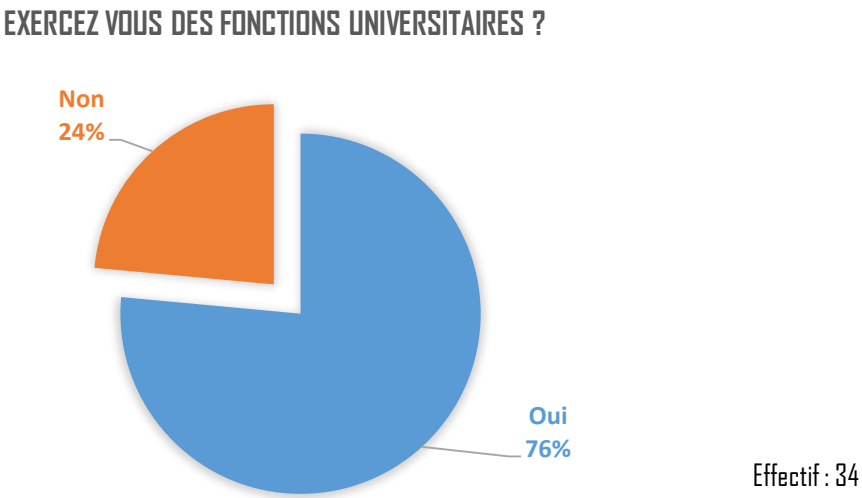


Figure n°3 : Exercez-vous des fonctions universitaires ? Réponse dichotomique.

Plus de la moitié des structures sont constitués sous forme de SISA

Question 4 :

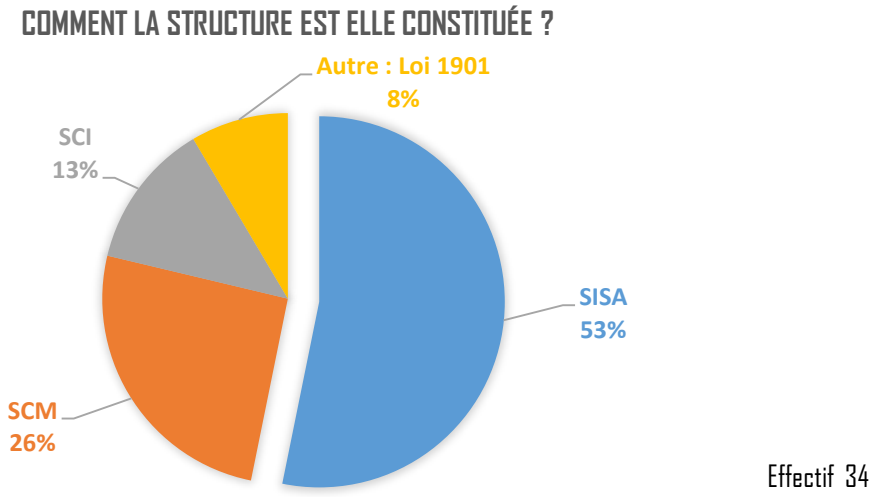


Figure n°4 : Comment la structure est-elle constituée ? Plusieurs réponses possibles parmi 4 choix possibles.

La quasi-totalité des structures accueille des étudiants en santé

Question 5 :

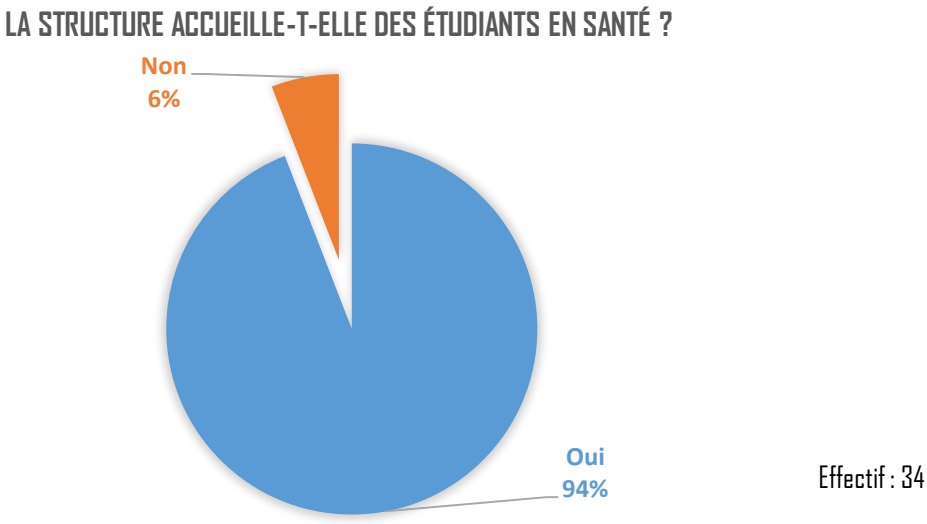
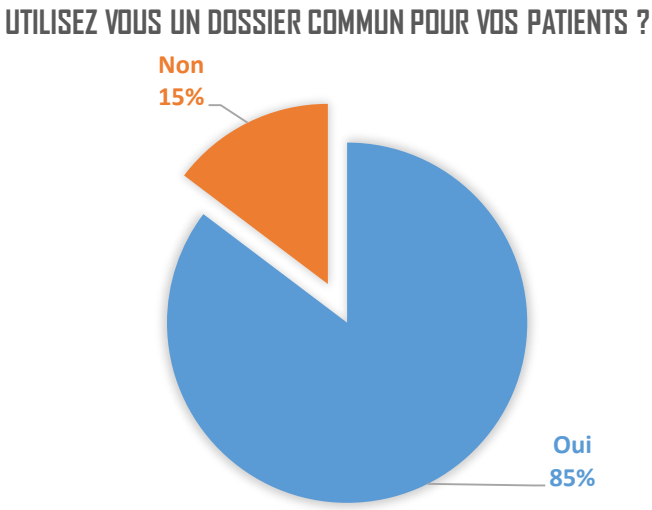


Figure n°5 : La structure accueille-t-elle des étudiants en santé ? Réponse dichotomique.

Une grande majorité des structures utilise un dossier commun pour leur patientèle

Question 6 :

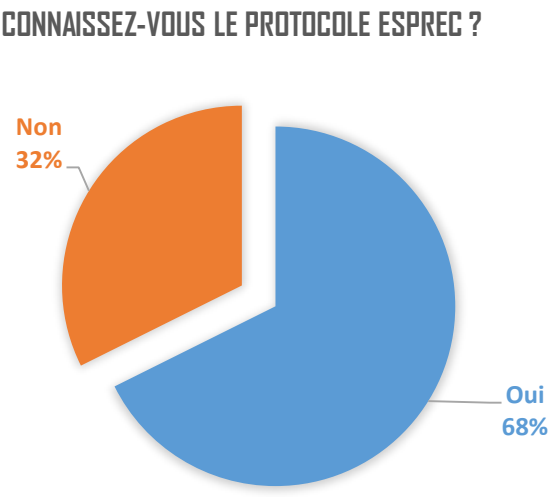


Effectif : 34

Figure n°6 : Utilisez-vous un dossier commun pour vos patients ? Réponse dichotomique.

Un tiers des répondants ne connaissent pas le protocole ESPREC

Question 7 :



Effectif : 34

Figure n°7 : Connaissez-vous le protocole ESPREC ? Réponse dichotomique.

Le protocole ESPREC n'est instauré que dans la moitié des structures connaissant le protocole et accueillant des pharmaciens

Question 8 :

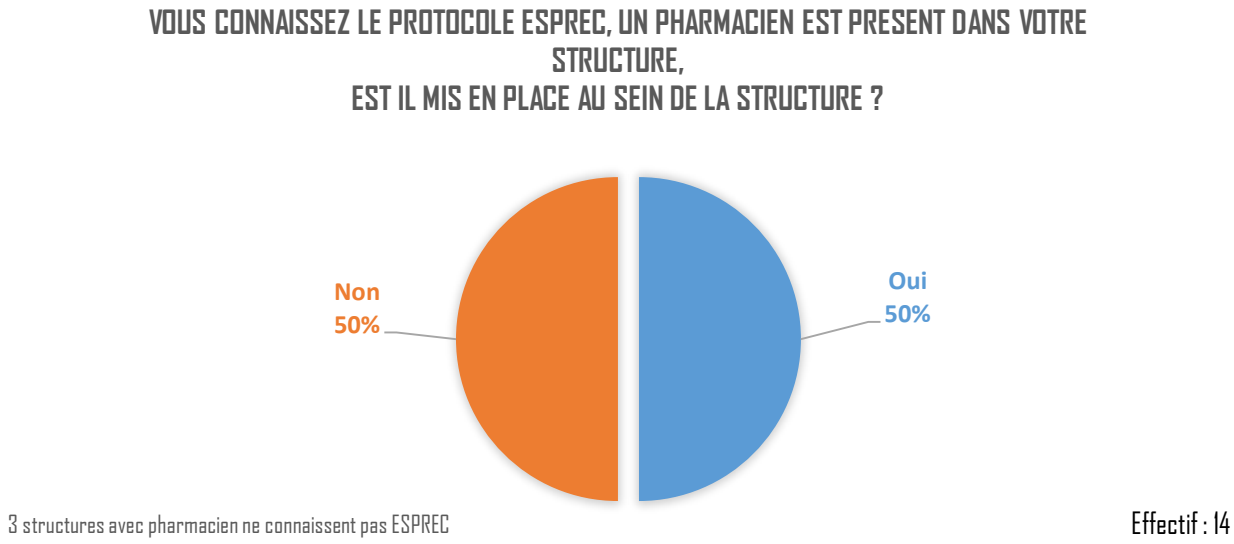


Figure n°8 : Vous connaissez le protocole ESPREC, un pharmacien est présent dans votre structure, est-il mis en place au sein de la structure ? Réponse dichotomique.

Un pharmacien est intégré ou en cours d'intégration dans 50% des structures

Question 9 :

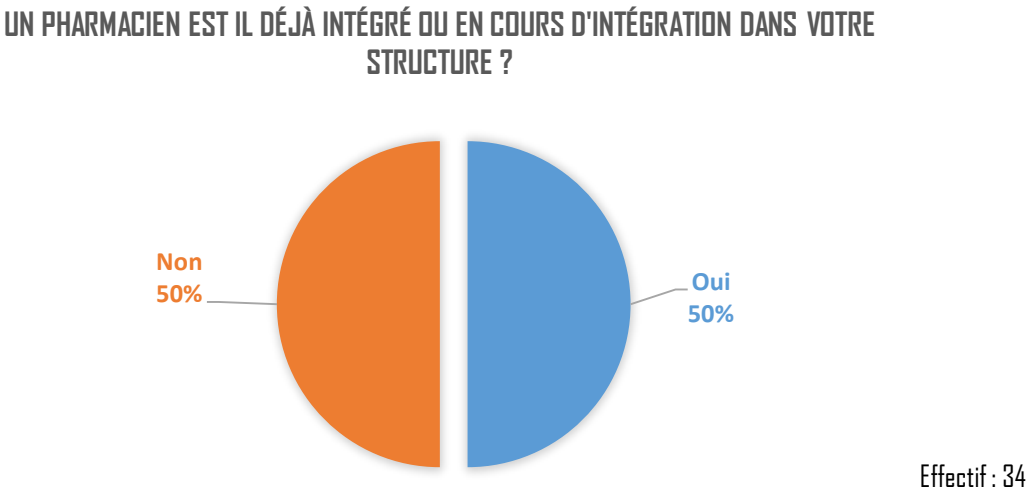


Figure n°9 : Un pharmacien est-il déjà intégré ou en cours d'intégration dans votre structure ? Réponse dichotomique.

3.3) Les motivations et les attentes sur le pharmacien

Les principales motivations pour l'intégration du pharmacien sont l'apport de ses compétences (29%), l'intérêt pour le travail collaboratif (27%) et l''amélioration de la communication (20%)

Question 10.1 :

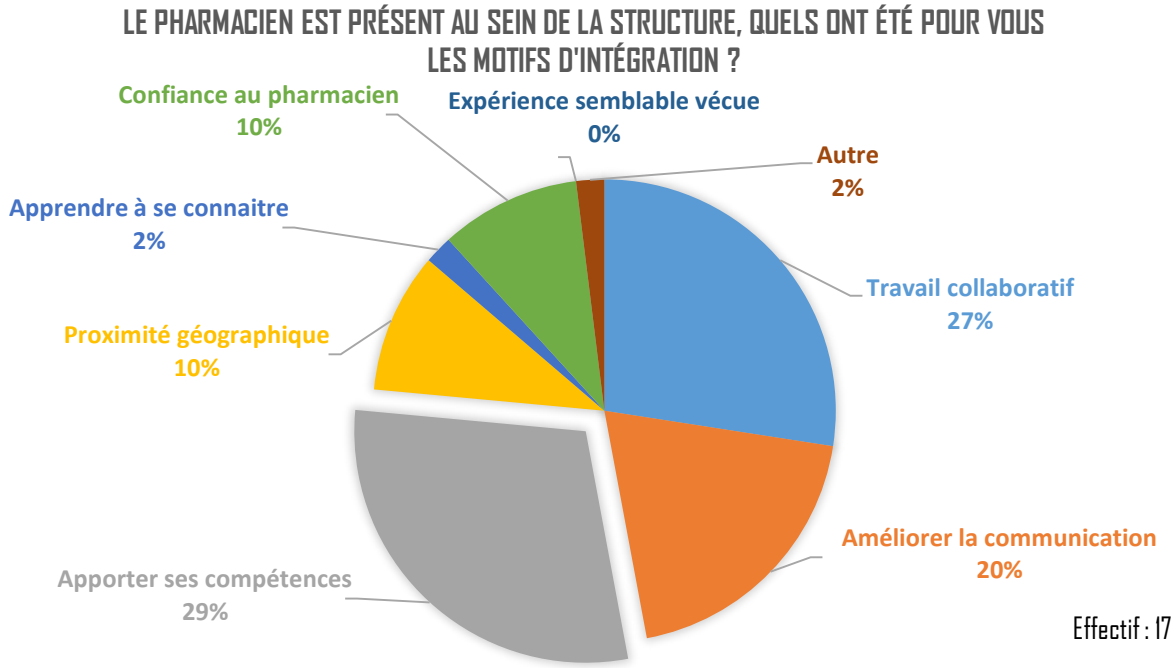


Figure n°10.1 : Le pharmacien est présent au sein de la structure, quels ont été pour vous les motifs d'intégration ? 3 choix parmi 8 réponses possibles.

Caractéristiques de la question 10.1 :

- 3 réponses à donner parmi les 8 réponses possibles
- La mention « Autre » a donné la réponse écrite suivante : « Légitimité à représenter l'ensemble des professionnels ».

Les motifs de l'absence du pharmacien au sein de la structure sont principalement : un refus de la part du pharmacien et une appréhension de concurrence déloyale,

Pour un quart des structures, une réflexion est toutefois en cours

Question 10.2 :

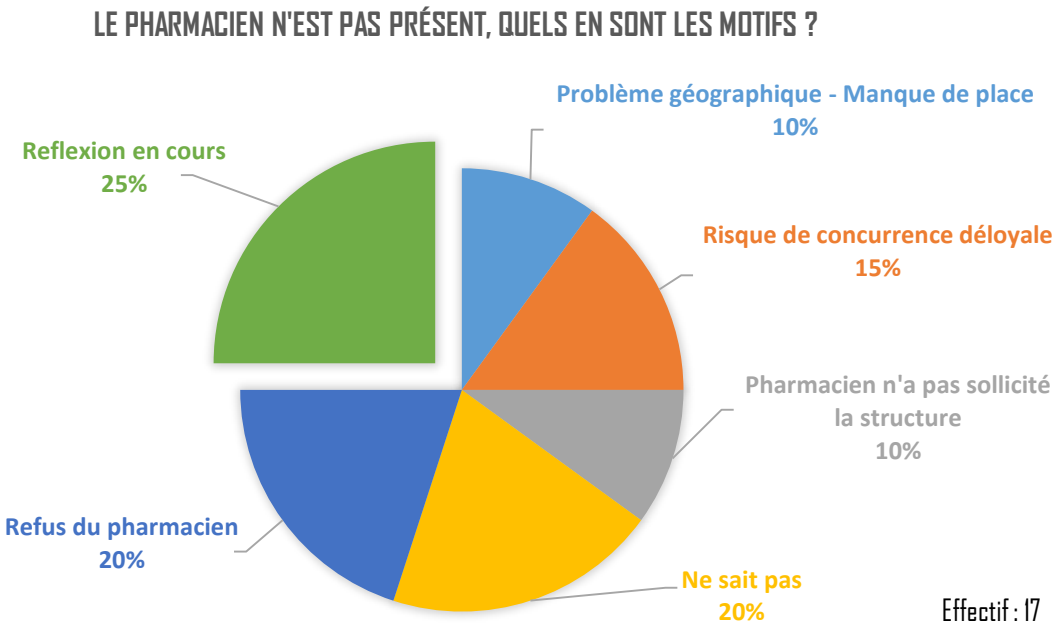


Figure n°10.2: Le pharmacien n'est pas présent, quels en sont les motifs ? Réponse ouverte.

Caractéristiques de la question 10.2 :

- Les réponses sont ouvertes et rédactionnelles.
- Regroupement par l'enquêteur des réponses ouvertes en thèmes abordés.

AU SEIN DE LA STRUCTURE,

Question 11 :

Une grande majorité des médecins indique qu'il est pertinent que le pharmacien soit présent,

4 médecins sont « assez peu d'accord »

C'est dans les structures avec pharmacien que l'on retrouve majoritairement l'adhésion à la présence du pharmacien (88% versus 17% dans les structures sans pharmacien).

11.1)

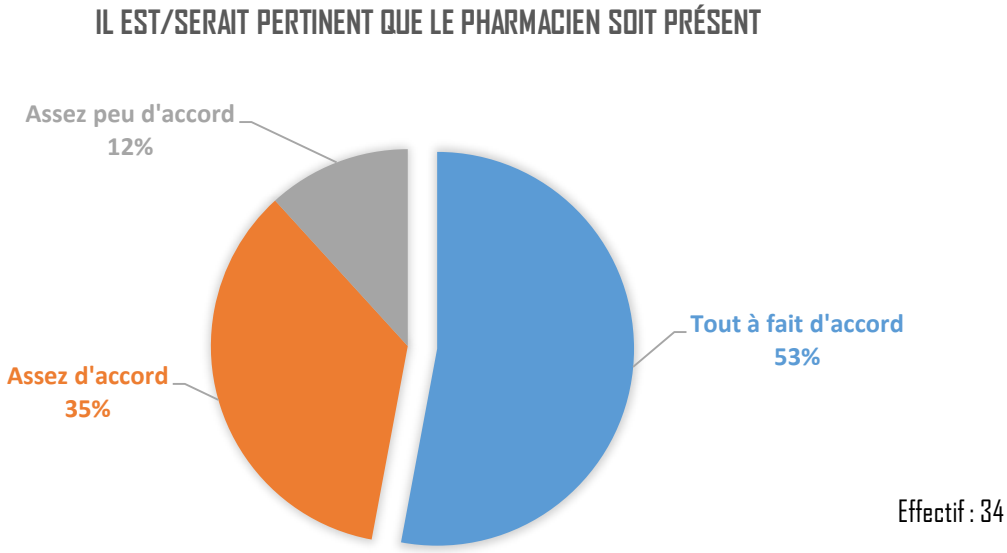
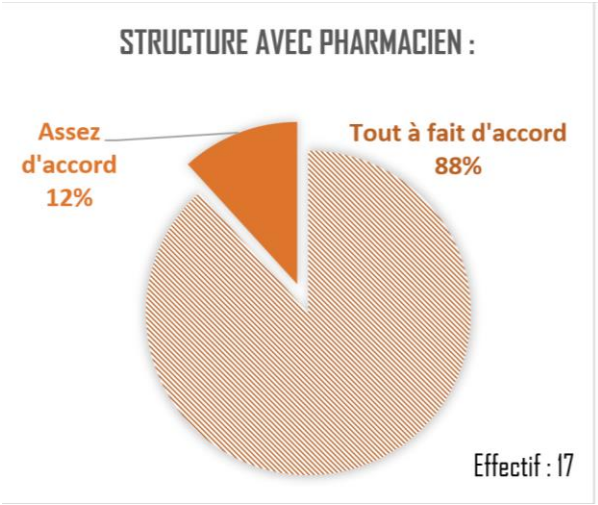


Figure n°11.1 : Il est/serait pertinent que le pharmacien soit présent. Likert.



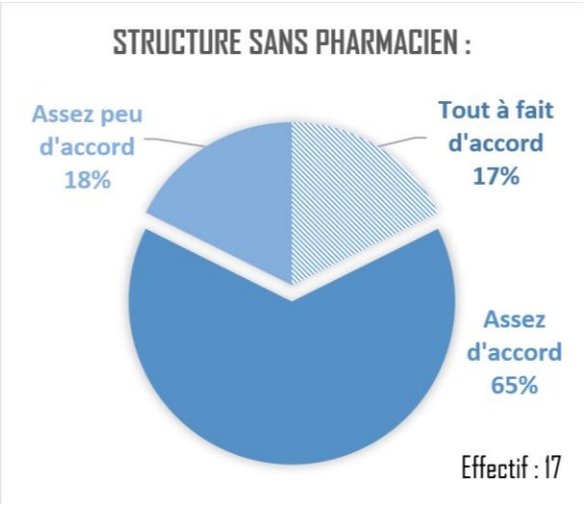


Figure n°11.1.1 : Il est/serait pertinent que le pharmacien soit présent. Structure avec pharmacien. Likert.

Figure n°11.1.2 : Il est/serait pertinent que le pharmacien soit présent. Structure sans pharmacien. Likert.

P-value = $8{,}87 \times 10^{-5}$

Une faible majorité des médecins est favorable à ce que ce soit le pharmacien qui procède à la demande de son intégration

Les structures avec pharmacien sont majoritairement réticentes, alors que les structures sans pharmacien semblent plus réceptives

11.2)

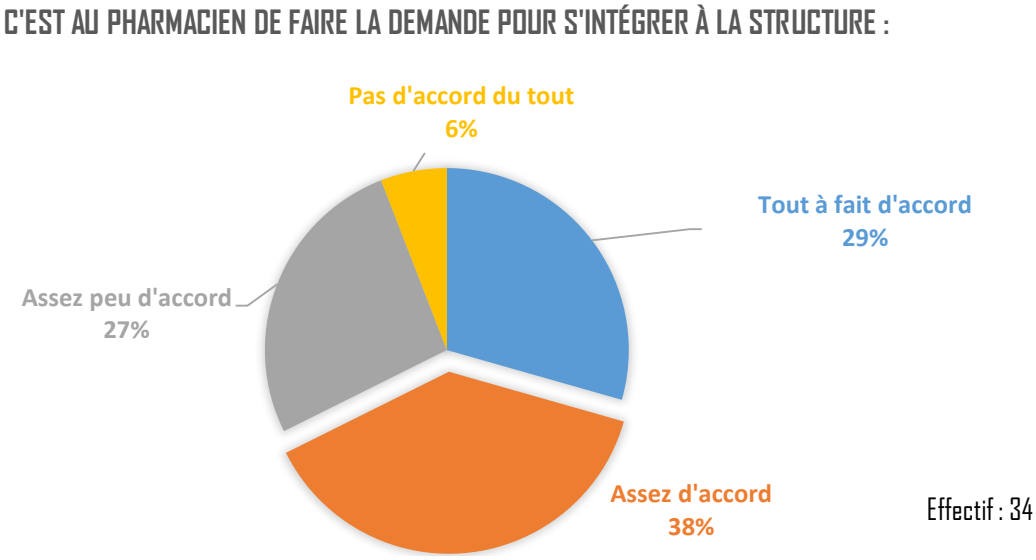


Figure n°11.2 : C'est au pharmacien de faire la demande pour s'intégrer à la structure. Likert.

