



**HAL**  
open science

# Impact du regroupement pluriprofessionnel en maison de santé sur la collaboration entre les médecins et les pharmaciens d'officine

Estelle Clet

► **To cite this version:**

Estelle Clet. Impact du regroupement pluriprofessionnel en maison de santé sur la collaboration entre les médecins et les pharmaciens d'officine. Sciences pharmaceutiques. 2020. dumas-03167773

**HAL Id: dumas-03167773**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03167773>**

Submitted on 12 Mar 2021

**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.

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

Année : 2020

**IMPACT DU REGROUPEMENT PLURIPROFESSIONNEL EN MAISON DE  
SANTÉ SUR LA COLLABORATION ENTRE LES MÉDECINS ET LES  
PHARMACIENS D'OFFICINE**

THÈSE  
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE  
DIPLOME D'ÉTAT

Estelle CLET

*[Données à caractère personnel]*

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE  
GRENOBLE

Le : 13/03/2020

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. ALLENET Benoit, Professeur des universités et praticien hospitalier

Membres :

M. BARDET Jean-Didier (directeur de thèse) Maître de conférences associé

Mme MIQUEY Nathalie, Pharmacien titulaire

*L'UFR 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.*

Doyen de la Faculté : **M. le Pr. Michel SEVE**

Vice-doyen et Directrice des Etudes :

**Mme Christine DEMEILLIERS**

**Année 2019 - 2020**

**ENSEIGNANTS – CHERCHEURS**

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE
MCF	ALDEBERT	DELPHINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx
PU-PH	ALLENET	BENOIT	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheMAS
PU	BAKRI	ABDELAZIZ	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
MAST	BARDET	JEAN-DIDIER	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheMAS
MCF	BATANDIER	CECILE	LBFA – INSERM U1055
PU-PH	BEDOUCH	PIERRICK	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheMAS
MCF	BELAIDI-CORSAT	ELISE	HP2, Inserm U1042
MAST	BELLET	BEATRICE	-
MCF	BOUCHERLE	BENJAMIN	DPM - UMR 5063 CNRS
PU	BOUMENDJEL	AHCENE	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF	BOURGOIN	SANDRINE	IAB – CRI INSERM U823
MCF	BRETON	JEAN	LCIB – UMR E3 CEA
MCF	BRIANCON-MARJOLLET	ANNE	HP2 – INSERM U1042
PU	BURMEISTER	WIM	IBS – UMR 5075 CEA CNRS
MCU-PH	BUSSER	BENOIT	Institute for Advanced Biosciences, UGA / Inserm U 1209 / CNRS 5309
Professeur Emerite	CALOP	JEAN	
MCF	CAVAILLES	PIERRE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
MCU-PH	CHANOINE	SEBASTIEN	CR UGA - INSERM U1209 - CNRS 5309
MCF	CHOISNARD	LUC	DPM – UMR 5063 CNRS
MCU -PH	CHOVELON	BENOIT	DPM – UMR 5063 CNRS
PU-PH	CORNET	MURIEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx
Professeur Emérite	DANEL	VINCENT	-
PU	DECOUT	JEAN-LUC	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF Emérite	DELETRAZ-DELPORTE	MARTINE	LPSS – EAM 4129 LYON
MCF	DEMEILLIERS	CHRISTINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
PU-PH	DROUET	CHRISTIAN	GREPI EA7408
PU	DROUET	EMMANUEL	IBS – UMR 5075 CEA CNRS HIV & virus persistants Institut de Biologie Structurale
MCF	DURMORT	CLAIRE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS
PU-PH	FAURE	PATRICE	HP2 – INSERM U1042