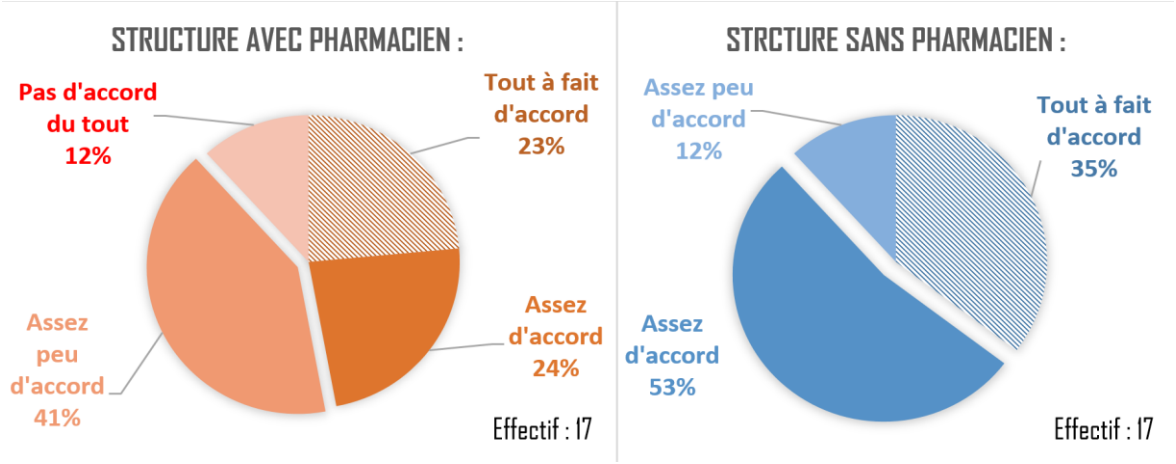


Figure n°11.2.1 : C'est au pharmacien de faire la demande pour s'intégrer à la structure. Structure avec pharmacien. Likert.

Figure n°11.2.2 : C'est au pharmacien de faire la demande pour s'intégrer à la structure. Structure sans pharmacien. Likert.

P-value = 0,06

Une très forte majorité des médecins indique qu'ils souhaitent que le pharmacien soit officinal

Entre les structures avec ou sans pharmacien, la répartition est similaire

11.3)

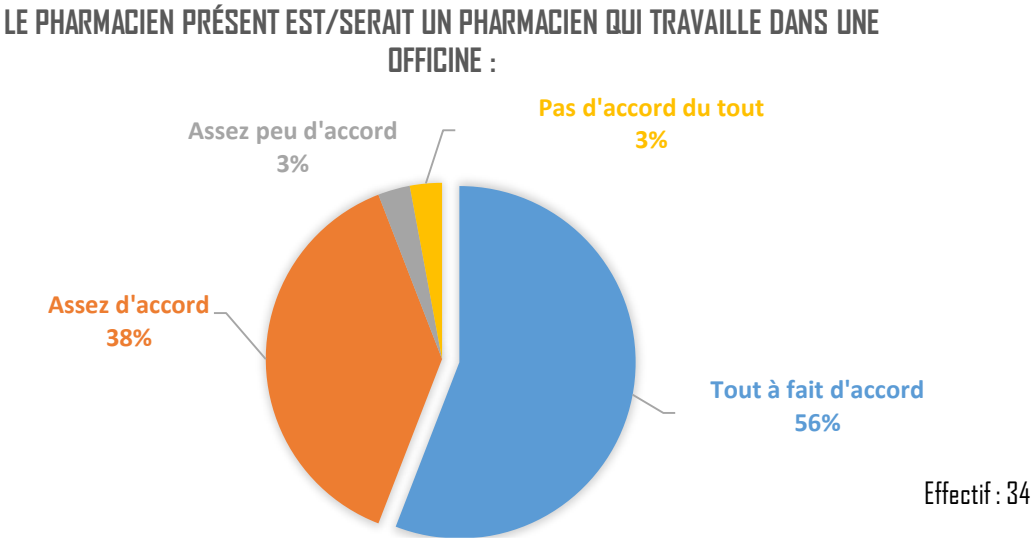


Figure n°11.3 : Le pharmacien présent est/serait un pharmacien qui travaille dans une officine. Likert.

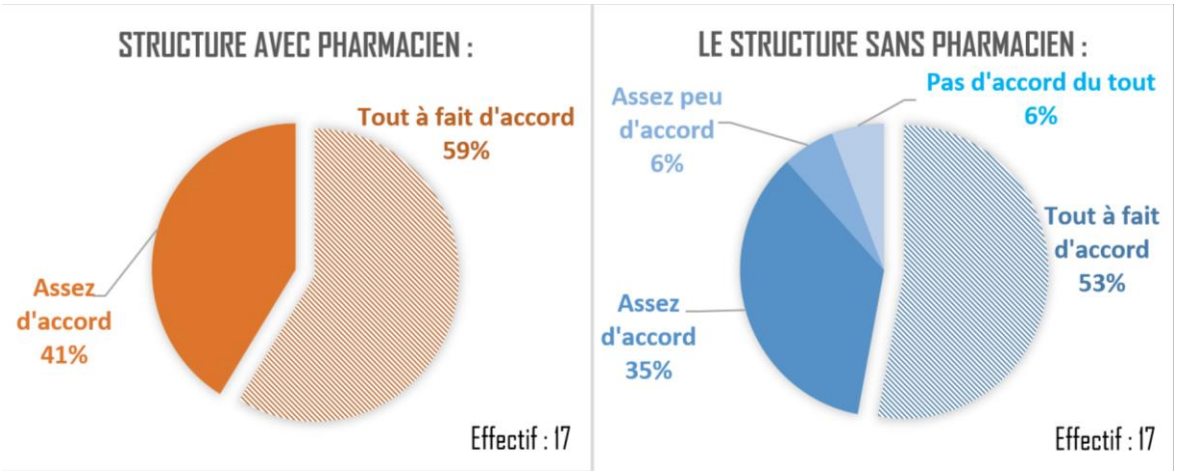


Figure n°11.3.1 : Le pharmacien présent est/serait un pharmacien qui travaille dans une officine. Structure avec pharmacien. Likert.

Figure n°11.3.2 : Le pharmacien présent est/serait un pharmacien qui travaille dans une officine. Structure sans pharmacien. Likert.

P-value = 1

56% des participants sont réticents à la présence d'un pharmacien ambulatoire

Les structures avec pharmaciens sont en majorité plus ouvertes à accueillir un pharmacien ambulatoire que les structures sans pharmacien

11.4)

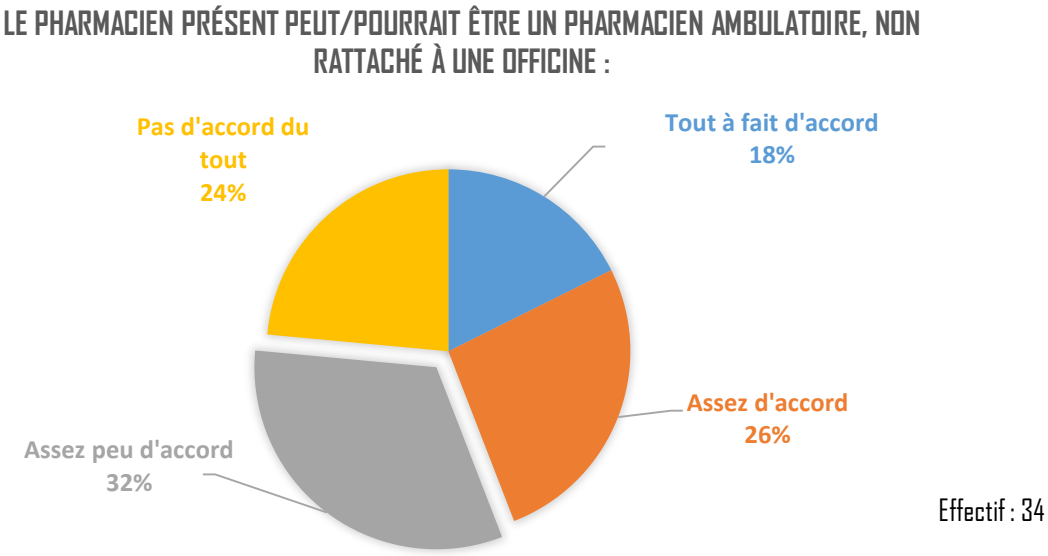
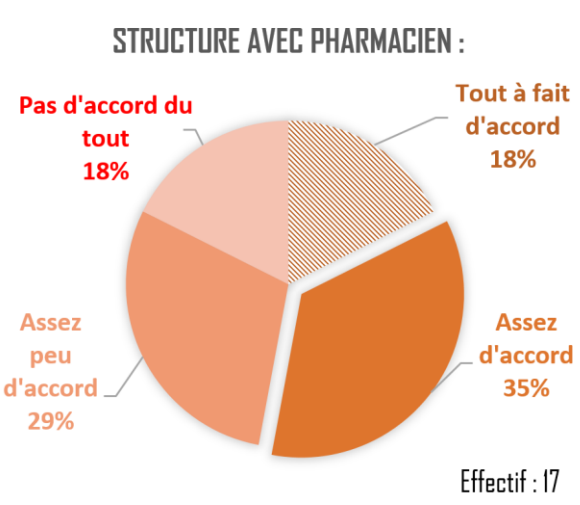


Figure n°11.4 : Le pharmacien présent peut/pourrait être un pharmacien ambulatoire, non rattaché à une officine. Likert



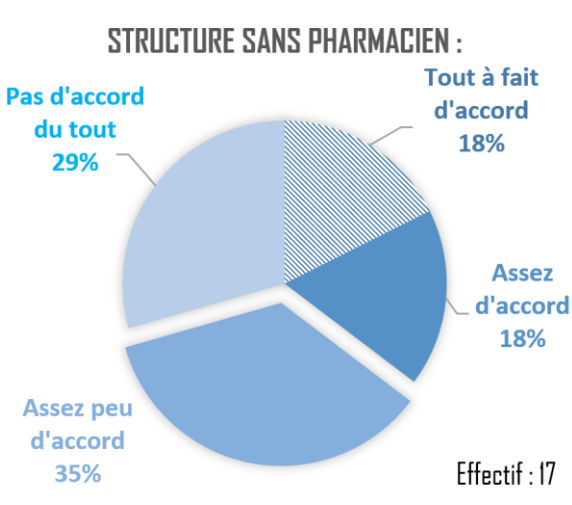


Figure n°11.4.1 : Le pharmacien présent peut/pourrait être un pharmacien ambulatoire, non rattaché à une officine. Structure avec pharmacien. Likert

Figure n°11.4.2 : Le pharmacien présent peut/pourrait être un pharmacien ambulatoire, non rattaché à une officine. Structure sans pharmacien. Likert

P-value = 0,66

Selon les médecins généralistes interrogés, le rôle du pharmacien repose sur :
(par ordre décroissant d'importance)

1) **L'analyse de la sécurité de la prescription (posologies, contre-indications, interactions médicamenteuses) (76%[(1)])**
2) **L'analyse et la proposition concernant la cohérence entre les différentes prescriptions des patients (68%[(1)])**
3) **L'analyse de la conformité des ordonnances du point de vue réglementaire (65%[(1)])**
4) **La participation à un dispositif d'éducation thérapeutique (62%[(1)])**
5) **La proposition d'optimisation du plan de prise (53%[(1)])**
6) **La gestion des risques liés aux produits de santé (50%[(1)])**
7) **L'analyse et la proposition concernant l'adaptation de l'ordonnance aux référentiels thérapeutiques (44%[(1)], 50%[(2)])**
8) **La participation au recueil de données sur le patient pour un dossier médical ou administratif commun (44%[(1)], 41%[(2)])**
9) **La réalisation d'entretien d'observance (35%[(1)])**
10) **La gestion de la structure (29%[(1)])**
11) **La réalisation d'entretiens de suivi thérapeutique (AVK, Asthme) (26%[(1)])**
12) **L'approvisionnement et la gestion de stock des produits de santé au sein de la structure (9%[(1)]).**

(1) : pourcentage de réponse « tout à fait d'accord »
(2) : pourcentage de réponse « assez d'accord »

Il en ressort aussi un rôle notable du pharmacien en termes de management et de gestion du personnel au sein la structure.

Question 12 :

Presque un quart des répondants rejette totalement le rôle du pharmacien dans l'approvisionnement et la gestion de stock de la structure, la majorité est réticente

Les structures sans pharmacien sont majoritairement favorables (47%), et celles avec pharmacien sont majoritairement réservées (65%)

SELON VOUS, LE ROLE DU PHARMACIEN DANS UNE STRUCTURE PLURIPROFESSIONNELLE CONSISTE EN :

12.1)

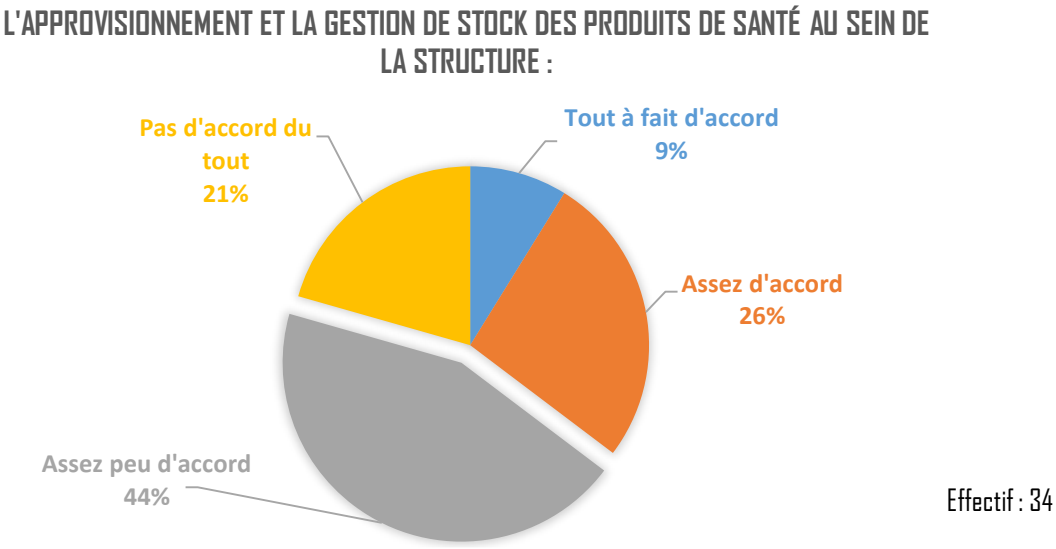


Figure n°12.1 : Le rôle du pharmacien consiste en l'approvisionnement et la gestion de stock des produits de santé au sein de la structure. Likert.

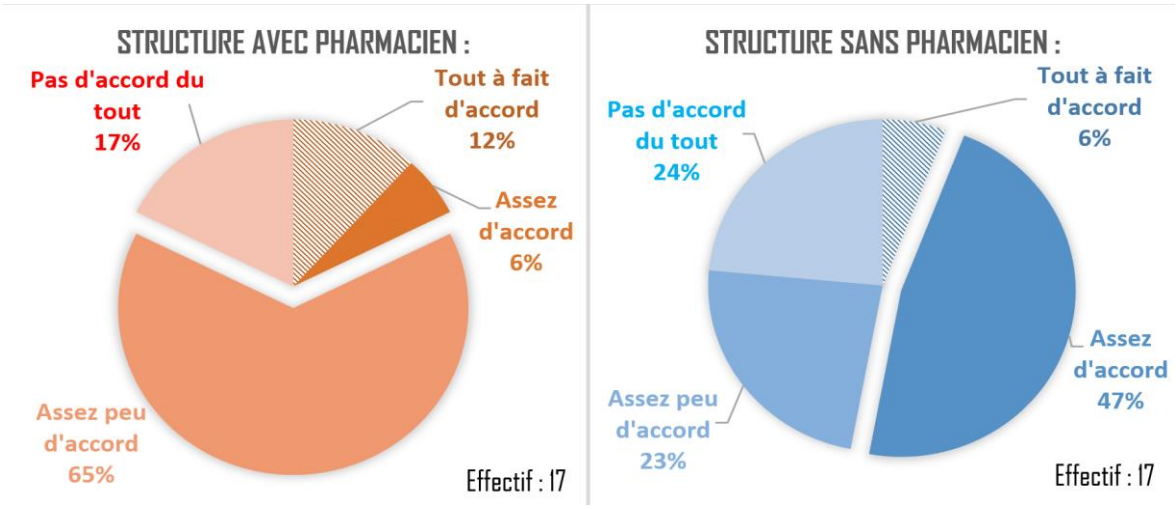


Figure n°12.1.1 : Le rôle du pharmacien consiste en l'approvisionnement et la gestion de stock des produits de santé au sein de la structure. Structure avec pharmacien. Likert.

Figure n°12.1.2 : Le rôle du pharmacien consiste en l'approvisionnement et la gestion de stock des produits de santé au sein de la structure. Structure sans pharmacien. Likert.

P-value = 0,02

Plus de 50% des médecins sont favorables à ce que le pharmacien participe à la gestion de la structure

6 médecins sont réticents

La répartition des réponses est assez homogène entre les structure avec ou sans pharmacien

12.2)

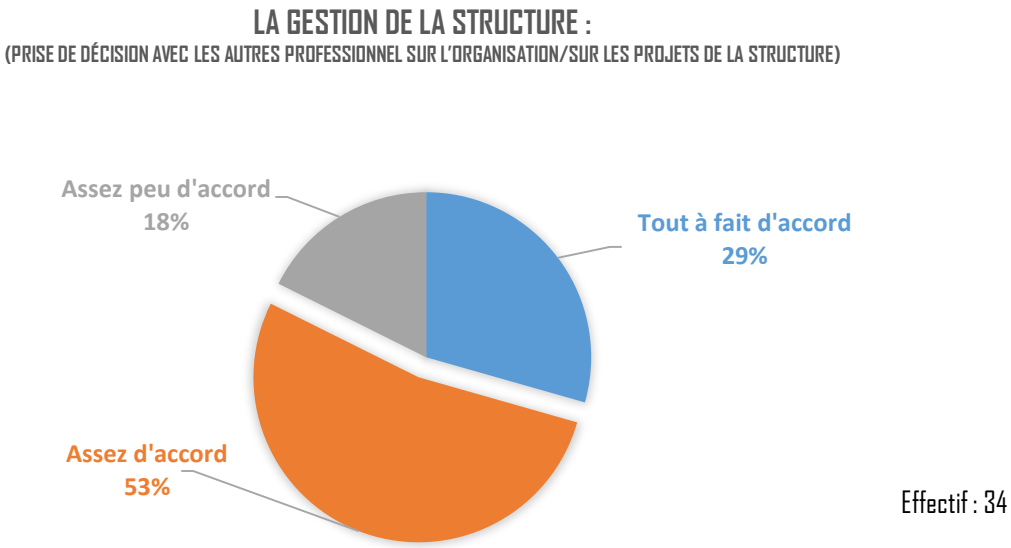


Figure n°12.2 : Le rôle du pharmacien consiste en la gestion de la structure. Likert.

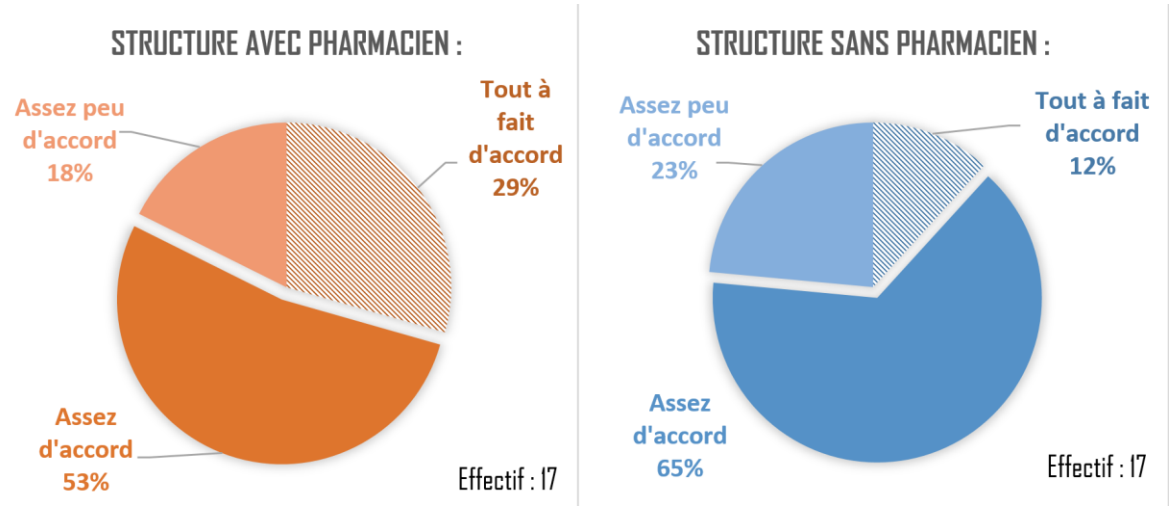


Figure n°12.2.1 : Le rôle du pharmacien consiste en la gestion de la structure. Structure avec pharmacien. Likert.

Figure n°12.2.2 : Le rôle du pharmacien consiste en la gestion de la structure. Structure sans pharmacien. Likert.

P-value = 0,08

La moitié des répondants sont très favorables à ce que le pharmacien ait un rôle dans la gestion des risques liés aux produits de santé

5 médecins sont réticents

Les structures sans pharmacien sont majoritairement favorables à ce rôle, les réponses sont plus mitigées au sein des structures avec pharmacien

12.3)

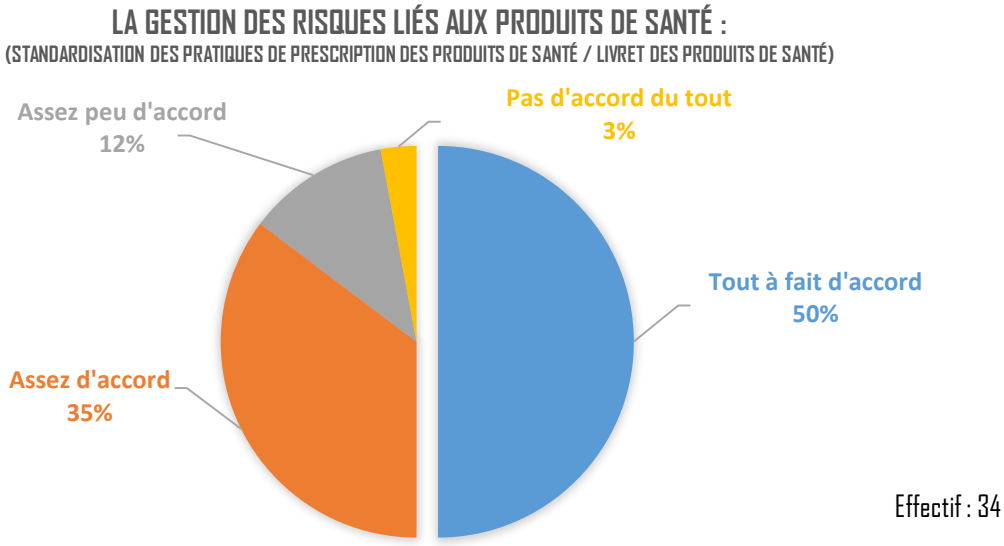
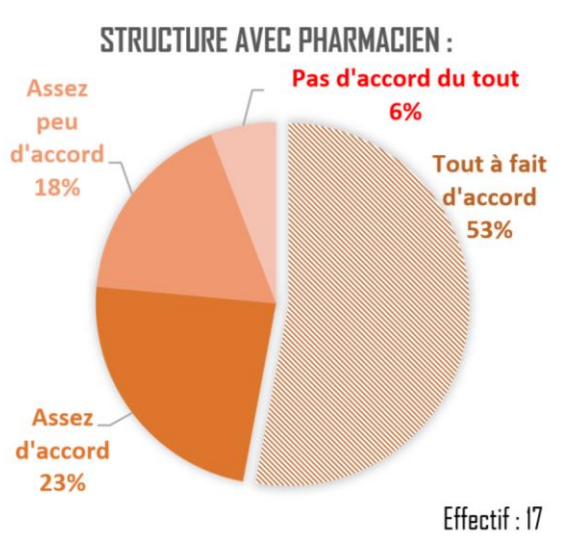


Figure n°12.3 : Le rôle du pharmacien consiste en la gestion des risques liés aux produits de santé. Likert.



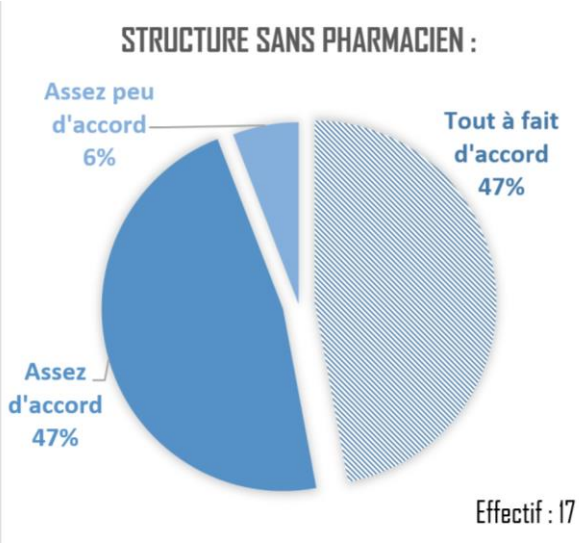


Figure n°12.3.1 : Le rôle du pharmacien consiste en la gestion des risques liés aux produits de santé. Structure avec pharmacien. Likert.

Figure n°12.3.2 : Le rôle du pharmacien consiste en la gestion des risques liés aux produits de santé. Structure sans pharmacien. Likert.

P-value = 0,33

85% des médecins sont favorables à ce que le pharmacien participe au recueil de données patient

2 médecins ne sont « pas d'accord du tout »

Les structures avec pharmacien sont très majoritairement favorables, les réponses sont plus mitigées au sein des structures sans pharmacien

12.4)

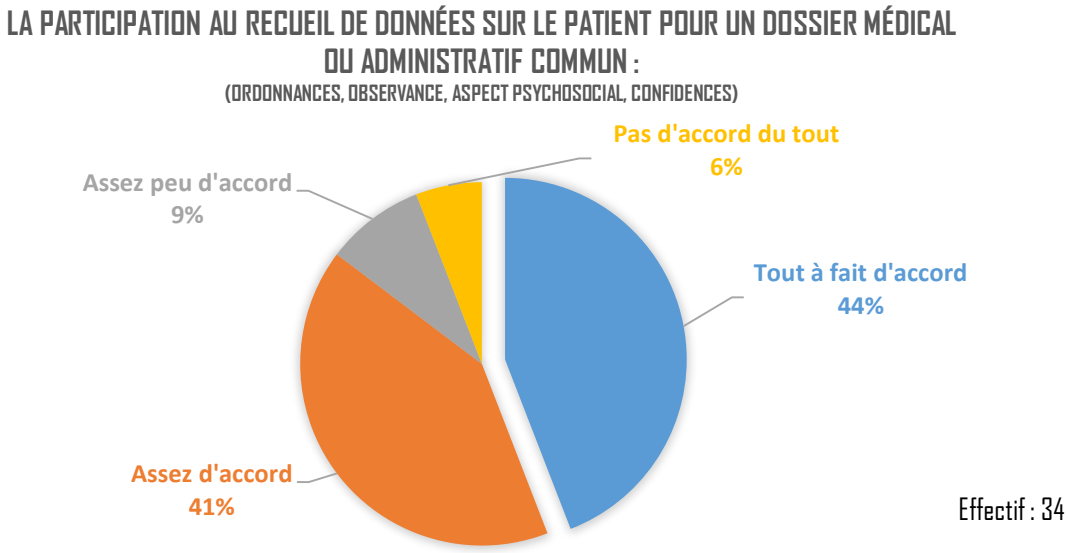


Figure n°12.4 : Le rôle du pharmacien consiste en la participation au recueil de données sur le patient pour un dossier médical ou administratif commun. Likert.

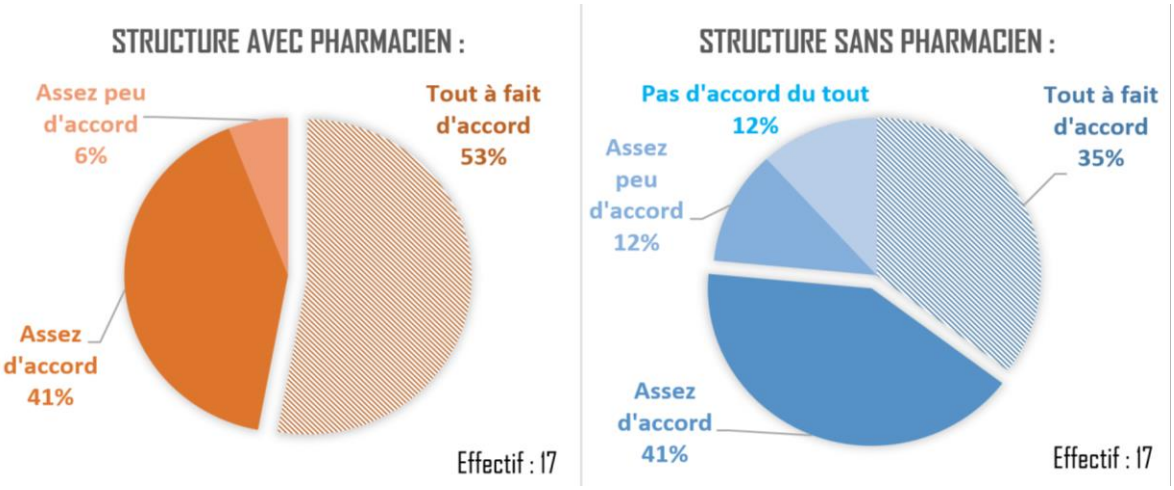


Figure n°12.4.1 : Le rôle du pharmacien consiste en la participation au recueil de données sur le patient pour un dossier médical ou administratif commun. Structure avec pharmacien. Likert.

Figure n°12.4.2 : Le rôle du pharmacien consiste en la participation au recueil de données sur le patient pour un dossier médical ou administratif commun. Structure sans pharmacien. Likert.

P-value = 0,50

La moitié des médecins sont favorables à ce que le pharmacien réalise l'analyse et propose des adaptations d'ordonnance par rapport aux référentiels thérapeutiques

44% sont « tout à fait d'accord », 2 médecins sont « assez peu d'accord »

Les structures avec pharmacien y sont dans l'ensemble plus favorables que les structures sans pharmacien

12.5)

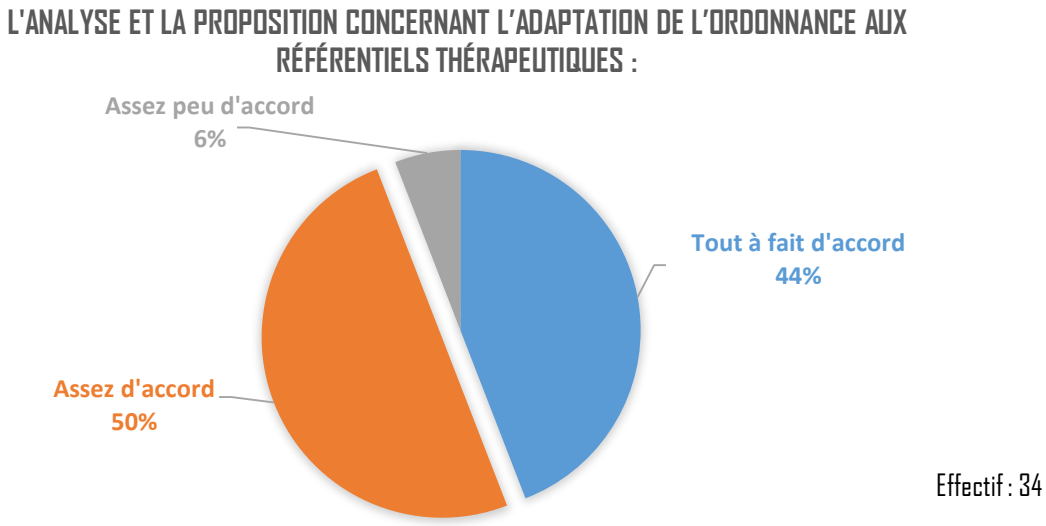


Figure n°12.5 : Le rôle du pharmacien consiste en l'analyse et la proposition concernant l'adaptation de l'ordonnance aux référentiels thérapeutiques. Likert.

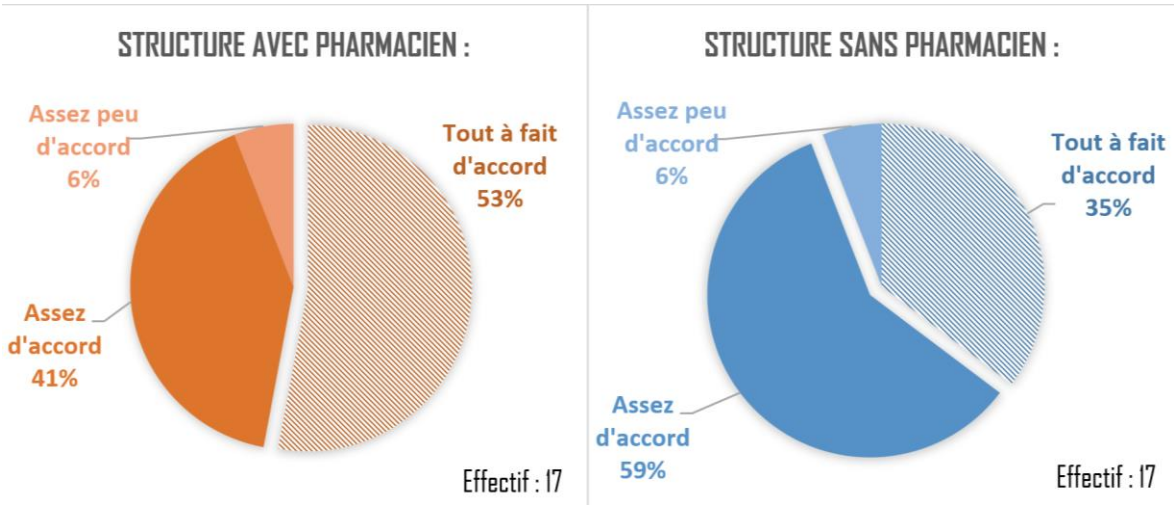


Figure n°12.5.1 : Le rôle du pharmacien consiste en l'analyse et la proposition concernant l'adaptation de l'ordonnance aux référentiels thérapeutiques. Structure avec pharmacien. Likert.

Figure n°12.5.2 : Le rôle du pharmacien consiste en l'analyse et la proposition concernant l'adaptation de l'ordonnance aux référentiels thérapeutiques. Structure sans pharmacien. Likert.

P-value = 0,73

Presque 70% des médecins sont « tout à fait d'accord » pour que les pharmaciens procèdent à l'analyse et la proposition de cohérence entre les différentes prescriptions

1 médecin est « assez peu d'accord »

Ce rôle est plus identifié dans les structures avec pharmacien

12.6)

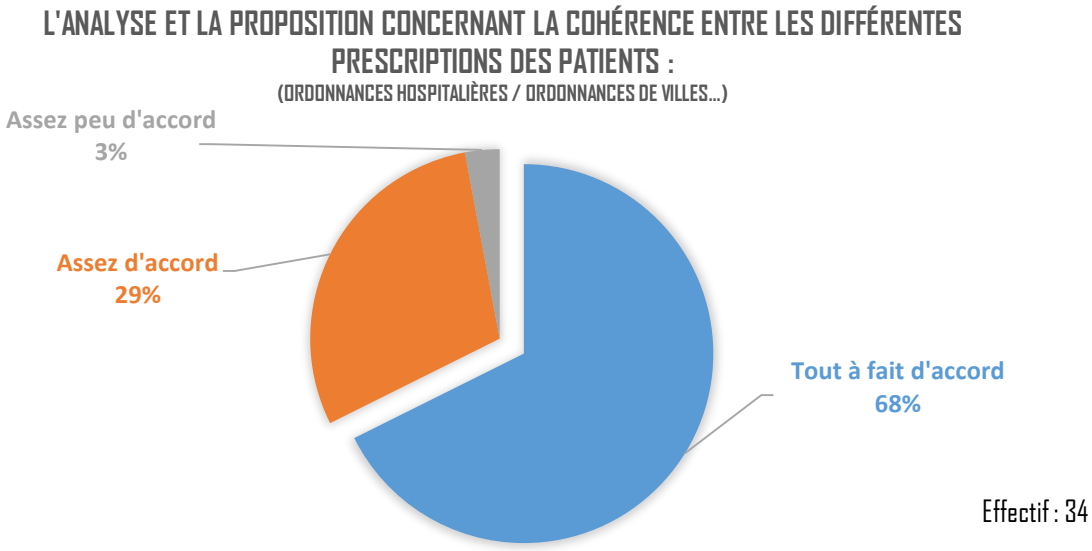


Figure n°12.6 : Le rôle du pharmacien consiste en l'analyse et la proposition concernant la cohérence entre les différentes prescriptions des patients. Likert.

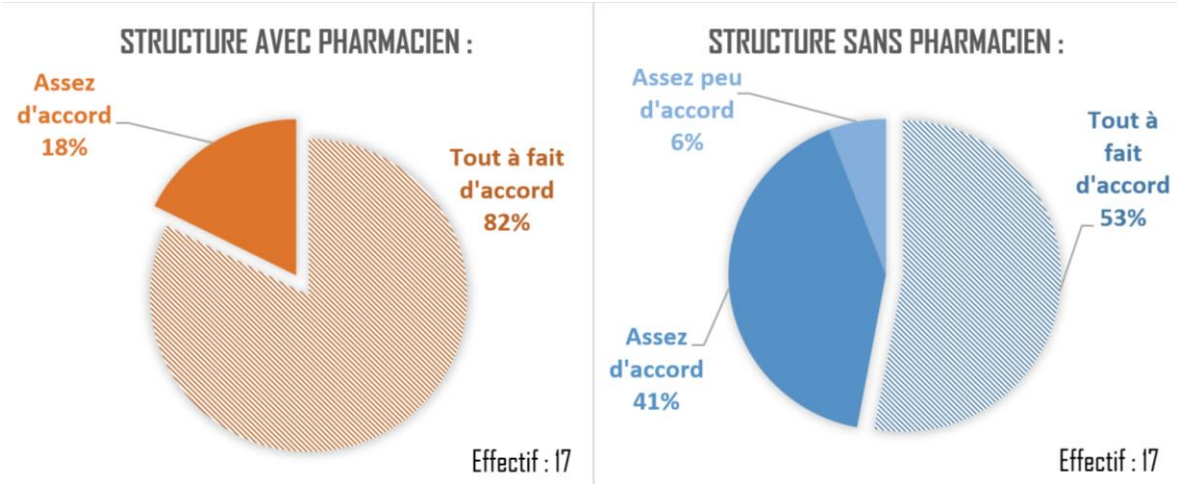


Figure n°12.6.1 : Le rôle du pharmacien consiste en l'analyse et la proposition concernant la cohérence entre les différentes prescriptions des patients. Structure avec pharmacien. Likert.

Figure n°12.6.2 : Le rôle du pharmacien consiste en l'analyse et la proposition concernant la cohérence entre les différentes prescriptions des patients. Structure sans pharmacien. Likert.

P-value = 0,14

La majorité des médecins est favorable à ce que le pharmacien procède à l'analyse de la conformité réglementaire des ordonnances

2 médecins sont « assez peu d'accord »

La répartition des réponses est tout à fait identique entre les structures avec et sans pharmacien

12.7)

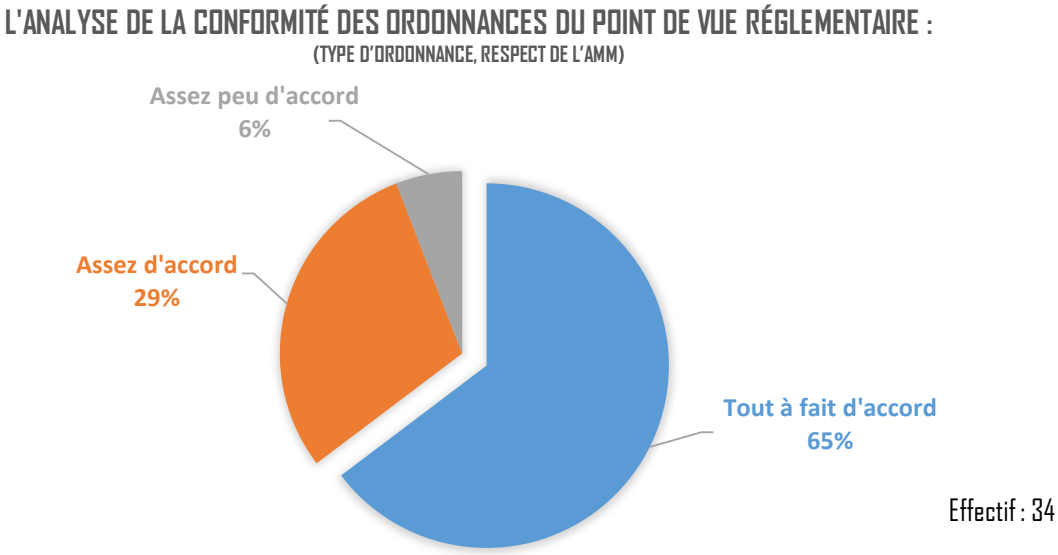


Figure n°12.7 : Le rôle du pharmacien consiste en l'analyse de la conformité des ordonnances du point de vue réglementaire. Likert.

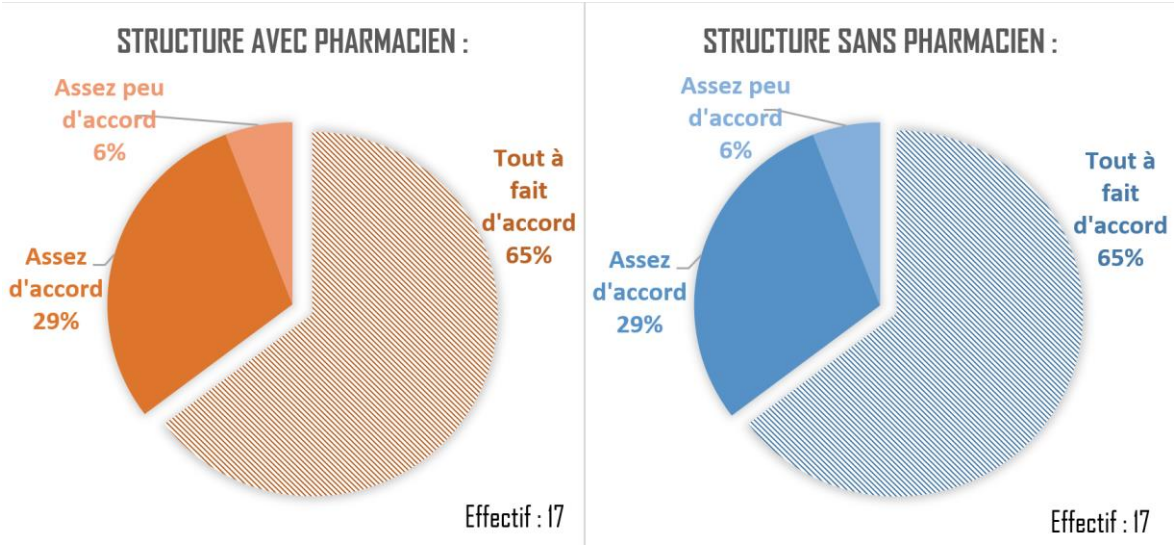


Figure n°12.7.1 : Le rôle du pharmacien consiste en l'analyse de la conformité des ordonnances du point de vue réglementaire. Structure avec pharmacien. Likert.

Figure n°12.7.2 : Le rôle du pharmacien consiste en l'analyse de la conformité des ordonnances du point de vue réglementaire. Structure sans pharmacien. Likert.

P-value = 1

Les trois quart des médecins sont très favorables à ce que le pharmacien procède à l'analyse de la sécurité de la prescription

1 médecin est « assez peu d'accord »

La répartition est relativement identique entre les deux types de structures

12.8)

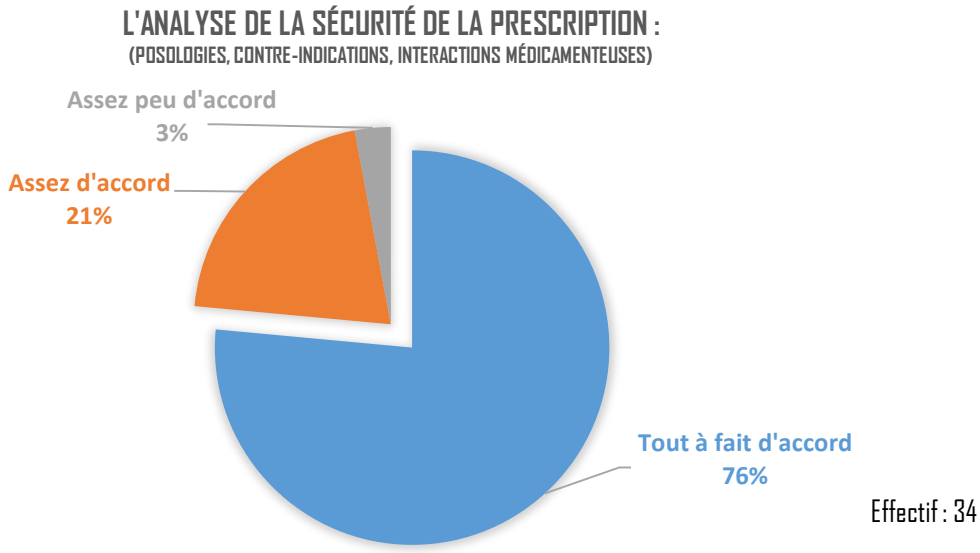


Figure n°12.8 : Le rôle du pharmacien consiste en l'analyse de la sécurité de la prescription. Likert.

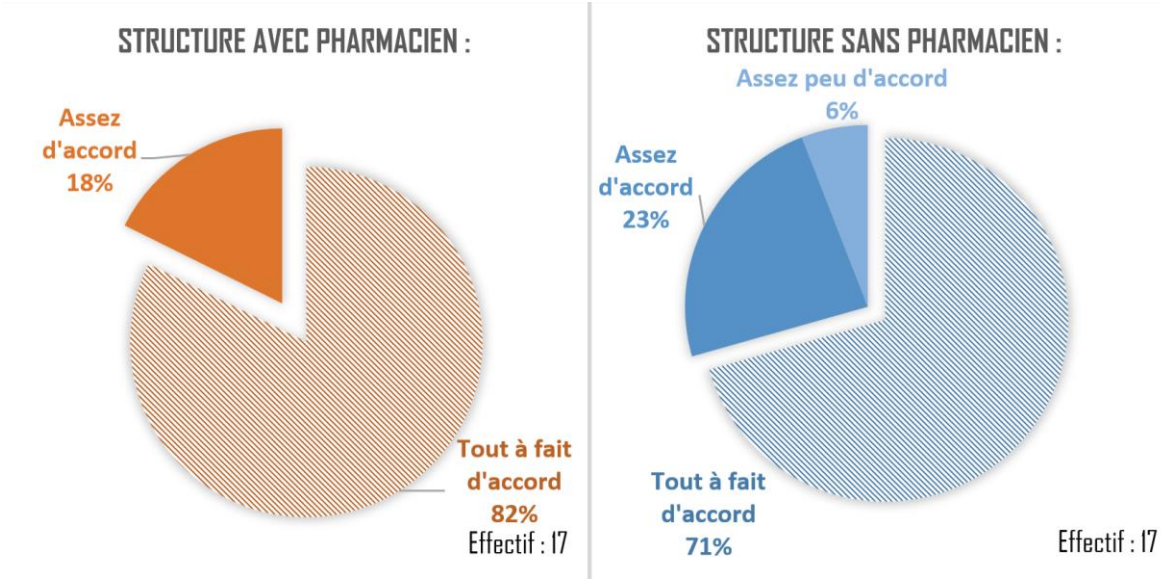


Figure n°12.8.1 : Le rôle du pharmacien consiste en l'analyse de la sécurité de la prescription. Structure avec pharmacien. Likert.

Figure n°12.8.2 : Le rôle du pharmacien consiste en l'analyse de la sécurité de la prescription. Structure sans pharmacien. Likert.