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE
MCF	FAURE-JOYEUX	MARIE	HP2 – INSERM U1042
PRCE	FITE	ANDREE	-
MCU-PH	GARNAUD	CECILE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX
PRAG	GAUCHARD	PIERRE-ALEXIS	-
MCU-PH	GERMI	RAPHAELE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS HIV & virus persistants Institut de Biologie Structurale
MCF	GEZE	ANNABELLE	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF Emerite	GILLY	CATHERINE	DPM – UMR 5063 CNRS
PU	GODIN-RIBUOT	DIANE	HP2 – INSERM U1042
Professeure Emérite	GRILLOT	RENEE	-
MCF Emérite	GROSSET	CATHERINE	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF	GUIEU	VALERIE	DPM – UMR 5063 CNRS
AHU	HENNEBIQUE	AURELIE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX
MCF	HININGER-FAVIER	ISABELLE	LBFA – INSERM U1055
MCF	KHALEF	NAWEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
MCF	KOTZKI	SYLVAIN	HP2 – UMR S1042
MCF	KRIVOBOK	SERGE	DPM – UMR 5063 CNRS
PU	LENORMAND	JEAN-LUC	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX
PU	MARTIN	DONALD	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
PRCE	MATTHYS	LAURENCE	-
AHU	MAZET	ROSELINE	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF	MELO DI LIMA	CHRISTELLE	LECA – UMR CNRS 5553
AHU	MINOVES	MELANIE	HP2 – INSERM U1042
PU	MOINARD	CHRISTOPHE	LBFA - INSERM U1055
PU-PH	MOSSUZ	PASCAL	IAB – INSERM U1209
MCF	MOUHAMADOU	BELLO	LECA – UMR 5553 CNRS
MCF	NICOLLE	EDWIGE	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF	OUKACINE	FARID	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF	PERES	BASILE	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF	PEUCHMAUR	MARINE	DPM – UMR 5063 CNRS
PU	PEYRIN	ERIC	DPM – UMR 5063 CNRS
AHU	PLUCHART	HELENE	TIMC-IMAG – UMR 5525 CNRS, THEMAS
MCF	RACHIDI	WALID	LCIB – UMR E3 CEA
MCF	RAVELET	CORINNE	DPM – UMR 5063 CNRS
PU	RIBUOT	CHRISTOPHE	HP2 – INSERM U1042
PAST	RIEU	ISABELLE	-
Professeure Emérite	ROUSSEL	ANNE-MARIE	
PU-PH	SEVE	MICHEL	LBFA – INSERM U1055
MCF	SOUARD	FLORENCE	DPM – UMR 5063 CNRS

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE
MCF	SPANO	MONIQUE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS
MCF	TARBOURIECH	NICOLAS	IBS – UMR 5075 CEA CNRS
MCF	VANHAVERBEKE	CECILE	DPM – UMR 5063 CNRS
PU	WOUESSIDJEWE	DENIS	DPM – UMR 5063 CNRS

AHU : Assistant Hospitalo-Universitaire  
 ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches  
 BCI : Biologie du Cancer et de l'Infection  
 CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
 CIB : Centre d'Innovation en Biologie  
 CRI : Centre de Recherche INSERM  
 CNRS : Centre National de Recherche Scientifique  
 DCE : Doctorants Contractuels Enseignement  
 DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire  
 HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire  
 IAB : Institute for Advanced Biosciences  
 IBS : Institut de Biologie Structurale  
 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  
 LPSS : Laboratoire Parcours Santé Systémique  
 LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques  
 MAST : Maitre de Conférences Associé à Temps Partiel  
 MCF : Maitre de Conférences des Universités  
 MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers  
 PAST : Professeur Associé à Temps Partiel  
 PRAG : Professeur Agrégé  
 PRCE : Professeur certifié affecté dans l'enseignement

## **REMERCIEMENTS**

Tout d'abord, je souhaite remercier le Professeur Benoit ALLENET d'avoir accepté de présider ce jury de thèse et de m'avoir enseigné et transmis les compétences nécessaires au métier de pharmacien.

Merci également à M. Jean-Didier BARDET pour avoir accepté de diriger cette thèse pendant presque deux années. Merci pour ton aide, tes bons conseils et ta rigueur.

Merci à tous les deux d'avoir pris du temps pour répondre à mes interrogations, pour m'avoir présenté votre point de vue passionné sur le monde de la recherche et le métier de pharmacien.

Je tiens aussi à remercier Mme Nathalie MIQUEY pour avoir accepté de faire partie des membres du jury. Merci pour ce que vous m'avez appris dans votre officine depuis mon premier stage jusqu'à cette soutenance.

Merci à toute l'équipe de la pharmacie BARGE, Agnès, Christian, Nathalie et Victoria, pour tout ce que vous m'avez appris, votre rigueur, vos bons conseils et votre bonne humeur.

Merci à mes amis, merci à chacun d'avoir participé à votre façon, de m'avoir divertie et encouragé lorsque c'était nécessaire.

Merci à ma famille de m'avoir toujours soutenue pendant ces longues années. Papy, je t'adresse un remerciement particulier, pour avoir toujours accepté de relire mes travaux.

Merci ceux ayant répondu à mon enquête, à ceux présents à cette soutenance et ceux ayant participé de près ou de loin à ma formation.