P-value = 0,69

La très grande majorité des médecins sont favorables à ce que le pharmacien réalise des propositions d'optimisation du plan de prise

3 médecins sont « assez peu d'accord »

Ce rôle est plus marqué chez les structures avec pharmacien

12.9)

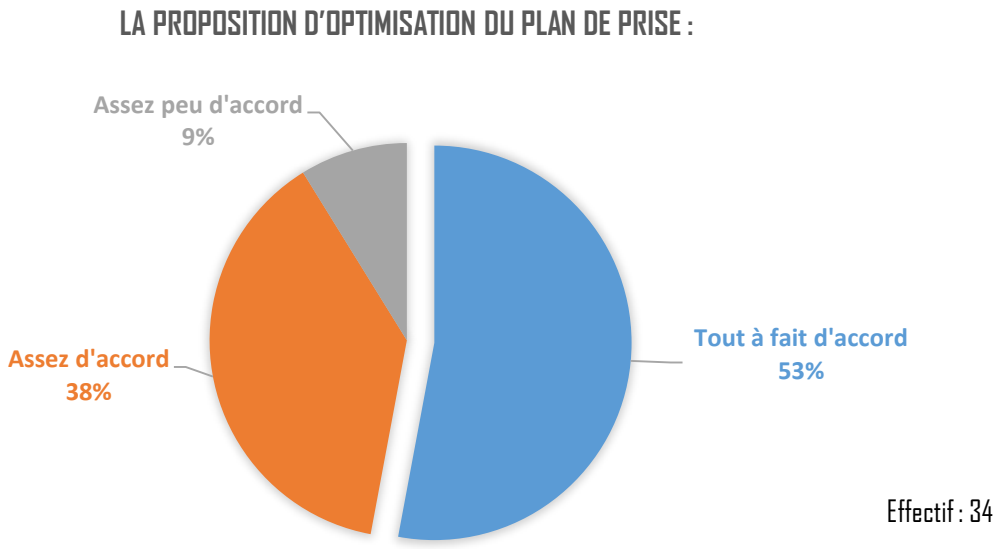


Figure n°12.9 : Le rôle du pharmacien consiste en la proposition d'optimisation du plan de prise. Likert.

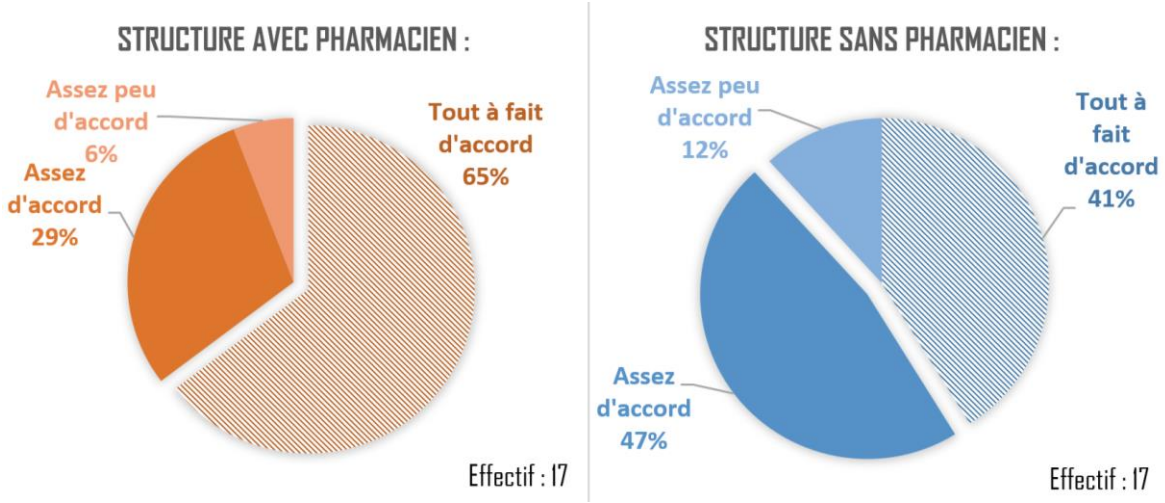


Figure n°12.9.1 : Le rôle du pharmacien consiste en la proposition d'optimisation du plan de prise. Structure avec pharmacien. Likert.

Figure n°12.9.2 : Le rôle du pharmacien consiste en la proposition d'optimisation du plan de prise. Structure sans pharmacien. Likert.

P-value = 0,45

56 % des médecins sont favorables à ce que le pharmacien réalise des entretiens de suivi thérapeutique

9 médecins sont « tout à fait d'accord », 5 sont « assez peu d'accord »

La reconnaissance de ce rôle est très largement plus marquée chez les structures avec pharmacien, seulement 6% des structures sans pharmacien sont « tout à fait d'accord » (versus 47% avec pharmacien)

12.10)

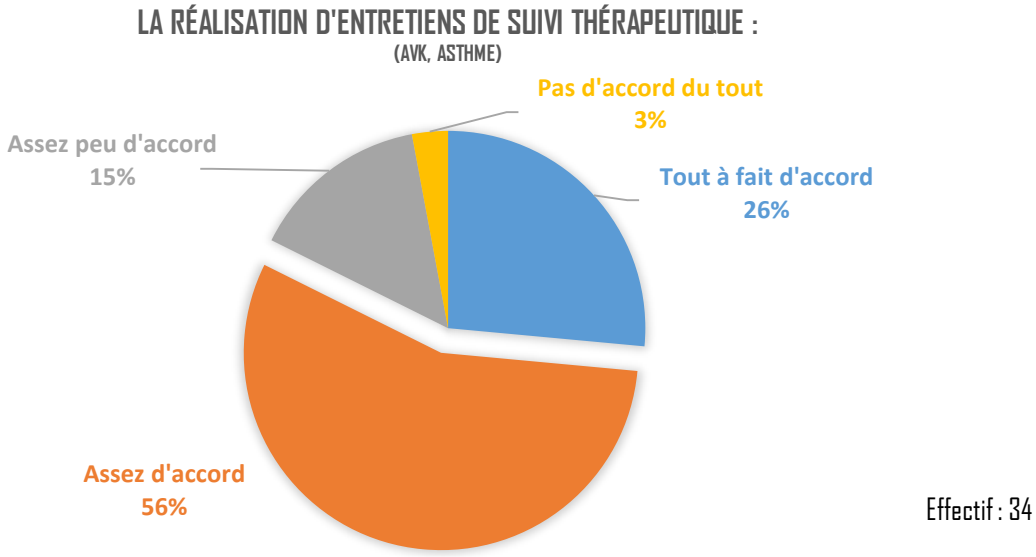


Figure n°12.10 : Le rôle du pharmacien consiste en la réalisation d'entretiens de suivi thérapeutique. Likert.

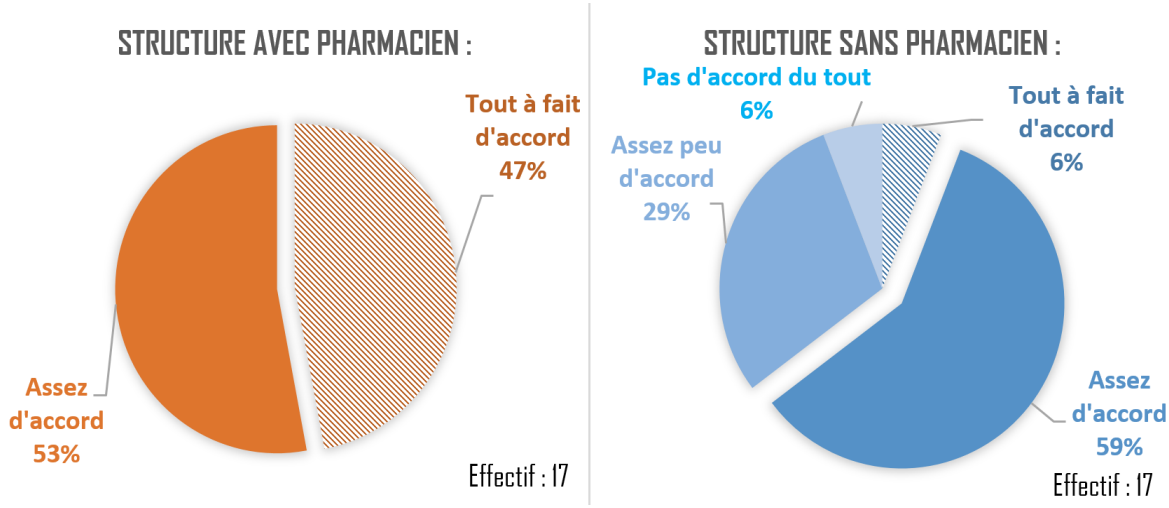


Figure n°12.10.1 : Le rôle du pharmacien consiste en la réalisation d'entretiens de suivi thérapeutique. Structure avec pharmacien. Likert.

Figure n°12.10.2 : Le rôle du pharmacien consiste en la réalisation d'entretiens de suivi thérapeutique. Structure sans pharmacien. Likert.

P-value = 0,003

56 % des médecins sont assez favorables à ce que le pharmacien réalise des entretiens d'observance

12 médecins sont « tout à fait d'accord », 3 sont « assez peu d'accord »

Ce rôle est plus mis en avant pour les structures avec pharmacien

12.11)

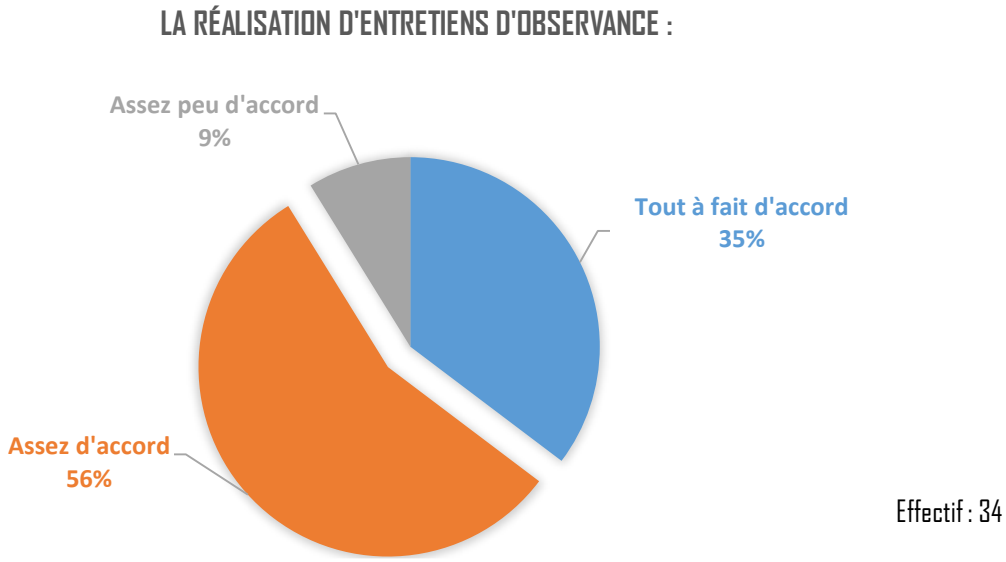


Figure n°12.11: Le rôle du pharmacien consiste en la réalisation d'entretiens d'observance. Likert.

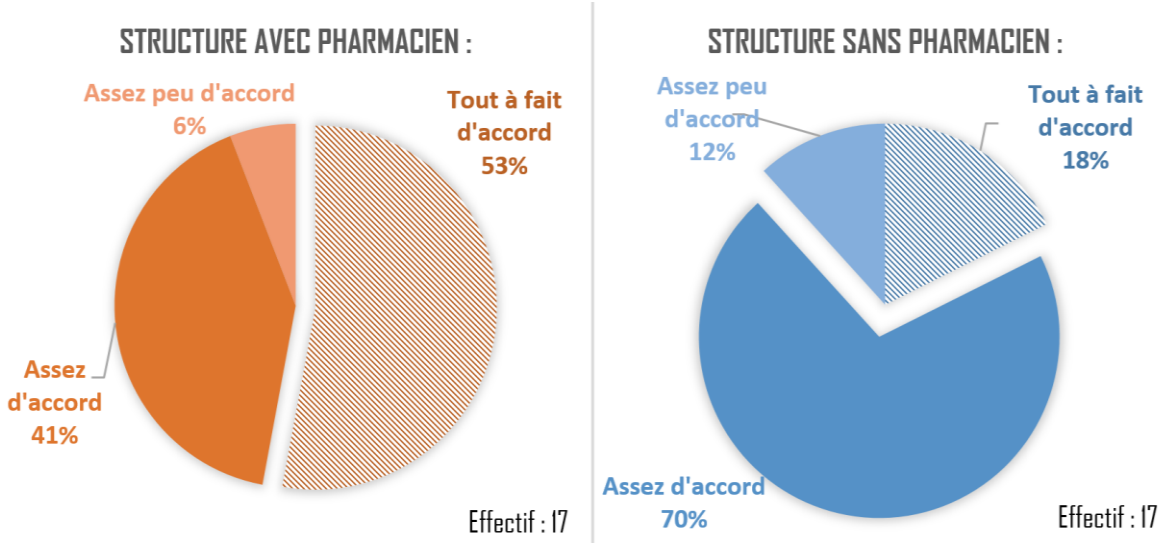


Figure n°12.11.1: Le rôle du pharmacien consiste en la réalisation d'entretiens d'observance. Structure avec pharmacien. Likert.

Figure n°12.11.2: Le rôle du pharmacien consiste en la réalisation d'entretiens d'observance. Structure sans pharmacien. Likert.

P-value = 0,08

21 médecins sont « tout à fait d'accord » pour que le pharmacien participe à l'éducation thérapeutique du patient

13 médecins sont « assez d'accord »

Les deux formes de structures reconnaissent son rôle mais pour celles sans pharmacien ils sont majoritairement « assez d'accord » (59%), contrairement aux structures avec pharmacien qui sont majoritairement « tout à fait d'accord » (82%)

12.12)

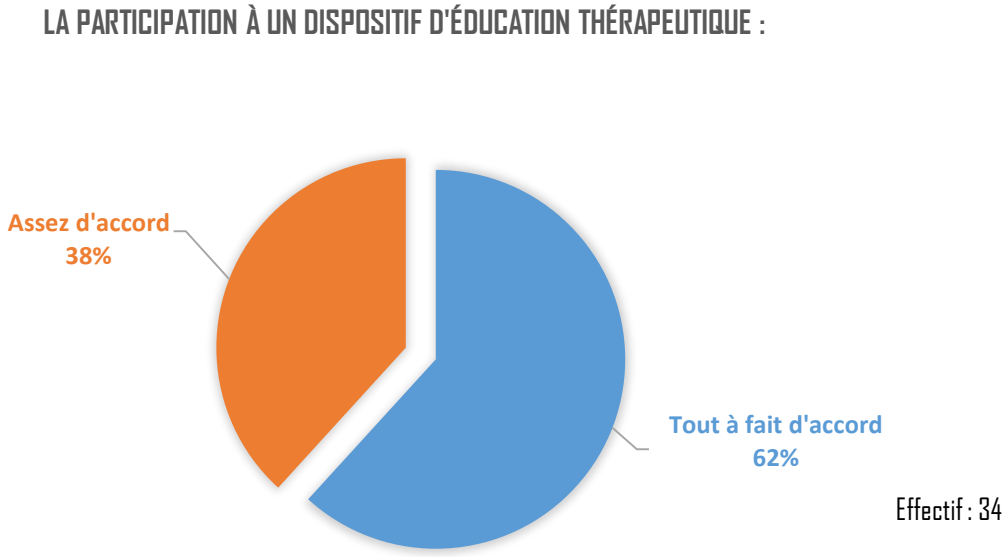


Figure n°12.12 : Le rôle du pharmacien consiste en la participation à un dispositif d'éducation thérapeutique. Likert.

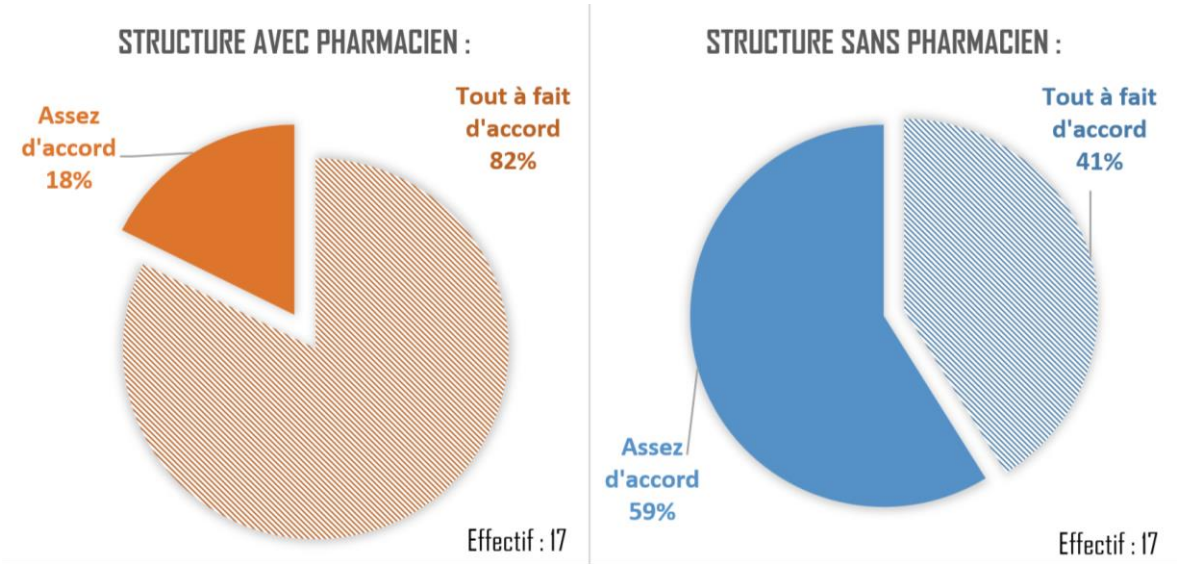


Figure n°12.12.1 : Le rôle du pharmacien consiste en la participation à un dispositif d'éducation thérapeutique. Structure avec pharmacien. Likert.

Figure n°12.12.2 : Le rôle du pharmacien consiste en la participation à un dispositif d'éducation thérapeutique. Structure sans pharmacien. Likert.

P-value = 0,03

D’autres rôles au pharmacien sont mis en avant comme le management et la gestion du personnel, la formation des étudiants, les avis sur les génériques disponibles, et un rôle en santé publique

12.13)

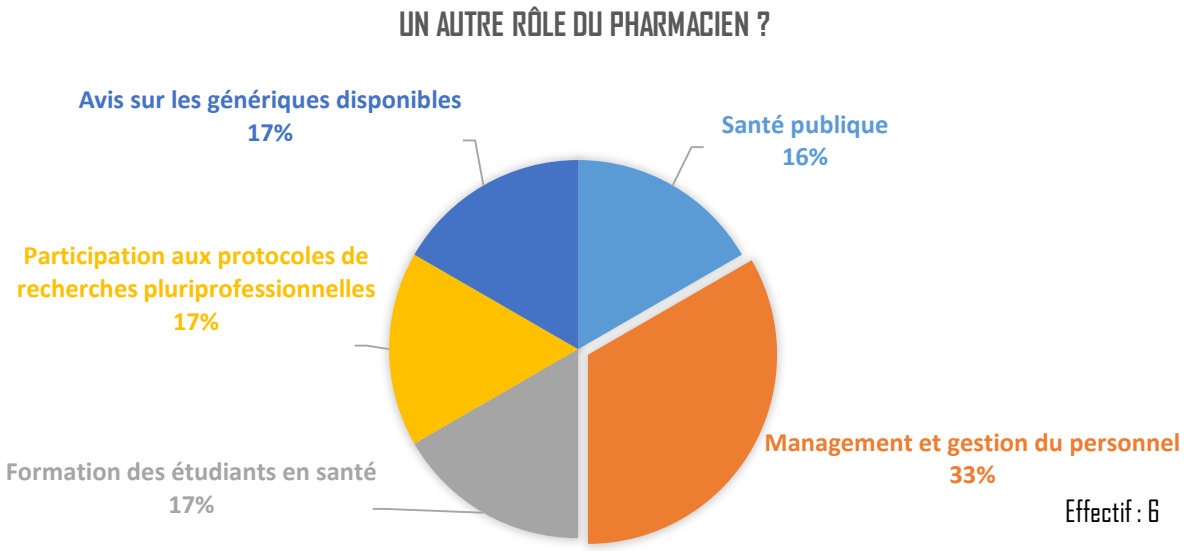


Figure n°12.13 : Un autre rôle du pharmacien ? Réponse ouverte.

Caractéristiques de la question 12.13 :

- Les réponses sont ouvertes et rédactionnelles, réponse obligatoire si item « autre » coché.

3.4) La communication avec le pharmacien

Les médecins ayant participés à cette étude sont plus favorables à ce que le pharmacien ait accès à une partie des informations du dossier médical négociée entre les professionnels

La répartition des réponses étant relativement identique entre les deux formes de structures

Question 13 :

13.1)

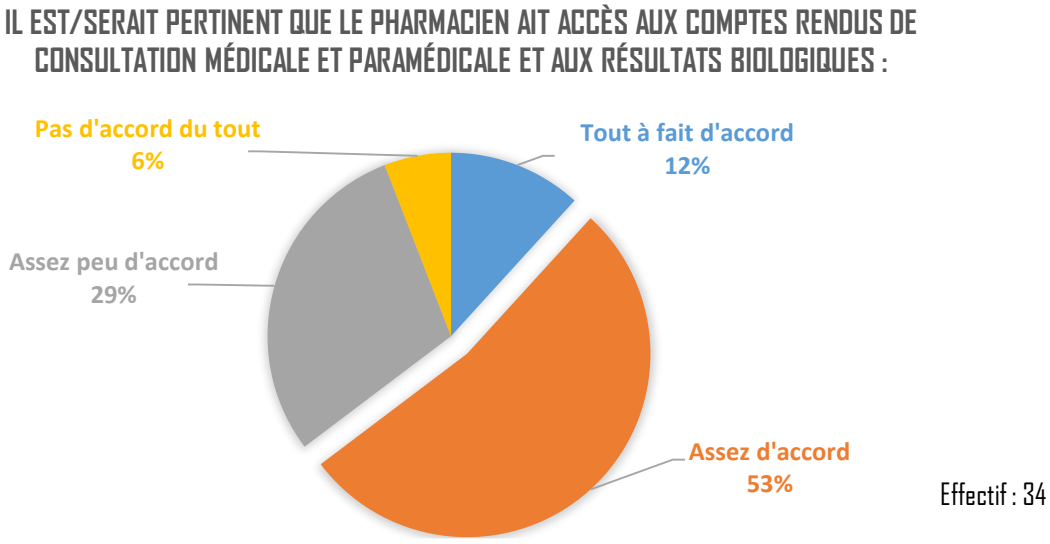


Figure n°13.1 : Il est/serait pertinent que le pharmacien ait accès aux comptes rendus de consultation médicale et paramédicale et aux résultats biologiques. Likert.

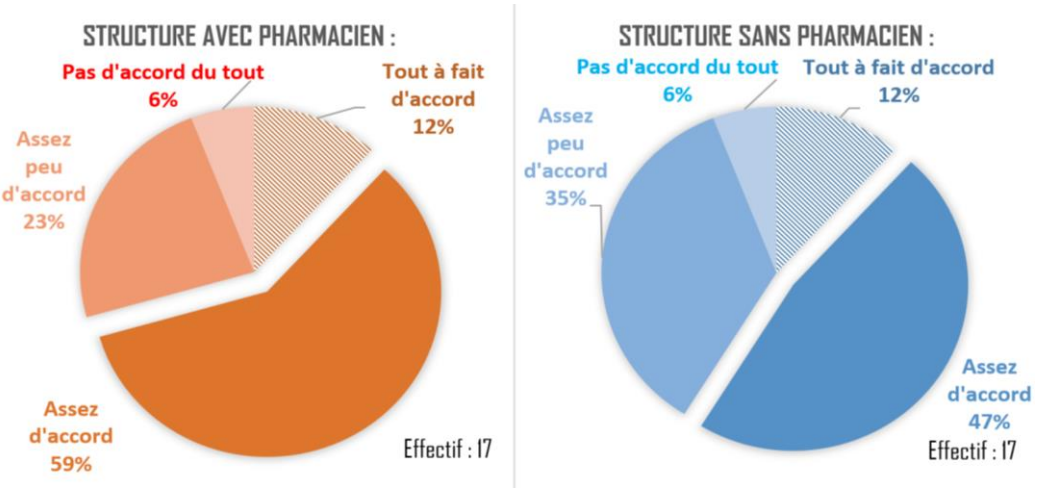


Figure n°13.1.1 : Il est/serait pertinent que le pharmacien ait accès aux comptes rendus de consultation médicale et paramédicale et aux résultats biologiques. Structure avec pharmacien. Likert.

Figure n°13.1.2 : Il est/serait pertinent que le pharmacien ait accès aux comptes rendus de consultation médicale et paramédicale et aux résultats biologiques. Structure sans pharmacien. Likert.

P-value = 0,94

13.2)

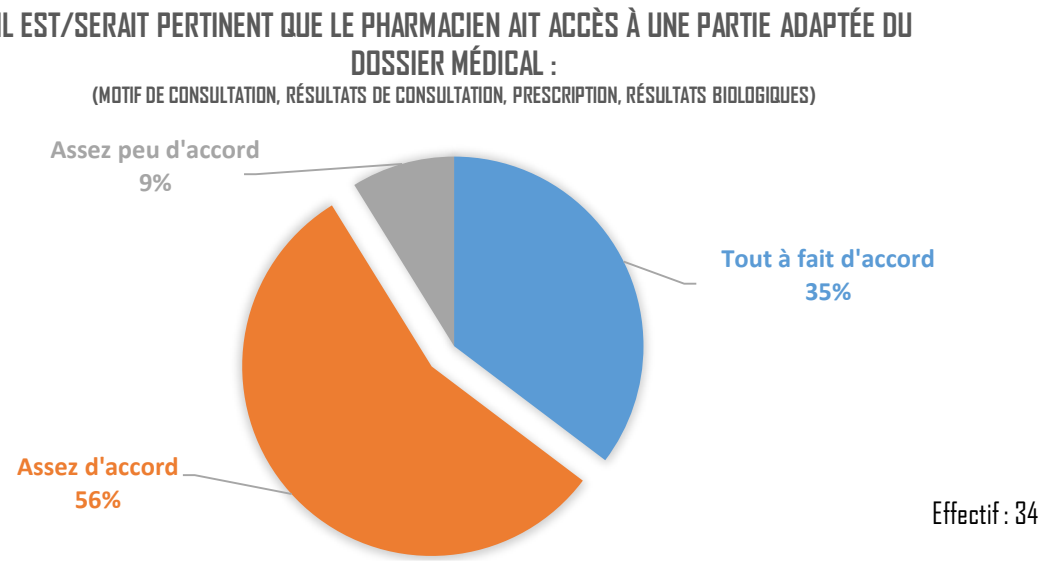


Figure n°13.2 : Il est/serait pertinent que le pharmacien ait accès à une partie adaptée du dossier médical. Likert.

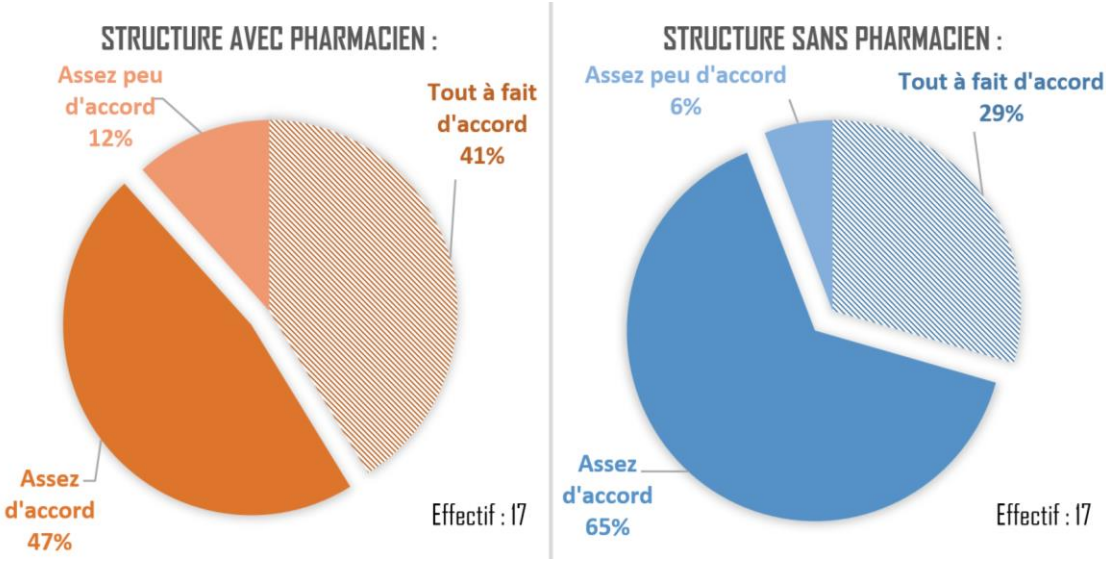


Figure n°13.2.1 : Il est/serait pertinent que le pharmacien ait accès à une partie adaptée du dossier médical. Structure avec pharmacien. Likert.

Figure n°13.2.2 : Il est/serait pertinent que le pharmacien ait accès à une partie adaptée du dossier médical. Structure sans pharmacien. Likert.

P-value = 0,59

13.3)

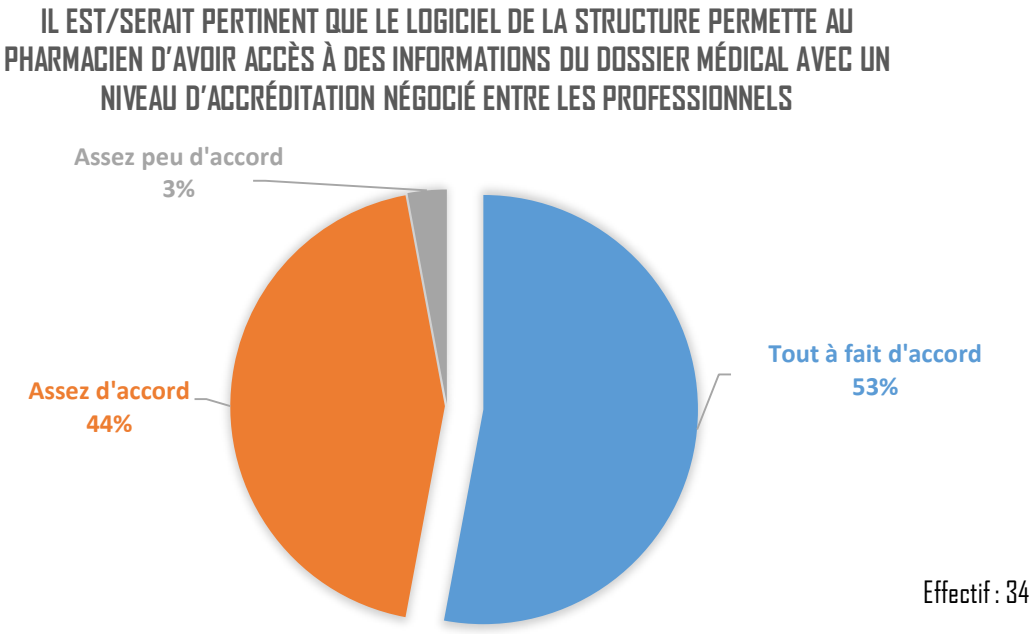


Figure n°13.3 : Il est/serait pertinent que le logiciel de la structure permette au pharmacien d'avoir accès à des informations du dossier médical avec un niveau d'accréditation négocié entre les professionnels. Likert.

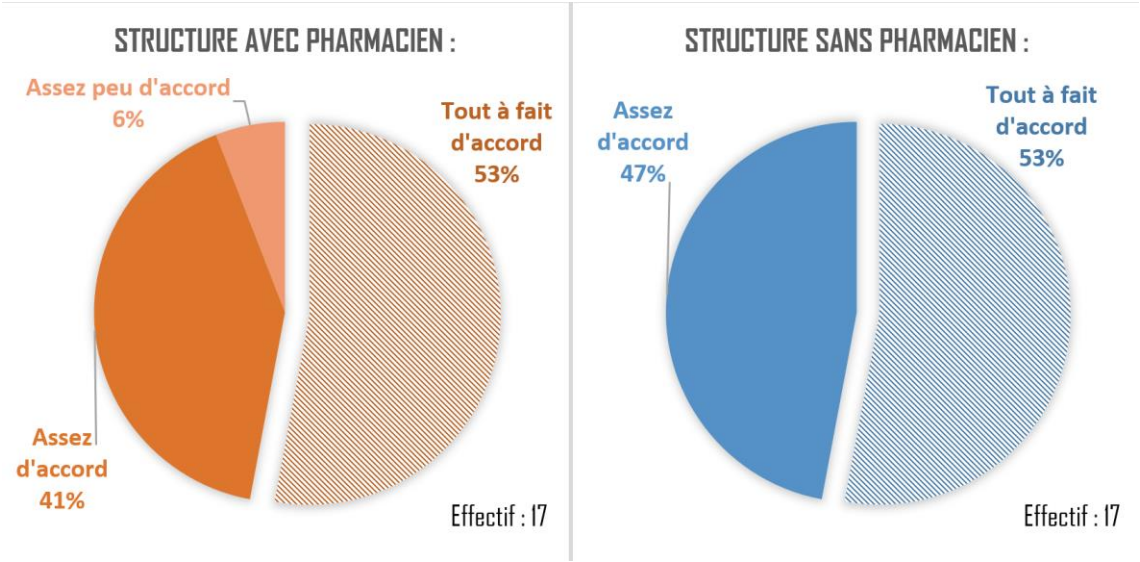


Figure n°13.3.1 : Il est/serait pertinent que le logiciel de la structure permette au pharmacien d'avoir accès à des informations du dossier médical avec un niveau d'accréditation négocié entre les professionnels. Structure avec pharmacien. Likert.

Figure n°13.3.2 : Il est/serait pertinent que le logiciel de la structure permette au pharmacien d'avoir accès à des informations du dossier médical avec un niveau d'accréditation négocié entre les professionnels. Structure sans pharmacien. Likert.

P-value = 1

Les médecins sont aussi majoritairement favorables à avoir accès aux synthèses de dispensation du pharmacien

Avec une répartition relativement identique des réponses entre les deux types de structure

13.4)

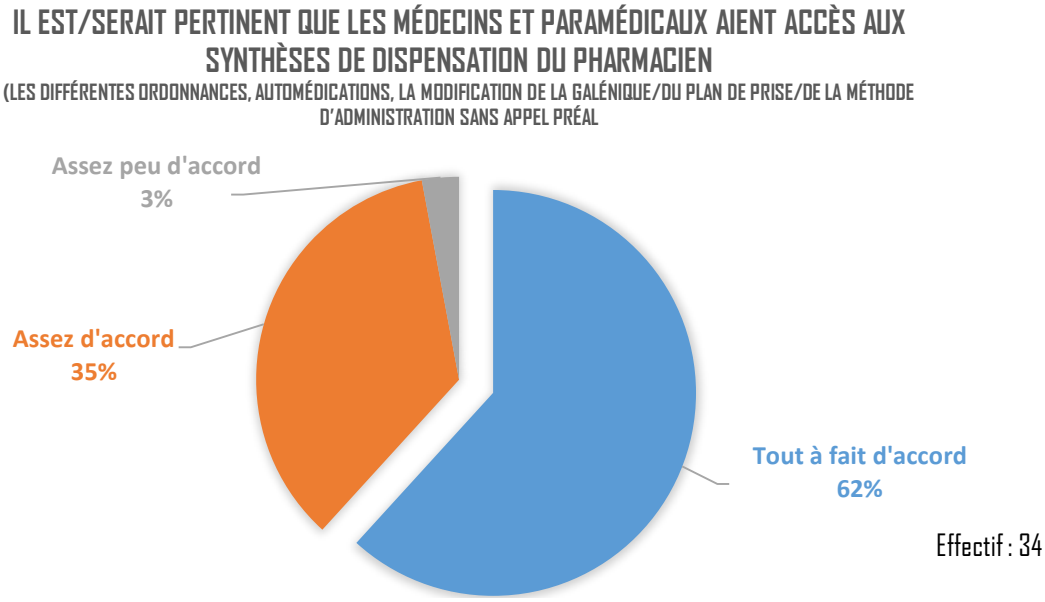


Figure n°13.4 : Il est/serait pertinent que les médecins et paramédicaux aient accès aux synthèses de dispensation du pharmacien. Likert.

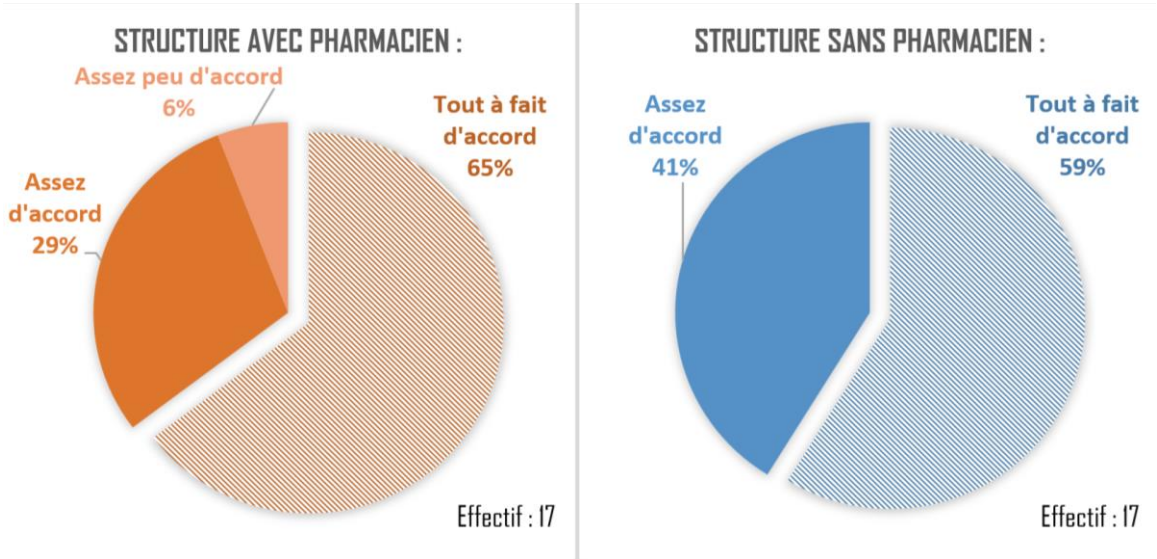


Figure n°13.4 : Il est/serait pertinent que les médecins et paramédicaux aient accès aux synthèses de dispensation du pharmacien. Structure avec pharmacien. Likert.

Figure n°13.4 : Il est/serait pertinent que les médecins et paramédicaux aient accès aux synthèses de dispensation du pharmacien. Structure sans pharmacien. Likert.

P-value = 0,72

Les participants sont unanimes pour souhaiter que les échanges d'informations avec le pharmacien soit facilités par une interface logicielle

La majorité des structures sont « tout à fait d'accord » dans les deux types de structures

13.5)

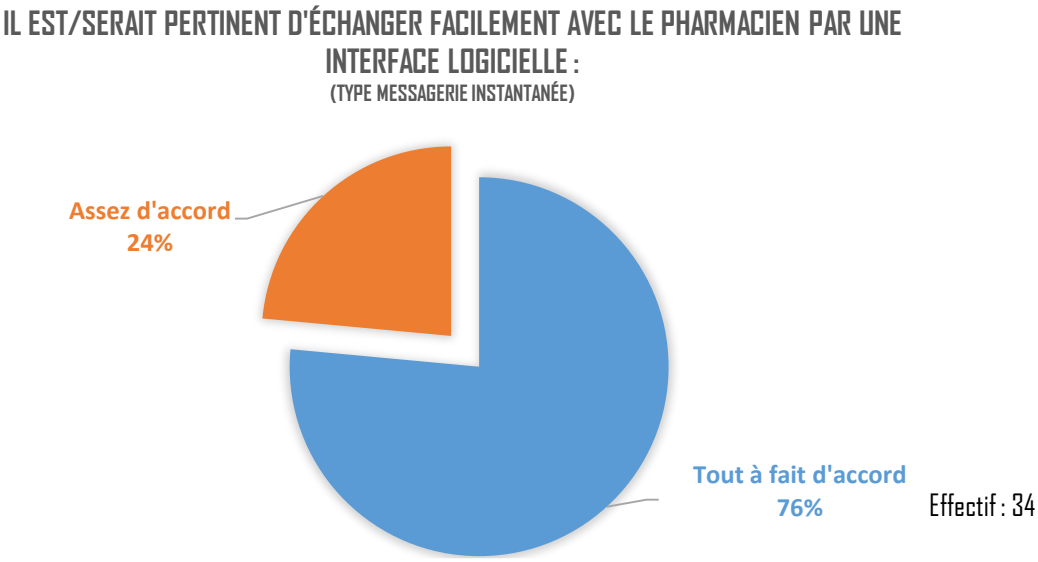


Figure n°13.5 : Il est/serait pertinent d'échanger facilement avec le pharmacien par une interface logicielle. Likert.

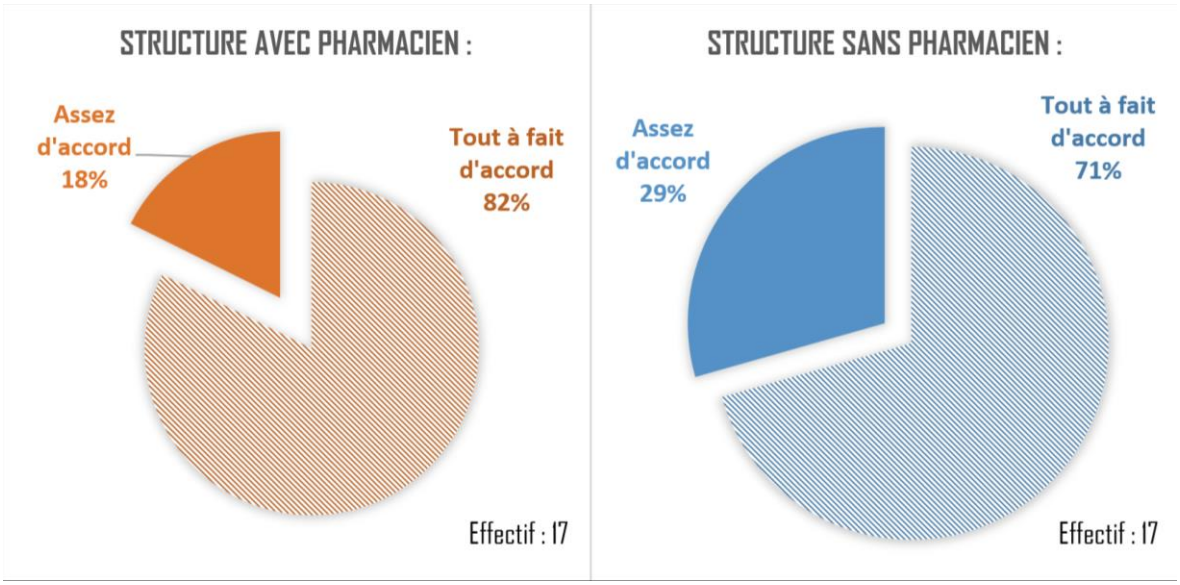


Figure n°13.5.1 : Il est/serait pertinent d'échanger facilement avec le pharmacien par une interface logicielle. Structure avec pharmacien. Likert.

Figure n°13.5.2 : Il est/serait pertinent d'échanger facilement avec le pharmacien par une interface logicielle. Structure sans pharmacien. Likert.

P-value = 0,69

3.5) Satisfaction de la relation avec le pharmacien

15 médecins se disent « très satisfait » de leur relation avec leur pharmacien de référence

le même nombre étant « assez satisfait » et 4 médecins « peu satisfait »

Une différence est clairement notable entre les deux formes de structures : 71% des structures avec pharmacien sont « très satisfait » versus 17% chez les structures sans pharmacien.

Question 14 :

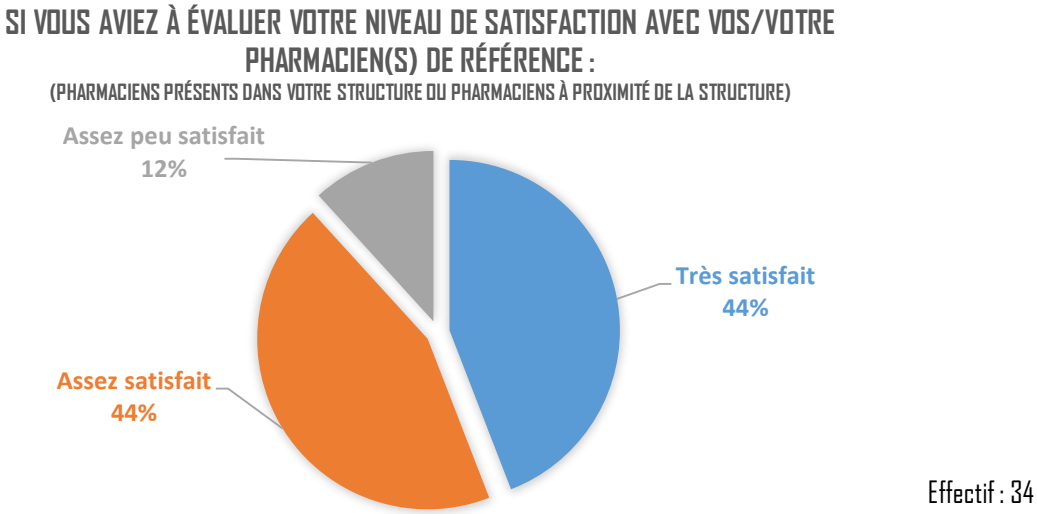


Figure n°14 : Si vous aviez à évaluer votre niveau de satisfaction avec vos/votre pharmacien(s) de référence. Likert.

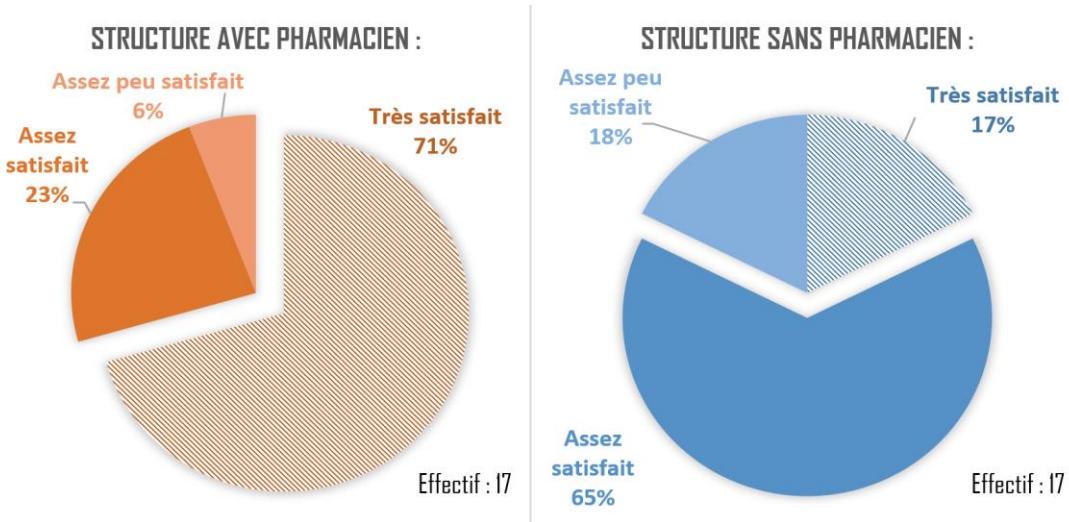


Figure n°14.1 : Si vous aviez à évaluer votre niveau de satisfaction avec vos/votre pharmacien(s) de référence. Structure avec pharmacien. Likert.

Figure n°14.2 : Si vous aviez à évaluer votre niveau de satisfaction avec vos/votre pharmacien(s) de référence. Structure sans pharmacien. Likert.

P-value = 0,008

Commentaire possible, à la question de la satisfaction de la relation avec le pharmacien de référence, non obligatoire :

« Pour éviter les ruptures dans les parcours des patients, les pharmaciens sont des membres essentiels et naturels de l'équipe de soin primaire pour une prise en charge coordonnée des patients. ESPREC est un modèle simple mais facilement applicable, toutes les formes de coopérations sont possibles, c'est juste des habitudes de travailler ensemble qu'il convient de mettre en place. »

« Peu de problème en général avec les pharmaciens titulaires mais modèle économique actuel de l'officine parfois tout à fait contradictoire avec les objectifs du projet de santé. A noter également la difficulté de diffuser l'information et les protocoles au sein de l'équipe pharmaceutique au-delà du pharmacien titulaire (formation spécifique à développer ?). Enfin, la démarche d'intégrer une équipe de soins primaires doit rester volontaire par l'écriture commune et une adhésion forte au projet de santé. »

« Pas de souci particulier, mais en fait quasiment pas d'échanges... Nous gagnerions sûrement à mieux nous connaître (et les patients aussi !).
Le fait qu'il y ait 3 pharmacies dans le même secteur complique peut-être les choses (il me semble plus difficile de mettre en place un protocole, par exemple, avec 3 pharmacies différentes)... »

« Refus de s'impliquer de la part du pharmacien, désaccord sur certains conseils pharmacien et aucune écoute des remarques des médecins. »

« Ils affichent leur disponibilité. Nous avons travaillé avec eux pour la gestion des INR. Ils sont par obligation de la profession " assez boutique" mais très intéressés par nos sollicitations. »

4. DISCUSSION

4.1) Le recueil des données sur les structures

Le site internet PAPS [26], régulièrement mis à jour, n'est toutefois pas pleinement actualisé. Certaines fiches sur les structures peuvent être inexistantes (seule la ville de la structure est mentionnée) ou incomplètes. Ces lacunes ont rendu fastidieux le travail de recherche d'identification des médecins « contact », et l'identification de la présence (ou non) de pharmacien dans la structure.

Les refus ont tous été notifiés par les secrétaires, sans que l'on puisse être assurés d'une demande préalable aux médecins de la structure (et de leur refus), ce qui constitue un biais notable dans l'identification des personnes éligibles à l'envoi du questionnaire.

Le choix d'envoi du questionnaire par mail constitue aussi un biais de recrutement pour les structures ne communiquant pas par mail. Toutefois, le nombre de cas concerné étant minime par rapport à la totalité de l'échantillon (3 structures sur 75), il n'a pas été jugé pertinent de proposer d'autres modes d'envoi, par voie postale ou par fax, par exemple (ces modes ayant eux aussi leurs lacunes).

4.2) Le contenu du questionnaire

La base commune du questionnaire (entre les structures travaillant en présence ou non du pharmacien) a permis une unicité dans l'administration du questionnaire et de l'analyse statistique des résultats.

La majorité des questions sont fermées afin de permettre une comparaison et un traitement statistique. Les questions ouvertes permettent d'obtenir des informations plus riches et diversifiées.

Le regroupement des réponses ouvertes par les thèmes abordés peut constituer un biais d'interprétation par l'enquêteur.

Les questions semi-ouvertes, comportant des items « autres » permettent d'élargir le champ de réponse possible. L'obligation de mentionner une réponse écrite par la suite permet de ne pas considérer la question comme une question fermée avec un item qui laisse au répondeur le choix de ne pas répondre aux précédents items proposés.

Toutes les réponses sont obligatoires, ce qui permet une analyse plus fiable mais cela présente le risque d'augmenter le taux de non réponse au questionnaire.

4.3) Le choix de l'échantillon – sa représentativité

L'étude a été effectuée sur la région Rhône-Alpes, qui, comme toutes les autres régions de France est confrontée à la diminution du nombre de médecins généralistes et une augmentation de la demande en soins. La nécessité de réorganiser le système de santé de proximité y est patent.

La répartition des MSP est globalement homogène en France [17], ce sont les structures ayant majoritairement répondu à l'étude, par extension nous faisons l'hypothèse du même phénomène avec les PSP. L'échantillon choisi est donc considéré comme représentatif des autres régions de France dans le domaine étudié.

Le choix de n'accorder qu'une seule réponse par structure de santé s'explique par le fait que, de par les réunions régulières auxquelles les membres doivent assister, ainsi que leur projet de santé commun guidant leur évolution, un consensus entre les professionnels sur la place du pharmacien doit être discuté au sein de la structure.

Cette étude a d'ailleurs peut-être permis, qu'au sein de la structure, une discussion dans ce sens, soit (ré) activée …

Cependant, l'avis individuel demandé dans cette étude (mail d'invitation nominatif à la « personne contact ») peut comporter des modulations par rapport au consensus propre à chaque structure.

4.4) Caractéristiques des répondants

Le taux de réponse des MSP (62%) supérieure à celui des PSP (38%) renvoie à la supériorité du nombre de MSP (77%) en Rhône Alpes.

Les structures ayant répondu au questionnaire correspondent pour la grande majorité aux caractéristiques que l'on retrouve au sein des structures de soins de premier recours [23] :

- Accueil des étudiants en santé.
- Fonctions universitaires.
- Constituées en SISA. *Cette structure permet de faciliter l'exercice pluri professionnel.* [32] *Un numéro FINESS est octroyé à la structure, il permet la facturation commune au nom de la structure et de percevoir les nouveaux modes de rémunération provenant de l'assurance maladie. Ces dotations seront, par la suite, réparties entre les membres.* [33]

- Et qui possèdent un dossier patient commun entre les professionnels.

Le fait que le pharmacien soit présent dans 50% des structures ayant répondu, n'est pas représentatif des données estimées (27,5%) obtenues grâce au site internet de la PAPS [26], en référence au tableau 1 présenté précédemment.

On peut faire l'hypothèse que les structures accueillant un pharmacien se sont senties plus concernées pour répondre à ce questionnaire que leurs confrères.

Dans cette étude, on observe qu'un tiers des répondants ne connaissent pas le protocole ESPREC, qui peut représenter, comme on l'a vu précédemment, une « porte d'entrée » facilitatrice à l'intégration du pharmacien dans la structure.

Seule la moitié des structures accueillant des pharmaciens l'ont effectivement mis en place.

Il aurait été pertinent, dans cette étude, de pouvoir identifier les freins à la réalisation de ce protocole au sein des structures.

4.5) Le taux de réponses et interprétation

Les 34 réponses obtenues représentent 45% de l'échantillon initial (75 structures) et 52% de l'échantillon qui a effectivement reçu le questionnaire (66 structures).

Plusieurs raisons peuvent expliquer l'absence de réponses :

- Le mode de collecte par internet en réponse auto administrée :
    - L'enquêteur ne peut pas clarifier les questions ce qui peut amener la personne à quitter le questionnaire sans y avoir répondu.
    - La sollicitation intense des médecins qui reçoivent de nombreux mails chaque jour, le mail d'invitation pouvant s'y retrouver « noyé ».
    - L'enquêteur doit motiver la participation au questionnaire de manière écrite, ce qui est moins facile qu'en face à face.
- L'obligation de répondre à toutes les questions.
- La période d'inclusion sur une période de congés (Juin-Juillet) ou de gestion plus tendue des effectifs.

- Le non transfert du mail d'invitation aux médecins par les secrétaires de certaines structures. Il n'y a pas eu de traçabilité sur ce transfert de mail malgré la demande réitérée auprès des structures.
- Le « manque de temps » pour répondre au questionnaire, dans un contexte où la charge administrative des médecins généralistes est de plus en plus importante.

L'absence de réponse peut avoir des significations :

- Sur la légitimité à se poser la question de la place du pharmacien dans les structures de soins primaires, certains médecins généralistes n'ayant peut-être pas préalablement envisagé cette opportunité.
- Un refus de l'intégration du pharmacien au sein de la structure pour diverses raisons.

4.6) Les résultats obtenus – motivation et attentes sur le pharmacien

Pour la grande majorité des répondants, la motivation à l'intégration du pharmacien a été l'apport de ses compétences, l'amélioration de la collaboration professionnelle et de la communication. Ces notions rappellent les termes du contrat pluriannuel d'objectif et de moyens des structures de santé primaire, que les structures signent avec l'ARS afin de percevoir des financements :

- « […] *Engagements en termes de coordination avec les professionnels de santé et les structures sanitaires, sociales et médico-sociales sur le territoire de santé en vue d'améliorer le parcours de soins des patients* » [(34)]

78% des structures sans pharmacien reconnaissent la pertinence à leur intégration, elles souhaitent pour la plupart (88%) que le pharmacien soit le moteur même de son intégration. Notons que pour le quart de ces structures, une réflexion en cours a été mentionnée sur leur possible intégration, ceci renvoie à la dynamique actuelle des MSP et PSP qui voient de plus en plus le jour (180 nouvelles maisons de santé entre mars 2014 et mars 2015 [(17)]) ainsi que le nombre important de projets en cours.

Cette dynamique pousse les professionnels à remettre en question leur mode d'exercice, à en inventer de nouveaux et favoriser la coopération pluri professionnelle.

Concernant les freins à l'intégration du pharmacien, il en ressort que certains pharmaciens refusent la collaboration et les médecins peuvent se méfier d'une supposée « concurrence déloyale » que cela pourrait entrainer entre les pharmacies.

Une étude effectuée par la revue Pharma et Pharmagest [35] identifie les principales raisons des officinaux de ne pas transférer leur activité vers une structure pluri professionnelle (plusieurs réponses autorisées) :

- La complexité des dossiers à présenter à l'ARS (25%)
- Le risque sur le déséquilibre du réseau officinal (21%)
- La perte d'indépendance (18%)
- Le montant des aides (13%)
- Une activité chronophage (12%)
- Autre (12%)
- Ne se prononce pas (5%).

La structuration juridique en SISA, favorisant la collaboration entre professionnels de santé pour des raisons déjà évoquées, a une rémunération qui est exonérée de TVA. Ceci, sous réserve que la pharmacie ne mette pas en commun de moyens au sein de la SISA.

Ainsi, les professionnels de santé peuvent se montrer réfractaires à l'intégration du pharmacien au sein de cette SISA (ceci pourrait être une explication à l'item « autre » du questionnaire ci-dessus).

Cette question de l'assujettissement du pharmacien à la TVA est en cours de résolution. [33]

L'ARS qui octroie les autorisations pour la création, ou le transfert d'une pharmacie (au sein d'une MSP), devra être vigilante à ne pas déstabiliser le maillage officinal.

Comme nous l'avons vu dans les résultats de l'étude, le pharmacien est principalement attendu sur son analyse d'ordonnance au sens large : sa sécurité, sa cohérence au regard des autres prescriptions, la réglementation qu'elle impose.

Cela nous semble justifié que ce rôle, qui est le cœur même du métier de pharmacien, soit mis en avant lors de cette étude.

Le rôle du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient (ETP), mentionnée au sein de la loi HPST [36],lui aussi mis en avant par les médecins de l'étude, renvoi aux nombreux atouts des pharmaciens pour y participer.

Le comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (CESPHARM) propose une liste des atouts favorisant la participation des pharmaciens aux programmes d'ETP [37]:

- La proximité géographique
- L'accessibilité et la disponibilité
- Le contact fréquent avec le public
- Les connaissances globales du patient (contexte familial et socioprofessionnel, historique médicamenteux notamment)
- Leur crédibilité auprès du public
- Leur formation scientifique et professionnelle.

Le module 2 proposé par l'ARS [38], concerne l'ETP, il permet aux structures d'avoir un cadre opérationnel.

Nous faisons l'hypothèse que cela permet aux médecins de s'y sentir plus en confiance. Ce module, pour être validé, doit comprendre « obligatoirement au minimum deux professionnels de santé de professions différentes ».

Et, de par le financement accordé aux structures participant à ce module, ceci peut être aussi une source de motivation.

La très grande majorité des structures accueillant des pharmaciens reconnaissent ainsi pleinement leur rôle dans l'éducation thérapeutique du patient, reflétant le succès et le dynamisme de ce dispositif.

Certaines nouvelles missions du pharmacien d'officine introduites dans la loi HPST sont reclassées au second plan : par exemple, ses compétences en termes d'entretien d'observance, et de suivi thérapeutique. Ce dernier étant vivement critiqué par certains médecins généralistes.

Notons qu'au sein des structures accueillant les pharmaciens, les médecins sont plus ouverts à ces nouvelles missions notamment son rôle dans l'optimisation du plan de prise, la réalisation d'entretiens de suivi thérapeutique (AVK, asthme) et d'entretiens d'observance.

Nous pouvons faire l'hypothèse que, le regroupement pluri professionnel amenant notamment à renforcer les relations de confiance entre professionnels, à optimiser leurs communications et à reconnaitre les compétences de chacun, les médecins sont plus à même de proposer/d'accepter l'élargissement du champ d'action du pharmacien.

4.7) Les résultats obtenus – La communication avec le pharmacien

Les médecins généralistes sont en majorité d'accord sur la pertinence de l'accès au pharmacien à des informations du dossier patient avec un niveau d'accréditation négocié entre les professionnels. La répartition des réponses étant dans l'ensemble très similaire entre les structures avec et sans pharmacien.

De plus, ils voient un intérêt à avoir accès aux synthèses de dispensation du pharmacien et d'échanger facilement avec lui par une interface logicielle.

Ceci renvoie à la possibilité qu'offre les MSP de partager les données patient entre professionnels (système d'informations partagé (SIP), présent au sein des projets de santé), sous réserve du consentement exprès du patient, et d'autres conditions cumulatives mentionnées dans l'article L1110-4 du CSP [(39)], notamment :

- Que le professionnel de santé utilise les informations dans le cadre de sa prise en charge ;
- Que le professionnel de santé ait adhéré au projet de santé.

De plus le patient doit être informé de la possibilité de s'opposer à la communication de certaines données le concernant.

Actualité :

L'article 25 du projet de loi sur la modernisation de notre système de santé [(22)] mentionne que : *« Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe ».* La FFMPS considère ainsi qu'il ne sera plus nécessaire de recevoir le consentement exprès du patient afin de partager les données le concernant au sein d'une structure pluri professionnelle.[(40)]

L'ASIP (agence des systèmes d'information partagés), dans son étude sur le système d'information des maisons et pôles de santé [41] mentionne que les pôles de santé, non mentionnés dans ce précédent article [39] ont le droit de partager ces mêmes données s'ils « s'inscrivent dans une logique de maison de santé *« hors mur »* ». Ce qui signifie que le pôle de santé doit s'organiser autour d'un projet de santé commun.

La DGOS établit en 2012 un guide méthodologique relatif à la circulation au sein des centres et maisons de santé, des informations concernant la santé des patients [42] et permet aux professionnels de trouver en son sein, le contexte réglementaire.

Il met en avant le fait que l'ensemble des informations patient est accessible aux professionnels qui le prennent en charge.

Cela sous-entend, qu'un pharmacien, membre d'une maison de santé et signataire du projet de santé, peut avoir accès aux informations patients, dans le cadre de la prise en charge de celui-ci.

Une connaissance du dossier médical (antécédents médicaux, indications thérapeutiques, précédentes ordonnances, bilan biologique) permet au pharmacien d'approfondir et d'optimiser son analyse d'ordonnance et la prise en charge globale du patient.

La majorité des médecins de cette étude est plus favorable à ce que les informations transmises au pharmacien soient « négociées ».

Il aurait été intéressant, de connaitre plus précisément quel type d'information les médecins souhaitent transmettre au pharmacien. Ce travail, nécessitant des échanges interactifs avec chaque médecin aurait dépassé le cadre de cette étude.

L'ASIP santé propose aussi aux éditeurs de logiciel une labellisation « e-santé Logiciel Maisons et Centres de santé » [43]. Actuellement 8 logiciels comportent cette labellisation, seul le logiciel CHORUS est adapté aux pharmaciens.

4.8) Les résultats obtenus – Satisfaction de la relation avec le pharmacien

Une forte différence entre les deux types de structures concernant la satisfaction de leur relation avec le pharmacien de référence a été observée au sein de cette étude (p-value < 0,05).

En effet, 71% des médecins généralistes travaillant avec le pharmacien se disent « très satisfaits ».

Nous faisons l'hypothèse que le travail pluri professionnel a amené les médecins à approfondir leur relation avec le pharmacien, optimiser leur collaboration et leur confiance entrainant ainsi une satisfaction personnelle et professionnelle pour la prise en charge globale du patient.

Les pharmaciens apparaissent pour certains comme des « membres essentiels et naturels » des équipes de soins primaires, avec « des habitudes de travailler ensemble qu'il convient de mettre en place ».

Par ailleurs, au sein des structures sans pharmacien, leur satisfaction est bien plus mitigée mettant en avant des freins possibles à leur collaboration.

Seulement 17 % étant « très satisfait », avec une majorité « d'assez satisfait » (65%).

En effet, pour certains médecins, les pharmaciens restent *« assez boutiques »* avec un *« modèle économique tout à fait contradictoire avec les objectifs du projet de santé »*. De plus, des désaccords possibles sur la prise en charge du patient peuvent représenter des freins à l'intégration des pharmaciens provoquant des tensions entre professionnels.

La relation médecins généralistes – pharmacien d'officine apportent ainsi une satisfaction moindre que lorsque le pharmacien se trouve intégré au sein de leur structure. Leur connaissance mutuelle et leur confiance réciproque étant plus faible, des tensions peuvent apparaitre, freinant le processus de regroupement.

CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR : Doris BOYAU

TITRE : LA PLACE DU PHARMACIEN AU SEIN DES MAISONS ET POLES DE SANTE PLURI PROFESSIONNELS -LES ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES-

CONCLUSION :

Introduction : Dans le contexte actuel où la nécessité de réorganiser les soins de premier recours est patente, les pouvoirs publics s'intéressent de plus en plus aux formes de regroupement pluri professionnels permettant d'optimiser le parcours du patient. Les maisons et pôles de santé pluri professionnels, en pleine expansion, font partie des lieux dans lesquels les pharmaciens peuvent exercer leur expertise en pluri professionnalité, ce qui représente pour eux une nouvelle forme d'exercice favorisant une meilleure prise en charge du patient.

L'objectif de ce travail a été d'identifier les facteurs favorisant l'insertion du pharmacien au sein de ces structures, du point de vue des médecins généralistes.

En termes de méthode, cette étude a été réalisée au sein des MSP et PSP de la région Rhône Alpes recensés sur le site internet de la PAPS. Après avoir mené une première phase d'analyse qualitative sur base d'entretiens opérés sur le terrain, un questionnaire a pu, dans un second temps, être proposé aux différentes structures, par l'intermédiaire d'un logiciel d'enquête en ligne. La base du questionnaire étant identique, que la structure intègre ou non un pharmacien ; un seul retour de questionnaire par structure était attendue.

Les principaux résultats sont les suivants. Les médecins de l'étude attendent du pharmacien qu'il soit l'expert de l'ordonnance au sens large, propre à son cœur de métier : analyse et gestion des points de sécurité, optimisation de la thérapeutique, au regard de la réglementation en vigueur. Le rôle du pharmacien dans sa participation aux protocoles d'éducation thérapeutique a aussi été mis en avant dans cette étude : 82% des structures avec pharmacien y sont très favorables, versus 41% dans les structures sans pharmacien.
Les nouvelles missions du pharmacien d'officine (entretien d'observance, de suivi thérapeutique) introduite par la loi HPST ne sont dans l'ensemble pas rejetées, mais sont relayées au second plan. Elles sont, par ailleurs, d'avantages reconnues par les médecins des structures accueillant des pharmaciens, révélant une confiance réciproque entre les professionnels. Ainsi, 47% des structures avec pharmacien sont très favorables aux entretiens de suivi thérapeutique, versus 6% dans les structures sans pharmacien.

Les médecins de l'étude évoquent la pertinence du partage d'informations concernant le patient avec le pharmacien d'officine (sous réserve que ces données soient négociées entre les professionnels), dans l'objectif d'améliorer la continuité des soins.

Cependant, des freins persistent à l'intégration des pharmaciens au sein de ces structures, notamment le souci de la concurrence déloyale entre pharmacies, la déstabilisation du maillage territorial. Ce sont ces freins dont l'ARS devra se soucier lorsqu'elle octroie de nouvelles autorisations.

Au final, le protocole ESPREC, créé par l'ARS, constitue un des moteurs à l'intégration du pharmacien au sein des structures pluri professionnelles. Il serait intéressant de connaitre, de manière approfondie les atouts et les freins à sa réalisation afin de permettre son évolution.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 09/10/2015

LE DOYEN

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
S.F.R DE PHARMACIE
GRENOBLE 1

Pr. Christophe RIBUOT

LE PRESIDENT DE LA THESE

C.H.U. de GRENOBLE
POLE PHARMACIE
Pr Benoît ALLENET
section : 90767-H
: 10001831758

Pr. Benoit ALLENET

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Atlas de la Démographie Médicale 2014 - atlas_2014.pdf [Internet]. [cité 30 juill 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf

2. Modèle de circulaire - 12_07to.pdf [Internet]. [cité 30 juill 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/12_07to.pdf

3. URPS_MED_RA_GENERALISTES_REGIONAL_Septembre_2012.pdf [Internet]. [cité 30 juill 2015]. Disponible sur: http://www.urps-med-ra.fr/geomedecine/datas/pdf/URPS_MED_RA_GENERALISTES_REGIONAL_Septembre_2012.pdf

4. Code de la santé publique - Article L5125-3. Code de la santé publique.

5. Code de la santé publique - Article L5125-4. Code de la santé publique.

6. Réseau pharmaceutique Union Nationale des Pharmacies de France. Syndicat représentatif des pharmacies d'officine. Pour un exercice libéral et responsable. [Internet]. [cité 30 juill 2015]. Disponible sur: http://www.unpf.org/reseau_pharmaceutique-117.html

7. Insee - Population - Projection de population par grand groupe d'âge en 2060 [Internet]. [cité 30 juill 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02164

8. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - Article 36 | Legifrance [Internet]. [cité 30 juill 2015]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_36

9. Code de la santé publique - Article L1411-11. Code de la santé publique.

10. Code de la santé publique - Article L4011-1. Code de la santé publique.

11. Le pacte territoire santé : pour lutter contre les déserts médicaux - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - www.sante.gouv.fr [Internet]. [cité 2 août 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/le-pacte-territoire-sante-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux,12793.html

12. Exercice coordonné - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - www.sante.gouv.fr [Internet]. [cité 2 août 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/exercice-coordonne.html

13. Engagement 6 : rapprocher les maisons de santé des universités - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - www.sante.gouv.fr [Internet]. [cité 2 août 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/engagement-6-rapprocher-les-maisons-de-sante-des-universites.html

14. LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. 2007-1786 décembre, 2007.

15. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.

16. LOI n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2011-940 août, 2011.

17. Présentation_Observatoire_MSP_FFMPS_20_03_15.pdf [Internet]. [cité 30 juill 2015]. Disponible sur: http://www.ffmps.fr/images/journees_2015/Pr%C3%A9sentation_Observatoire_MSP_FFMPS_20_03_15.pdf

18. DE HAAS Pierre. Monter et faire vivre une maison de santé. Le coudrier; 2015.

19. Circulaire_du_27_juillet_2010_relative_au_lancement_plan_d_equipement_en_maisons_de_sante_en_milieu_rural.pdf [Internet]. [cité 30 juill 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_du_27_juillet_2010_relative_au_lancement_plan_d_equipement_en_maisons_de_sante_en_milieu_rural.pdf

20. Referentiel_IntegralV1_MAJ04_14.pdf [Internet]. [cité 30 juill 2015]. Disponible sur: http://ars.bourgogne.sante.fr/fileadmin/BOURGOGNE/publications/ARS/ACTUALITES/2014/Referentiel_exercice_coordonne/Referentiel_IntegralV1_MAJ04_14.pdf

21. Code de la santé publique - Article L6323-4 | Legifrance [Internet]. [cité 30 juill 2015]. Disponible sur: http://www.legifrance.com/affichCodeArticle.do;jsessionid=A4C68AE7B076B16391D6C4E8ABB7DF97.tpdila11v_1?idArticle=LEGIARTI000020892316&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20121012

22. Amendement – En Séance | Sénat [Internet]. [cité 7 oct 2015]. Disponible sur: http://www.senat.fr/enseance/textes/2014-2015/654.html#AMELI_SUB_4_1438070787872_2275

23. Anissa AFRITE, Julien MOUSQUES (IRDES). Les formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premier recours - Une typologie des maisons, pôles et centres de santé participant aux expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR). Questions d'économie de la santé. sept 2014;(201).

24. ESPREC - V9 - Protocole_ESPREC.pdf [Internet]. [cité 30 juill 2015]. Disponible sur: http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/Fichiers_DSS/modules_DSS/Protocole_ESPREC.pdf

25. PAPS Rhone Alpes: Accueil [Internet]. [cité 30 juill 2015]. Disponible sur: http://www.rhonealpes.paps.sante.fr/PAPS_rhonealpes.114265.0.html

26. PAPS Rhone Alpes: MSP en fonctionnement [Internet]. [cité 30 juill 2015]. Disponible sur: http://www.rhonealpes.paps.sante.fr/MSP-en-fonctionnement.138860.0.html

27. PAPS Rhone Alpes: Fédération régionale des maisons de santé [Internet]. [cité 30 juill 2015]. Disponible sur: http://www.rhonealpes.paps.sante.fr/Federation-regionale-des-maiso.123900.0.html

28. BERTHIER Nicole. Les techniques d'enquête en sciences sociales - méthodes et exercices corrigés. Armand COLIN. 2014.

29. Jean-Didier Bardet, M.Sc., Pharm.D, Thi-Ha Vo, M.Pharm, Pierrick Bedouch, Pharm.D., Ph.D, Benoît Allenet, Pharm.D.,Ph.D. Physicians and community pharmacists collaboration in primary care: A review of specific models. ScienceDirect. 2015;

30. Randal P. McDonough and William R. Doucette. Dynamics of Pharmaceutical Care: Developing Collaborative Working Relationships Between Pharmacists and Physicians. J Am Pharm Assoc. 2003;

31. R2web [Internet]. [cité 30 juill 2015]. Disponible sur: http://loe-r2web.ujf-grenoble.fr/index.php

32. Code de la santé publique - Article L4041-2. Code de la santé publique.

33. SISA: FAQ [Internet]. [cité 3 sept 2015]. Disponible sur: http://www.ffmps.fr/index.php/exercice-coordonne/vous-exercez-en-msp/sisa-questions-reponses

34. Code de la santé publique - Article D6114-11. Code de la santé publique.

35. VALCKE Olivier. Quelle interprofessionalité en 2015 ? L'observatoire des pharmaciens. La revue PHARMA. Avril 2015;(121):14.

36. Code de la santé publique - Article L5125-1-1 A. Code de la santé publique.

37. Cespharm - Rôle du pharmacien [Internet]. [cité 4 août 2015]. Disponible sur: http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role-du-pharmacien

38. Le module 2 « Education thérapeutique du patient » [Internet]. [cité 4 août 2015]. Disponible sur: http://www.ars.sante.fr/Le-module-2-Education-therape.104338.0.html

39. Code de la santé publique - Article L1110-4. Code de la santé publique.

40. 2015 - Circulaire de Juin [Internet]. [cité 7 oct 2015]. Disponible sur: http://www.ffmps.fr/index.php/la-federation/circulaires-d-information/nouvelles-circulaires/271-2015-circulaire-de-juin

41. ETUDE_SI_MAISONS_DE_SANTE_RESUME.pdf [Internet]. [cité 4 août 2015]. Disponible sur: http://esante.gouv.fr/sites/default/files/ETUDE_SI_MAISONS_DE_SANTE_RESUME.pdf

42. cir_36122.pdf [Internet]. [cité 4 août 2015]. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36122.pdf

43. Labellisation | esante.gouv.fr, le portail de l'ASIP Santé [Internet]. [cité 4 août 2015]. Disponible sur: http://esante.gouv.fr/services/labellisation?count=20

ANNEXE

1) Questionnaire proposé aux médecins (version structure avec pharmacien)

LA PLACE DU PHARMACIEN DANS LES MAISONS ET POLES DE SANTE - Thèse d'exercice en pharmacie

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER SCIENCES. TECHNOLOGIE. SANTÉ — CHU GRENOBLE — TIMC — cnrs

QUELLE EST LA PLACE DU PHARMACIEN DANS LES MAISONS ET POLES DE SANTE ?
- LES ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES -

QUESTIONNAIRE DESTINE AUX MEDECINS GENERALISTES EXERÇANT AU SEIN D'UN POLE OU D'UNE MAISON DE SANTE PLUPROFESSIONNELLE. (Une réponse par structure)
ENQUETE EN REGION RHONE-ALPES – Juin 2015

1) VOTRE PROFIL :

* **Travaillez-vous :**
Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ○ En pôle de santé
- ○ En maison de santé

* **Depuis quelle date ?**

* **Exercez-vous des fonctions universitaires (maitre de stage, enseignement) ?**

○ Oui ○ Non

2) LA STRUCTURE DANS LAQUELLE VOUS EXERCEZ :

* **Est elle constituée en :**
Cochez la ou les réponses

- ☐ SISA
- ☐ SCM
- ☐ SCI
- ☐ Autre :

* **La structure accueille-t-elle des étudiants en santé ?**

○ Oui ○ Non

* **Utilisez-vous un dossier commun pour vos patients ?**

○ Oui ○ Non

* **Connaissez-vous le protocole ESPREC* ?**

○ Oui ○ Non

? *ESPREC : Equipe de soins de premier recours en suivi de cas complexe.

3) LA PLACE DU PHARMACIEN :

* **Un pharmacien est il déjà intégré (ou en cours d'intégration) dans votre structure ?**

● Oui ○ Non

* **Quelles ont été vos motivations pour intégrer un/des pharmaciens ?**

Veuillez sélectionner 3 réponses maximum

- ☐ Intérêt pour un travail collaboratif autour d'un projet de soins adapté au terrain
- ☐ Améliorer la communication avec le pharmacien
- ☐ Apporter au sein de la structure les compétences du pharmacien
- ☐ La proximité géographique du pharmacien
- ☐ Cela permet d'apprendre à se connaitre
- ☐ La confiance que vous portez au pharmacien
- ☐ Expérience semblable déjà vécue (réseau de santé ou autre)
- ☐ Autre :

4) VOS ATTENTES ENVERS LE PHARMACIEN

* **Le pharmacien au sein de la structure :**

	Tout à fait d'accord	Assez d'accord	Assez peu d'accord	Pas d'accord du tout
Il est pertinent que le pharmacien soit présent	○	○	○	○
C'est au pharmacien de faire la demande pour s'intégrer dans la structure	○	○	○	○
Le pharmacien présent est un pharmacien qui travaille dans une officine	○	○	○	○
Le pharmacien présent peut être un pharmacien ambulatoire (non rattaché à une officine)	○	○	○	○

* **Selon vous, le rôle du pharmacien dans une structure pluriprofessionnelle consiste en :**

	Tout à fait d'accord	Assez d'accord	Assez peu d'accord	Pas d'accord du tout
L'approvisionnement et la gestion de stock des produits de santé au sein de la structure	○	○	○	○
La gestion de la structure (prise de décision avec les autres professionnel sur l'organisation/sur les projets de la structure)	○	○	○	○
La gestion des risques liés aux produits de santé (standardisation des pratiques de prescription des produits de santé / livret des produits de santé)	○	○	○	○
La participation au recueil de données sur le patient pour un dossier médical ou administratif commun (ordonnances, observance, aspect psychosocial, confidences)	○	○	○	○
L'analyse et la proposition concernant l'adaptation de l'ordonnance aux référentiels thérapeutiques	○	○	○	○
L'analyse et la proposition concernant la cohérence entre les différentes prescriptions des patients (ordonnances hospitalières / ordonnances de villes...)	○	○	○	○
L'analyse de la conformité des ordonnances du point de vue réglementaire (type d'ordonnance, respect de l'AMM)	○	○	○	○
L'analyse de la sécurité de la prescription (posologies, contre-indications, interactions médicamenteuses)	○	○	○	○
L'adaptation du plan de prise	○	○	○	○
La réalisation d'entretiens de suivi thérapeutique (AVK, asthme)	○	○	○	○
La réalisation d'entretiens d'observance	○	○	○	○
La participation à un dispositif d'éducation thérapeutique	○	○	○	○

* **Identifiez vous un autre rôle du pharmacien ?**

○ Oui ○ Non

5) LA COMMUNICATION AVEC LE PHARMACIEN

* **Il est ou il serait pertinent :**

	Tout à fait d'accord	Assez d'accord	Assez peu d'accord	Pas d'accord du tout
Que le pharmacien ait accès aux comptes rendus de consultation médicale et paramédicale et aux résultats biologiques	○	○	○	○
Que le pharmacien ait accès à une partie adaptée du dossier médical (motif de consultation, résultats de consultation, prescription, résultats biologiques)	○	○	○	○
Que le logiciel de la structure permette au pharmacien d'avoir accès à des informations du dossier médical avec un niveau d'accréditation négocié entre les professionnels	○	○	○	○
Que les médecins et paramédicaux aient accès aux synthèses de dispensation du pharmacien (les différentes ordonnances, automédications, la modification de la galénique/du plan de prise/de la méthode d'administration sans appel préalable du prescripteur, refus de délivrance)	○	○	○	○
D'échanger facilement avec le pharmacien par une interface logicielle (type messagerie instantanée)	○	○	○	○

6) NIVEAU DE SATISFACTION

* **D'une manière générale, si vous aviez à évaluer votre niveau de satisfaction avec vos/votre pharmacien(s) de référence (pharmacien(s) présent(s) dans votre structure ou pharmacien(s) à proximité de la structure) :**
Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

○ Très satisfait
○ Assez satisfait
○ Assez peu satisfait
○ Pas satisfait du tout

Veuillez saisir votre commentaire ici:

Charger un questionnaire non terminé | Finir plus tard | Envoyer | Sortir et effacer vos réponses

2) Questionnaire proposé aux médecins (version structure sans pharmacien)

LA PLACE DU PHARMACIEN DANS LES MAISONS ET POLES DE SANTE - Thèse d'exercice en pharmacie

QUELLE EST LA PLACE DU PHARMACIEN DANS LES MAISONS ET POLES DE SANTE ?
- LES ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES -

QUESTIONNAIRE DESTINE AUX MEDECINS GENERALISTES EXERÇANT AU SEIN D'UN POLE OU D'UNE MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE. (Une réponse par structure)
ENQUETE EN REGION RHONE-ALPES – Juin 2015

1) VOTRE PROFIL :

* **Travaillez-vous :**
Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ○ En pôle de santé
- ○ En maison de santé

* **Depuis quelle date ?**

...

* **Exercez-vous des fonctions universitaires (maitre de stage, enseignement) ?**

○ Oui ○ Non

2) LA STRUCTURE DANS LAQUELLE VOUS EXERCEZ :

* **Est elle constituée en :**
Cochez la ou les réponses

- ☐ SISA
- ☐ SCM
- ☐ SCI
- ☐ Autre :

* **La structure accueille-t-elle des étudiants en santé ?**

○ Oui ○ Non

* **Utilisez-vous un dossier commun pour vos patients ?**

○ Oui ○ Non

* **Connaissez-vous le protocole ESPREC* ?**

○ Oui ○ Non

? *ESPREC : Equipe de soins de premier recours en suivi de cas complexe.

3) LA PLACE DU PHARMACIEN :

* **Un pharmacien est il déjà intégré (ou en cours d'intégration) dans votre structure ?**

○ Oui ◉ Non

* **Quelles en sont les motifs ?**

4) VOS ATTENTES ENVERS LE PHARMACIEN

* **Le pharmacien au sein de la structure :**

	Tout à fait d'accord	Assez d'accord	Assez peu d'accord	Pas d'accord du tout
Il serait pertinent que le pharmacien soit présent	○	○	○	○
C'est au pharmacien de faire la demande pour s'intégrer dans la structure	○	○	○	○
Le pharmacien présent serait un pharmacien qui travaille dans une officine	○	○	○	○
Le pharmacien présent pourrait être un pharmacien ambulatoire (non rattaché à une officine)	○	○	○	○

Selon vous, le rôle du pharmacien dans une structure pluriprofessionnelle consiste en :

	Tout à fait d'accord	Assez d'accord	Assez peu d'accord	Pas d'accord du tout
L'approvisionnement et la gestion de stock des produits de santé au sein de la structure	○	○	○	○
La gestion de la structure (prise de décision avec les autres professionnel sur l'organisation/sur les projets de la structure)	○	○	○	○
La gestion des risques liés aux produits de santé (standardisation des pratiques de prescription des produits de santé / livret des produits de santé)	○	○	○	○
La participation au recueil de données sur le patient pour un dossier médical ou administratif commun (ordonnances, observance, aspect psychosocial, confidences)	○	○	○	○
L'analyse et la proposition concernant l'adaptation de l'ordonnance aux référentiels thérapeutiques	○	○	○	○
L'analyse et la proposition concernant la cohérence entre les différentes prescriptions des patients (ordonnances hospitalières / ordonnances de villes…)	○	○	○	○
L'analyse de la conformité des ordonnances du point de vue réglementaire (type d'ordonnance, respect de l'AMM)	○	○	○	○
L'analyse de la sécurité de la prescription (posologies, contre-indications, interactions médicamenteuses)	○	○	○	○
L'adaptation du plan de prise	○	○	○	○
La réalisation d'entretiens de suivi thérapeutique (AVK, asthme)	○	○	○	○
La réalisation d'entretiens d'observance	○	○	○	○
La participation à un dispositif d'éducation thérapeutique	○	○	○	○

* **Identifiez vous un autre rôle du pharmacien ?**

◉ Oui ○ Non

* **Lequel / Lesquels ?**

5) LA COMMUNICATION AVEC LE PHARMACIEN

* **Il est ou il serait pertinent :**

	Tout à fait d'accord	Assez d'accord	Assez peu d'accord	Pas d'accord du tout
Que le pharmacien ait accès aux comptes rendus de consultation médicale et paramédicale et aux résultats biologiques	○	○	○	○
Que le pharmacien ait accès à une partie adaptée du dossier médical (motif de consultation, résultats de consultation, prescription, résultats biologiques)	○	○	○	○
Que le logiciel de la structure permette au pharmacien d'avoir accès à des informations du dossier médical avec un niveau d'accréditation négocié entre les professionnels	○	○	○	○
Que les médecins et paramédicaux aient accès aux synthèses de dispensation du pharmacien (les différentes ordonnances, automédications, la modification de la galénique/du plan de prise/de la méthode d'administration sans appel préalable du prescripteur, refus de délivrance)	○	○	○	○
D'échanger facilement avec le pharmacien par une interface logicielle (type messagerie instantanée)	○	○	○	○

6) NIVEAU DE SATISFACTION

* **D'une manière générale, si vous aviez à évaluer votre niveau de satisfaction avec vos/votre pharmacien(s) de référence (pharmacien(s) présent(s) dans votre structure ou pharmacien(s) à proximité de la structure) :**
Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

○ Très satisfait
○ Assez satisfait
○ Assez peu satisfait
○ Pas satisfait du tout

Veuillez saisir votre commentaire ici:

Charger un questionnaire non terminé | Finir plus tard | Envoyer | Sortir et effacer vos réponses

3) Entretien préalable – Pôle de santé (Isère)

D : […] Donc, euh comme je vous ai informé par mail, je réalise une thèse sur les pôles et maisons de santé et je m'intéresse principalement à l'intégration des pharmaciens dans ces structures, c'est pour cela que votre profil m'intéressait…

L : Complétement

D : Voilà donc l'idée ce serait de me transmettre votre expérience vis-à-vis du pôle…

L : Très bien, euh donc ce pôle de santé rassemble 41 professionnels… Dont 7 pharmaciens… Euh donc on est 11 médecins généralistes, une petite dizaine d'infirmiers et infirmières et à peu près autant de kiné

D : D'accord

L : 3 psychologues, 1 diététicienne, et 2 orthoptistes et 7 pharmaciens. Plus une secrétaire à temps partiel mais c'est largement insuffisant… Voilà… Donc on est né dans la dynamique des nouveaux modes de rémunération et dans la mise en place des infirmières ASALEE, je ne sais pas si toi tu connais ASALEE

D : Non…

L : ASALEE c'est des infirmières de santé publique qui sont payé avec des sous de la caisse primaire de l'assurance maladie euh pour 3 médecins généralistes on a 1 infirmière à mi-temps qui va voir les gens qui ont une pathologie chronique et en particulier diabète et risque cardiovasculaire. Elle fait aussi du dépistage BPCO et troubles cognitifs et accès au dépistage des cancers, elle voit les gens, fait un diagnostic éducatif et elle aide à la réalisation de certaines choses que nous avons du mal à faire en se référant à la vie quotidienne

D : Si j'ai bien compris, l'infirmière se déplace chez les personnes

L : Non elle fait ça en cabinet… Et donc nous pour obtenir une infirmière ASALEE il fallait que l'on se constitue en pôle, c'est une décision de l'ARS Rhône Alpes pour susciter de l'exercice regroupé.

C'est comme ça que ASALEE nous a aidé en fait à monter notre projet, c'est une association nationale où il y avait des ingénieurs de santé publique qui aident en fait les professionnels à se structurer.

D : D'accord

L : Donc c'est comme ça qu'on est né… On a une association en fait qui date des années 85 qui porte notre activité. 85, c'était une association de prévention montée par les professionnels donc on est assez en avance là en fait ça veut dire quoi ça veut dire que sur ce territoire avant même tout ça, y'avait des médecins qui ont travaillé avec les collectivités locales pour la santé.

D : En particulier des médecins…

L : En particulier des médecins et en particulier le Dr X qui est le fondateur de cette association. Et c'est cette association crée en 1985 qui porte le projet politique du pôle de santé.

D : D'accord et après y'a les nouveaux modes de rémunération comme vous disiez qui…

L : Voilà c'est ça

D : Qui ont aussi donné de la dynamique au pôle de santé

L : Voilà c'est ça… Donc euh après on n'a pas commencé à se structurer avec les pharmaciens. Moi je partais avec l'idée que c'est le couple médecins-infirmiers et médecins-kinés qui prévalent dans le champ de la clinique et de la connaissance intime des gens.

[Silence]

L : Et … Parce que j'ai une vision personnelle de la santé, qui s'attache plus à la dynamique psychosociale et environnementale qu'à l'effet du médicament sur la maladie. C'est ma vision…

D : D'accord

L : On ne partage pas forcement tous cette même vision… Mais du coup en fait on a rattaché cette question du médicament et la question du pharmacien à postériori, une fois que l'on a constitué véritablement notre dynamique

[Silence]

L : Parce que c'était quand même une évidence qu'il fallait que le pharmacien soit dedans !

D : Une évidence…

L : Ah bah oui ! Même si on a une préférence pour un domaine… L'homme biopsychosocial ça vous dis quelque chose ?

D : Oui

L : On a tous une représentation de la santé, de la maladie, de la personne qui émanent de nos propres expériences personnelles et quand on se met en collectif, on partage les visions qui peuvent être plus ou moins différenciées et on essaye d'avoir une vision commune.

D : D'accord

L : En partant de l'infirmière ASALEE, on partait de la relation clinique, liée à l'intime plutôt… Quand on parle du pharmacien, on parle plus du médicament et on parle plus de l'Homme dans la cité puisque le pharmacien c'est un commerçant. C'est un gars qui a un magasin, n'importe qui rentre et il n'y a pas d'intimité… Ils peuvent avoir un espace confidentiel mais grosso modo on est dans la vie publique.

[Silence]

L : Le pharmacien délivre les médicaments dans un espace publique, le magasin c'est un espace publique, il peut y avoir 2 personnes en même temps, il n'y a pas de confidentialité c'est ça que je veux dire… En tout cas le pharmacien d'officine… Et du coup intégrer les pharmaciens pour moi c'est ouvrir la question du médicament mais aussi ouvrir la question de l'Homme, l'usager, citoyen, patient dans le champ de la vie publique.

D : Je vois,

L : Je ne suis pas sûr que tous les pharmaciens aient cette vision là mais…

D : C'est votre point de vue, c'est justement ce qui m'intéresse… Et du coup les pharmaciens avec lesquels vous travaillez sont des pharmaciens officinaux, c'est bien ça ?

L : Ah bah oui ! Et les pharmaciens que l'on a choisi, c'est des pharmaciens que l'on a repéré comme étant en relation avec des patients que nous soignons, on a fait comme ça pour les intégrer…

D : D'accord,

L : On s'est dit quand même les pharmaciens c'est intéressant, si on est la représentation des professionnels de santé d'un territoire, qui œuvrons ensemble à améliorer l'offre de soins par un travail concerté c'est normal que le pharmacien y soit.

[Silence]

L : Tout simplement… Heu et comment on va faire pour les intégrés, il va falloir que cela se rattache à quelque chose de concret. Or, on a mis en place un dossier papier pour les patients qui ne peuvent plus se déplacer et qui sont vus à domicile par infirmières, kiné et médecins. C'est des patients âgés, très dépendants, poly pathologiques, et ce dossier nous permet d'échanger entre nous.

D : D'accord,

L : On s'est dit quels sont les pharmaciens de ces patients, et on est allé faire une enquête, on est allé les voir, on leur a dit est ce que ça vous intéresse de rentrer dans le pôle… Et on a été très bien reçu, très très bien reçu, même plus que ça, y'en a qui nous ont remercié de le faire !

D : Ah oui,

L : C'était au moment où on a fait cette démarche, c'était au moment où Edouard Leclerc proposait de faire de la pharmacie de grande surface…

D : Je vois,

L : Et c'était juste au moment de la grosse manifestation, etc.

D : Au mois de septembre alors… et le pôle actuel est créé depuis quand du coup ?

L : Ça fait 2 ans et demi

D : 2 ans et demi, d'accord… Et comment est-ce qu'il s'organise entre les différents professionnels ?

L : Euuuh, alors y'a un conseil d'administration, des projets, et heeeu je ne sais pas comment dire ça… Nous on touche des sous pour inventer des choses nouvelles en termes de concertation et de travail en commun… Donc le dossier par exemple c'était une des activités, on a du réfléchir, se réunir etc… C'est l'émanation d'un groupe de réflexion qui rassemblait les médecins et les infirmières

D : Oui,

L : Avec les kinés, on a essayé de faire un guide sur la lombalgie chronique, ça n'a pas débouché et après on s'est dit en fait ce qu'il faut c'est se rencontrer, se réunir, donc une fois par mois on a une réunion d'échange de pratique… Et puis on a mis en place, donc il y a les infirmières ASALE, on fait de l'ETP c'est-à-dire de l'éducation thérapeutique du patient pour le diabétique etc., on a reçu des financements pour ça.

D : D'accord,

L : Et on invente les projets selon les exigences et les attentes des uns ou des autres, si quelqu'un a une bonne idée, on lui dit bah vas-y fonce, on a les moyens etc., on fait des protocoles… On est en train de faire un protocole sur l'usage de l'insuline à domicile pour que les infirmières puissent facilement et avec sécurité changer les doses des insulines, sans que nous nous soyons toujours à domicile, voilà des choses comme ça…

D : Donc des protocoles entre les différents professionnels,

L : Voilà où on écrit ensemble ce qui nous semble important de faire ensemble.

D : D'accord,

L : On a un objectif commun qui est propre à ce territoire-là, qui est une zone urbaine sensible… Et du coup on a comme visée, la réduction des inégalités sociales de santé et on fait pas mal de travaux avec les étudiants sur ce thème, on est aussi des chercheurs…

D : Des étudiants de quel heu…

L : De médecine, parce qu'on est aussi maitre de stage… l'objectif du pôle c'est de donner une attractivité au territoire, parce que les ressources en médecine générale au niveau humain étant extrêmement contrainte du faits de choix politiques qui sont discutables… Donc là avec le pôle de santé on essaie de construire quelque chose qui au bout du compte va attirer les jeunes…

D : D'accord, donc de ce que j'ai compris du coup, ce pôle rassemble les professionnels, chacun a ses consultations à titre on va dire personnelles mais vous vous regroupez tous les mois notamment si un professionnel a une proposition à faire pour développer le pôle… Et vous échangez sur les patients…

L : Ça c'est des réunions en plus… Le pôle rémunère toute activité validé par le pôle comme appartenant au projet, et en particulier une réunion de concertation à domicile qui rassemble l'assistante sociale etc., ça se fait sous l'égide du pôle et effectivement c'est rémunéré à ce titre là…

D : Et ces réunions se réalisent toutes les semaines du coup ?

L : Non c'est à la demande, ça fait partie des activités possibles… Les autres activités sont l'éducation thérapeutique du patient et on a un projet de mobilisations des compétences psychosociales, de l'art thérapie…

D : D'accord, et si nous revenons un peu sur la place des pharmaciens actuellement dans la structure, qu'est ce qu'ils font ?

L : Alors, ils sont rentrés juste en janvier là, donc ils commencent à repérer comment ça fonctionne, ils se sont mis d'accord pour mettre quelqu'un au conseil d'administration, et d'ailleurs c'est remarquable ce qu'ils ont fait… Car ils n'ont pas mis celui qui était apparemment compétant, dynamique, engagé là-dedans etc et naturellement s'y serait retrouvé, il a laissé la place à des gens moins expérimentés mais qui avaient vraiment envie d'y aller… C'est remarquable !

Donc maintenant il s'agit d'accueillir cette personne qui s'est désignée comme candidate pour être élue, c'est une élection, le conseil d'administration est composé de 7 membres…

Et pour revenir à l'intégration des pharmaciens, cette personne qui est très dynamique, qui a envie de faire de l'ETP etc., on ne va pas le laisser tomber dans son coin, on va travailler avec lui… Et ce qui est important c'est que chacun trouve sa place… C'est beaucoup du management en fait, un pôle de santé, c'est du management centré sur la santé des patients pour faire une équipe... Et comme on est des libéraux jusqu'au bout des ongles on aime bien notre autonomie, être responsable de ce que l'on fait etc., au prix quelque fois d'un exercice un peu solitaire.

Pour intégrer les pharmaciens notamment, nous avons été aidés par un consultant, financé par l'agence de l'innovation sociale et un organisme para publique qui promeut l'économie sociale et solidaire et dont on a répondu à un appel à projet… Ce consultant refonde notre projet associatif

pour coller à la fois avec notre envie de faire quelque chose et que ça aille jusqu'à écrire des statuts et définir des modes de partenariat avec des gens qui sont dans notre environnement etc., donc ça c'est un gros travail.

Et on a une des pharmaciens qui fait partie du comité de pilotage, il y a 6 ou 7 personnes dans ce comité qui réfléchit avec ce consultant. C'est comme ça que l'on arrive à intégrer petit à petit les pharmaciens.

Il y a aussi un projet qui s'appelle ESPREC, c'est un projet phare des pôles et des maisons de santé pour l'intégration des pharmaciens dans ces structures.

D : ESPREC… Est-ce que vous pouvez m'en dire plus ?

L : Ah ça non ! ESPREC tu es obligée de le connaitre pour ton étude ! ESPREC est une invention de la fédération et le principe c'est qu'on a un patient diabétique, hypertendu, avec une tension non contrôlée, une HbA1c qui ne marche pas etc. ou une personne âgée qui commence à avoir une vulnérabilité, maintien à domicile difficile, troubles cognitifs… Toutes les situations instables qui ne conviennent pas au médecin. Pour ce patient-là, le pharmacien et une infirmière se réunissent au cabinet du médecin et une des 3 personnes devient coordonnatrice de ce dossier.

D : D'accord…

L : Le plus souvent c'est l'infirmier… Et on se donne un objectif de travailler sur tel ou tel déterminant de santé qui mérite un soin particulier. Le coordonnateur agit auprès de cette personne en communicant les informations faites au pharmacien et au médecin pour voir comment ça avance…

Ce n'est pas compliqué et c'est rémunéré, et la fédération a reçu un accord pour le financement de cette opération.

D : Et après dans l'idée, quel serait le ou les rôles du pharmacien dans le pôle ?

L : Moi je pense que le pharmacien a une vision de la personne qui est finalement la vision que peut avoir tout commerçant sur une personne donnée dans la société, sauf que c'est un commerçant spécial puisqu'il s'occupe des médicaments.

Dans la pharmacie, ce que je trouve très intéressant c'est que le pharmacien donne au médecin et à l'infirmière l'image de ce qu'est la personne dans son rapport social et cela équilibre la bonne image que l'on a en tête à tête, dans l'intimité du cabinet, on présente son meilleur visage et quelque fois les pharmaciens ont des visions très décalées.

D : Parce qu'ils les voient un peu plus dans leur quotidien…

L : Il le voit dans un rapport social qui est différent qui est celui de l'Homme dans la société… J'avais jamais réfléchit à ça en fait ! [Rires]

L : Nous on est en train de voir, on ne sait pas, on invente, on se réuni, on décide, on hiérarchise les envies des uns et des autres. Là avec les pharmaciens on va trouver des moyens de discuter de ça… on a 2 instances dans lesquels se discutent les choses ; le conseil d'administration qui a l'autorité et le COPIL *[comité de pilotage]* de la fondation du projet associatif qui est un lieu de réflexion avec un tiers qui nous aide. Les pharmaciens vont être dans les deux instances.

D : Et là vous les sentez dynamiques,

L : Ils sont heureux !

D : Est ce qu'ils y avaient pensé ?

L : Rentrer dans le pôle ? Heu pas forcement… C'est tellement nouveau.

[Silence]

L : Est-ce que tu as d'autres questions ?

D : On a déjà abordé pas mal de choses, mais il y a un autre sujet que je voulais aborder… Quelles sont, selon vous, les compétences d'un pharmacien ?

L : C'est très intéressant… Heu… Alors le pharmacien, alors, la première fonction pour le médecin c'est le contrôle de la qualité de l'ordonnance. Un pharmacien qui m'appelle qui me dit il y a un problème sur votre ordonnance je le remercie [rires] je le remercie de m'appeler car il joue pleinement son rôle…

On n'est pas des surhommes et forcément, nos ordonnances sont compliqués, il y a beaucoup de polypathologies, beaucoup d'interactions et on n'est pas forcement au fait de toutes les interactions et vu la complexité des choses et malgré les outils qu'on a… Et ce n'est pas extraordinaire vu les ordonnances que le pharmacien se pose des questions dessus. Si il les garde pour lui, il ne fait pas son boulot, si il nous téléphone et qu'on en discute il fait son boulot. Il est vigilant et il propose des alternatives.

Il connait mieux que nous les formes galéniques, les disponibilités tout ça donc on lui laisse la responsabilité entière d'adapter la galénique au désir du patient, nous on n'a pas forcement le temps.

Et après il est aussi acteur dans le champ de la santé donc son rôle psychosociale moi je le reconnais, il est particulier, il faut qu'on apprenne à fonctionner avec ce rôle-là, parce qu'il n'est pas dans le champ de l'intime et donc… Ce n'est pas le même !

D : De ce que j'ai compris, le pharmacien a peut-être accès à d'autres informations que les médecins et à l'inverse, vous en avez d'autres…

L : Oui et une des grandes qualités qui se joue dans les pôles de santé c'est la confiance mutuelle à la fois sur le plan personnel mais aussi sur le plan des identités professionnelles… C'est-à-dire que moi je suis sure que je vais mieux apprendre ce qu'est un pharmacien dans la vie de la personne depuis qu'on les a intégrés dans le pôle…

C'est des découvertes du champ de compétence d'une profession qu'on ne connaissait pas… Moi je me concentre sur le médicament mais je me dis qu'il y a plein d'autres choses, le pharmacien conseil, le pharmacien sur le matériel, sur les pansements…

Alors après je pense qu'à un moment ou un autre il va y avoir des discutions un peu particulières sur l'automédication, nous on est avec des patients dans une tranche de population défavorisée et quand je vois un pharmacien faire une ordonnance de 30 euros pour une rhinopharyngite euh je me dis que ce n'est pas normal... Ça n'arrive sans doute pas trop souvent mais euh les patients arrivent à la pharmacie sans vouloir prendre rdv chez le médecin et font eux même leur prescription. Et nous on essaie de faire une déconstruction de ça, on leur dit si vous allez chez le pharmacien, n'achetez que du sérum physiologique.

Alors on va en discuter de ça, je leur ai déjà dit une seule chose, j'ai changé mon discours depuis qu'ils sont dans le pôle : je disais aux gens allez acheter votre sérum physiologique en grande

surface c'est moins cher, et en fait j'ai vu qu'ils ont baissé leur prix. Donc aujourd'hui, moi, mon sérum physiologique je vais l'acheter à la pharmacie !

C'est un exemple très concret !

Voilà… A quoi sert d'autre le pharmacien, comme ça je ne peux pas en dire beaucoup plus… Ah si sur la gestion des AVK, des INR etc. est ce qu'il a une place euh oui et non enfin oui mais il faut vraiment que le discours soit cohérent, et ça on n'a pas fait encore, c'est une piste de travail…

D : Vous parliez du problème d'automédication des patients, est ce que vous aimerez y avoir accès ?

L : Ah bah oui, mais on va se fritter ! Rhinadvil tout ça non, c'est fini tout ça, risque cardiovasculaire, non… Mais ça on n'en a pas discuté encore, je sais que ça va sortir, je pense que ça ne devrait pas être en vente libre, moi je n'en prescris jamais. Le risque cardiovasculaire c'est dès 40 ans dans notre population. Et ça on n'a pas eu le temps institutionnellement dans la vie du pôle de le dire, c'est quelque chose qui va sortir à un moment ou un autre…

Mais on ne se presse pas, il faut instaurer un climat de confiance…

D : Je vous remercie pour votre disponibilité et les réponses à mes questions. Je vous tiendrai au courant des avancées de mon étude… […]

4) Entretien préalable – Maison de santé (Rhône)

D : […] donc, comme je vous l'ai dit par mail, je réalise une thèse sur les pôles et maison de santé, et je m'intéresse plus particulièrement à l'intégration des pharmaciens dans ces structures. L'idée de cette rencontre est de me transmettre votre expérience dans cette maison de santé…

M : Moi j'aimerai déjà savoir pourquoi l'intégration des pharmaciens vous intéresse…

D : Je suis étudiante en pharmacie,

M : Ah oui c'est vrai, donc je comprends, je veux juste vous poser quelques questions au préalable, qu'est-ce que vous vous avez comme info, comme retour sur les pharmaciens, est ce que c'est quelque chose de purement ponctuel à quelques endroits ou vous avez l'impression que c'est quelque chose qui les intéressent ?

D : Mon domaine d'étude c'est Rhône Alpes et si je regroupe les pôles avec les maisons de santé, il y a 75 structures dans cette région, avec une 20ène de pharmacien présent.

M : Alors nous la particularité c'est qu'on est vraiment une petite structure, on est un peu en soucis parce que j'ai une collègue qui veut se retirer de la notion de maison de santé pour des raisons particulières qui la concerne, elle s'investie très peu donc nous il faut qu'on trouve quelqu'un d'autre car s'il n'y a pas 2 médecins, ça coince règlementairement. On s'est lancé il y a 7 ans quand c'était vraiment au tout début, personne ne comprenait trop de quoi il s'agissait, on a très vite compris que s'il n'y avait pas de paramédicaux ça n'avançait pas.

On a créé une structure avec 2 médecins, une podologue, une kiné, une infirmière puis une deuxième est arrivée, une psychologue à mi-temps. Maintenant on a une 2ème podologue présente à mi-temps. Et puis je crois que c'est en 2012 que sont apparus les pôles de santé, qui comme vous le savez sont des maisons de santé hors murs. Ce sont des structures indispensables en ville car les maisons de santé sont difficiles à créer…

D : C'est au niveau du bâtiment que c'est compliqué j'imagine,

M : Voilà, on a proposé au départ à 3 kinés de se joindre à nous et moi j'ai contacté le pharmacien proche de la structure et qui a dit « pourquoi pas » puis on a eu un laboratoire d'analyse médicale qui s'est joint à nous.

D : D'accord,

M : Et ce qui est très compliqué à mettre en place c'est d'attirer les gens à faire fonctionner ces structures. Parce qu'on ne fait rien s'il n'y a pas une motivation forte, et cette motivation je ne sais pas si elle existe tant que ça dans ces structures, les gens ont envie de fonctionner de cette manière mais après quand il s'agit de le mettre en route il faut y passer du temps et ça ça devient plus difficile.

D : Oui…

M : Il y a donc la possibilité de toucher les nouveaux modes de rémunération qui peut être une motivation mais ce n'est vraiment pas des sommes très importante, je ne sais pas le pharmacien il doit toucher 900 euros par an, qu'est-ce que 900 euros, c'est vraiment un goutte dans la mer…

[Silence]

M : Donc la motivation financière elle n'est pas fondamentale, disons qu'on va couvrir en gros le temps passé en réunion mais ce n'est pas ce qui va changer le mode de vie de la personne. Après

je pense que l'incitation financière elle est faible chez les gens qui n'ont pas « spécialement faim », en ville on est absolument surchargé de travail. Si je devais hiérarchiser nos problèmes, le problème numéro 1 c'est qu'on arrive plus à prendre en charge la population, ce sera un drame total dans 5 ans, ce qui fait que tout ce qui est entre guillemet du « luxe », travailler mieux, échanger etc. est en train d'être relégué au second plan face à notre 1er plan qui est comment peut-on prendre en charge les gens qui sont autour de nous.

D : Je vois,

M : Alors pour motiver les gens, il n'y a pas une incitation financière extraordinaire, il y a des préoccupations plus particulières liées à la baisse du nombre de professionnels de santé. Donc voilà, ça fait quelques années qu'on se réunit, qu'on essaie de mettre ça en place, alors le pharmacien dans l'histoire il but à un endroit : c'est le problème de logiciel, il n'y a pas de logiciel pharmacien aujourd'hui qui soit communiquant avec nous.

D : Ah oui…

M : Donc alors ce qui peut être fait pour le pharmacien c'est de mettre en place un accès au dossier du patient, ça c'est relativement facile, mais qui serait indépendant de son logiciel à lui. A mon avis c'est déjà quelque chose de très important, on peut voir quelles prescriptions ont été faites, des allergies, le dossier médical quoi…

Après il y a aussi des messageries sécurisées dans ce logiciel. Mais la question est, dans une officine est ce que c'est quelque chose de fondamental ? Moi je suis comme les autres je vais dans les pharmacies, il y a des pharmacies où c'est du haut débit, les gens n'ont pas envie de perdre du temps, il y a de la queue etc., est ce qu'on va aller se connecter pour y chercher quoi ?

Quand il y a un souci on nous téléphone, ça c'est probablement la technique la plus sûre pour valider une information, si on a envie d'une information immédiate j'ai envie de dire que c'est le téléphone qui permet de faire le boulot !

D : Oui,

M : Après on peut être en difficulté sur un patient on va dire plus chronique ou que les gens ne comprennent pas tout ou juste une partie, donc là ça peut être intéressant d'en savoir plus, et on peut échanger sur ce logiciel…

D : D'accord,

M : Ça impliquerait quelque part un travail à part de la délivrance, ah bah tiens il y a un tel qui… Euh…

D : M'interroge,

M : Voilà je vais aller prendre 10 minutes pour aller sur le logiciel du médecin, voir ce qui se passe, mettre un mot. Ce serait ça la grande idée, mais ça ce n'est pas encore en place.

J'essaie de voir un peu tout ce qui nous bloque, ce qui nous bloque pour y arriver c'est qu'il faut un gros moteur médecin pour motiver du monde au niveau des paramédicaux ou des pharmaciens. Ces gens-là ont 50 médecins ou peut être plus qui fonctionne avec eux, nous on est 1 et demi pourquoi faire autant de chose pour si peu de médecin en fait. Donc nous on est en train de bouger un peu, on va se réunir en avril là pour essayer de créer une structure plus grosse.

D : En pôle j'imagine,

M : Forcément en pôle… Alors l'idée c'est de se fédérer autour d'un logiciel. On a été financé par l'ARS pour participer au choix des nouveaux logiciels pour les structures pluridisciplinaires. On va créer une association qui va s'appeler espace pro santé pour avoir une structure de réflexion et savoir qui est intéressé au niveau paramédicaux et médecins et choisir un logiciel.

Ce qui coince dans le logiciel c'est souvent la partie paramédicale, pour notre podologue y'a rien, c'est vide, alors que c'est quelqu'un de central dans notre structure et les infirmiers n'ont pas adhérées. Après je pense que s'il y avait plus de médecin, ils feraient plus facilement le saut, les kinés sont partis en courant, par la peur d'abandonner leur outil, la peur de partager la clientèle je crois aussi…

D : Ah oui,

M : Eh oui…

D : Et du coup j'imagine que les logiciels sont très interactifs, ils permettent d'échanger facilement entre professionnels,

M : Oui et non, on a les outils pour échanger, mais il faut motiver les acteurs, il faut du besoin, pourquoi tout changer si ça marche bien pour quelques patients… Si tout d'un coup il y a 50 patients il faut faire quelque chose. Moi je me dis, il faudra associer des logiciels entre eux pour que le pharmacien, le podologue aient accès à nos dossiers je pense que c'est une demande première pour les personnes extérieurs au cadre du médecin.

[Silence]

M : Alors après se pose la question de donner l'accès partiel ou total, il y a des filtres à mettre.

D : Et vis-à-vis des pharmaciens, qu'est-ce que vous attendez ?

M : Qu'ils nous parlent de patient qui en chronique sont en difficultés, donc plutôt une messagerie sécurisée intégrée au logiciel.

D : Donc si j'ai bien compris euuh, cela concernerait des cas où téléphoner dans l'immédiat au médecin n'est pas forcément utile, mais lorsque le pharmacien s'interroge sur un patient et vous le transmet.

M : Rien ne remplacera le téléphone pour les cas à traiter dans l'immédiat… Après l'idée c'est d'avoir la réflexion du pharmacien sur quelques patients, de manière à ce qu'on ait des messages semi urgents. Le pharmacien aurait accès aux historiques de traitements, aux pathologies référencées pour le patient, à la biologie du patient, ce qui est fondamental.

D : D'accord… Et qu'est-ce que le pharmacien peut vous apporter mis à part ces cas précis de patients chroniques à problèmes ?

M : Des notions d'observances, de génériques avec la grand-mère qui ne comprend rien… Le pharmacien avec lequel on va travailler, ce qui l'a motivé c'est qu'il a senti venir ce nouveau métier comme par exemple la vaccination, des surveillances de tension.

Je pense que le pharmacien pourra être plus acteur un jour, ça nous pend au nez puisque pendant un certain temps on ne va pas arriver à voir tout le monde. Moi je suis syndiqué MG France, je vois beaucoup de médecins qui ont peur de se faire piquer un peu leur métier…

[Silence]

M : Je ne sais pas si c'est se faire piquer une partie du métier qu'il y ait la vaccination en pharmacie, on n'a pas fait 12 ans d'étude pour vacciner, bon même si la vaccination nous échappe un jour moi ce que je demande c'est de voir si mes patients sont vaccinés par le logiciel commun, on travaille suffisamment pour vivre sans ses actes là.

D : De ce que j'ai compris, pour l'instant vous être en contact avec un pharmacien, mais il n'a pas encore le logiciel commun c'est ça ?

M : Oui, les choses sont très longues à mettre en place… L'âge moyen des médecins est de 57 ans, pourquoi ces gens-là vont se casser la tête à s'investir, à prendre du temps, on croule sous le travail, alors qu'ils seront à la retraite dans 5-10 ans. On a zéro jeune derrière… Dans les idées, on arrive à contacter les gens, mais dans la réalisation c'est compliqué.

On est 3 à essayer de faire avancer les choses, on est 3 syndiqués.

D : Pour réfléchir à élargir la structure,

M : Voilà, donc ce qui nous manque c'est des jeunes médecins qui se disent on a 30-40 ans devant nous, on aimerait travailler d'une autre manière… La médecine générale est en train de disparaitre, les urgences sont blindées !

D : Et pour vous, le fait de se regrouper ça va permettre de…

M : De sauver un peu les meubles ! L'idée d'avoir un logiciel commun, c'est que si y'a plus de place, le médecin d'à côté peut avoir accès au dossier. Si ça démarre je suis certain que ça ne peut que grandir après ! Pour faire bouger les choses il faut un moteur médecin, pour un pharmacien si y'a un logiciel connecté avec 10 médecins c'est super intéressant pour lui, si y'en a qu'un seul, c'est plus limité.

D : Et si je vous demande… euh quelles sont selon vous, les compétences des pharmaciens ?

M : Les compétences des pharmaciens c'est la connaissance de la population médicalisée, ce sont des acteurs de terrains, la surveillance de nos ordonnances, on est content d'avoir un contrôle quand on se plante ! Les pharmaciens reçoivent aussi beaucoup de confidences… Après ils vont parfois trop loin dans ce qu'ils font, trop loin ou pas assez loin.

D : Trop loin ?

M : Ils font des commentaires sur les ordonnances « comment ça le médecin vous a mis ça mais c'est super dangereux ! »

D : Ils prennent des libertés de commenter les ordonnances sans appeler le médecin c'est cela que vous voulez dire ?

M : Voilà, alors c'est pas du tout fréquent hein mais… mais bon les patients ont tendance à monter les professionnels contre les autres, je ne suis pas persuadé qu'il n'y ait pas une phase d'interprétation par le patient. Si on doit les croire de temps en temps, il y a des commentaires qui ne sont pas acceptables. Parfois, il laisse passer aussi des erreurs énormes, mais bon quand on voit à quoi ressemble une délivrance dans une pharmacie surchargée c'est limité, nous aussi on fait des erreurs.

Mais ce sont des gens qui ont une connaissance du terrain, qui ont des retours que nous n'avons pas, car il a une autre approche du patient et ce sont des infos qui sont intéressantes à nous

retourner. Ils peuvent améliorer l'observance. Peut-être un jour certaines tâches seront déléguées aux pharmaciens et je pense que les médecins n'auront probablement pas le choix.

J'ai une amie qui travaille à Belfast, elle travaille dans une structure de santé où on a l'aboutissement total de ce qu'on pourrait mettre en place ici, et ça a des effets secondaires !

Les médecins ne font que du médical, pas d'ordonnance, pas de facturation, pas de vaccination, pas de pesée, pas de prise de tension. Ce sont des infirmières cliniciennes qui le font. Exclusivement du diagnostic, les médecins sont épuisés, ils dépriment tous.

Il y a des choses qui se passe quand il y a les temps de pesée etc., ces moment permettent de prendre le temps de dire les choses aux patients. Il y a donc un juste milieu à avoir, aller jusqu'à cette fragmentation totale des tâches n'est pas forcément bonne.

Mais le pharmacien forcement il a son rôle là-dedans, j'envoie constamment des patients se faire prendre la tension à la pharmacie, et il faudra qu'il y ait facturation, et retour sur le logiciel. Je ne suis absolument pas contre leur déléguer des tâches. Pourquoi est-ce qu'un pharmacien un jour n'aurait pas une infirmière clinicienne qui ferait ça …

Il faut apprendre à déléguer, à partir du moment où il y a un dossier commun, quelque part le médecin il reste quand même le chef d'orchestre…

D : D'accord,

[Silence]

D : Si vous n'avez rien à ajouter je vous remercie de m'avoir accordé un peu de votre temps, si ça vous intéresse je pourrai vous transmettre les résultats principaux de mon étude…

M : Oui, je veux bien […]

5) Entretien téléphonique – Synthèse de discussion avec un pharmacien (Rhône)

Le pharmacien raconte qu'il a porté un regard extérieur sur la création d'une maison de santé à proximité de chez lui.

Il habite un lieu qualifié de « désert médical », la municipalité est le moteur du projet de regroupement.

Les médecins choisis par la municipalité sont des médecins qui viennent de Roumanie, ils n'ont pas pour le moment en perspective la collaboration avec les pharmaciens et n'y ont jamais pensé.

« Ils font leur boulot de médecin, c'est tout, le travail pluri professionnels ils ne savent pas ce que c'est !».

Le pharmacien parle d'un *« échec personnel »* devant l'absence d'écoute de la part de ses confrères et l'absence de pharmacien dans la structure.

Faculté de Pharmacie,
Université Joseph Fourier Grenoble I.

Serment de Galien

« Je jure en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

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

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

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

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

Mlle Doris BOYAU

LA PLACE DU PHARMACIEN AU SEIN DES MAISONS ET POLES DE SANTE PLURI PROFESSIONNELS - LES ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES –

RESUME :

Introduction : L'optimisation de la prise en charge du patient par la coordination des différents professionnels de santé est un objectif essentiel des maisons et pôles de santé.

Objectif : Identifier la place du pharmacien au sein de ces structures, du point de vue du médecin généraliste.

Matériel et Méthodes : Un questionnaire a été proposé à 66 structures de Rhône Alpes, 34 inclusions ont été réalisées entre juin et juillet 2015. La moitié des structures répondantes intègrent un pharmacien.

Résultats : Les médecins reconnaissent en grande majorité la pertinence de la présence du pharmacien au sein de ces structures. Ils relèvent le rôle primordial du pharmacien dans l'analyse des ordonnances au sens large, ainsi que sa participation à l'ETP (82% des structures avec pharmaciens versus 41%). 47% des structures avec pharmaciens sont pleinement favorables à son intervention dans le suivi thérapeutique (versus 6%). Ils sont en majorité d'accord pour autoriser l'accès au pharmacien à certaines informations-patients, et voient aussi un intérêt à avoir accès à leurs dispensations. 50% des structures avec pharmacien ont instauré le protocole ESPREC. 71% des structures avec pharmaciens sont très satisfaites de leur relation avec ce dernier (versus 17%). Des freins à l'intégration du pharmacien ont été relevés, comme le souci de la concurrence déloyale entre pharmacies.

Discussion : Ces résultats traduisent l'impact positif du regroupement pluri professionnel : l'amélioration de la coordination, la confiance entre professionnels permettant d'élargir le champ d'action du pharmacien.
Il aurait été intéressant de pouvoir identifier les freins à la mise en place du protocole ESPREC.

LES MOTS CLES : Maison de santé / Pôle de santé / Pharmacien / Médecin généraliste / Travail pluri professionnel

ADRESSE : *[Données à caractère personnel]*

FILIERE : Officine