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>10</b>
<b>1 MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>18</b>
1.1 OBJECTIFS .....	18
1.2 LE RECUEIL DES DONNEES.....	18
1.2.1 <i>Le questionnaire</i> .....	18
1.2.2 <i>Recueil des données</i> .....	19
1.2.3 <i>L'analyse statistique des données</i> .....	20
<b>2 RESULTATS.....</b>	<b>22</b>
2.1 DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES REpondANTS .....	22
2.1.1 <i>Echantillon total</i> .....	22
2.1.2 <i>Médecins</i> .....	26
2.1.3 <i>Pharmaciens</i> .....	27
2.2 EXERCICE PLURIPROFESSIONNEL .....	29
2.2.1 <i>Les maisons de santé pluriprofessionnelles</i> .....	29
2.2.2 <i>Gestion et organisation des maisons de santé</i> .....	31
2.3 COMMUNICATION ET RELATIONS INTERPROFESSIONNELLES .....	35
<b>3 DISCUSSION .....</b>	<b>46</b>
3.1 DISCUSSION DE LA METHODE .....	46
3.1.1 <i>Biais de l'étude</i> .....	46
3.1.2 <i>Discussion de l'outil</i> .....	47
3.1.3 <i>Discussion des axes d'analyse</i> .....	48
3.2 DISCUSSION DES RESULTATS .....	48
3.2.1 <i>Discussion de l'échantillon</i> .....	48
3.2.2 <i>Communication et relations interprofessionnelles</i> .....	51
3.3 PERSPECTIVES .....	55
3.3.1 <i>Les enjeux de la coordination</i> .....	55
3.3.2 <i>Les niveaux de la coordination</i> .....	57
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>60</b>

## LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I : RESTRUCTURATION DU QUESTIONNAIRE POUR L'ANALYSE STATISTIQUE DES RESULTATS .....	21
TABLEAU II : REPARTITION DES SEXES DANS L'ECHANTILLON TOTAL .....	22
TABLEAU III : REPARTITION DES AGES DANS L'ECHANTILLON TOTAL .....	23
TABLEAU IV : REPARTITION DES TEMPS D'EXERCICE DE L'ECHANTILLON TOTAL.....	23
TABLEAU V : REPARTITION DE LA TAILLE DES VILLES D'EXERCICE DANS L'ECHANTILLON TOTAL.....	25
TABLEAU VI : REPARTITION DES SPECIALITES MEDICALE DANS L'ECHANTILLON DES MEDECINS .....	26
TABLEAU VII : REPARTITION DES TYPES D'EMPLOI DANS L'ECHANTILLON DES PHARMACIENS .....	27
TABLEAU VIII : EFFECTIFS DES MSP EN FONCTION DE LEUR ANNEE DE CREATION.....	29
TABLEAU IX : REPARTITION TERRITORIALE DES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES .....	29
TABLEAU X : NOMBRE DE PATIENTS DE MOINS DE 16 ANS DANS LA FILE ACTIVE DES MSP .....	30
TABLEAU XI : REPARTITION MOYENNE DES PROFESSIONNELS DE SANTE EN MAISON DE SANTE.....	31
TABLEAU XII : PRESENCE D'UNE SALLE DE REUNION EN FONCTION DU TYPE DE MAISON DE SANTE .....	31
TABLEAU XIII : FREQUENCE A LAQUELLE LES PROFESSIONNELS ECHANGENT DE MANIERE OUVERTE EN FONCTION DE LEUR MODE D'EXERCICE .....	36
TABLEAU XIV : FREQUENCE A LAQUELLE LE PHARMACIEN CONTACTE LE MEDECIN POUR LUI DEMANDER UNE PRECISION SUR SON ECRITURE EN FONCTION DE LEUR MODE D'EXERCICE .....	37
TABLEAU XV : LA COMMUNICATION ENTRE LE MEDECIN ET LE PHARMACIEN EST OUVERTE ET SINCERE EN FONCTION DU MODE D'EXERCICE .....	38
TABLEAU XVI : LE PROFESSIONNEL PARTENAIRE DISPENSE DES SOINS DE HAUTE QUALITE AUX PATIENTS EN FONCTION DU MODE D'EXERCICE .....	39
TABLEAU XVII : LE PROFESSIONNEL PARTENAIRE REpond AUX ATTENTES PROFESSIONNELLES EN FONCTION DU MODE D'EXERCICE.....	40
TABLEAU XVIII : IL EST POSSIBLE DE FAIRE CONFIANCE AUX DECISIONS PROFESSIONNELLES DU PROFESSIONNEL PARTENAIRE EN FONCTION DU MODE D'EXERCICE .....	41
TABLEAU XIX : : LES PROFESSIONNELS PARTENAIRES ONT UN RESPECT MUTUEL SUR LE PLAN PROFESSIONNEL EN FONCTION DU MODE D'EXERCICE.....	42
TABLEAU XX : LES PROFESSIONNELS PARTENAIRES ONT DES BUTS ET OBJECTIFS COMMUNS QUANT AUX SOINS DISPENSES AUX PATIENTS EN FONCTION DU MODE D'EXERCICE.....	43
TABLEAU XXI : LE ROLE DES PROFESSIONNELS PARTENAIRES DANS LES SOINS APPORTES AUX PATIENTS SONT CLAIRS EN FONCTION DU MODE D'EXERCICE .....	44
TABLEAU XXII : IL EST POSSIBLE DE FAIRE CONFIANCE EN L'EXPERTISE DU PROFESSIONNEL PARTENAIRE EN FONCTION DU MODE D'EXERCICE .....	45

## LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : REPARTITION DES AGES DANS L'ECHANTILLON TOTAL .....	22
FIGURE 2 : REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES REpondANTS .....	24
FIGURE 3 : REPARTITION DES PATIENTS PAR TYPE DE POPULATION .....	26
FIGURE 4 : REPARTITION DES MODES D'EXERCICE DANS L'ECHANTILLON DES MEDECINS .....	27
FIGURE 5 : REPARTITION DES TYPES DE PHARMACIES DANS L'ECHANTILLON DES PHARMACIENS .....	28
FIGURE 6 : REPARTITION DE LA REALISATION DES ENTRETIENS THERAPEUTIQUES DANS L'ECHANTILLON DES PHARMACIENS	28
FIGURE 7 : PRESENCE DES PROFESSIONNELS AUX CONSULTATIONS PLURIDISCIPLINAIRES .....	33
FIGURE 8 : FREQUENCE DES REUNIONS PLURIDISCIPLINAIRES .....	33
FIGURE 9 : FREQUENTATION DES REUNIONS PLURIDISCIPLINAIRES PAR LES PHARMACIENS .....	34
FIGURE 10 : ENVOI DU COMPTE-RENDU DES REUNIONS PLURIDISCIPLINAIRES .....	34
FIGURE 11 : FREQUENCE A LAQUELLE LES PROFESSIONNELS ECHANGENT DE MANIERE OUVERTE .....	35
FIGURE 12 : FREQUENCE A LAQUELLE LE PHARMACIEN CONTACTE LE MEDECIN POUR LUI DEMANDER UNE PRECISION SUR SON ECRITURE .....	36
FIGURE 13 : LA COMMUNICATION ENTRE LE MEDECIN ET LE PHARMACIEN EST OUVERTE ET SINCERE .....	37
FIGURE 14 : LE PROFESSIONNEL PARTENAIRE DISPENSE DES SOINS DE HAUTE QUALITE AUX PATIENTS .....	38
FIGURE 15 : LE PROFESSIONNEL PARTENAIRE REpond AUX ATTENTES PROFESSIONNELLES .....	39
FIGURE 16 : IL EST POSSIBLE DE FAIRE CONFIANCE AUX DECISIONS PROFESSIONNELLES DU PROFESSIONNEL PARTENAIRE ..	40
FIGURE 17 : LES PROFESSIONNELS PARTENAIRES ONT UN RESPECT MUTUEL SUR LE PLAN PROFESSIONNEL .....	41
FIGURE 18 : LES PROFESSIONNELS PARTENAIRES ONT DES BUTS ET OBJECTIFS COMMUNS QUANT AUX SOINS DISPENSES AUX PATIENTS .....	42
FIGURE 19 : LE ROLE DES PROFESSIONNELS PARTENAIRES DANS LES SOINS APPORTES AUX PATIENTS SONT CLAIRS .....	43
FIGURE 20 : IL EST POSSIBLE DE FAIRE CONFIANCE EN L'EXPERTISE DU PROFESSIONNEL PARTENAIRE .....	44
FIGURE 21 : FREQUENCE A LAQUELLE LE PHARMACIEN INFORME LE MEDECIN SUR LES NOUVEAUX PRODUITS ET SERVICES QU'IL FOURNIT.....	97
FIGURE 22 : FREQUENCE A LAQUELLE LE MEDECIN CONTACTE LE PHARMACIEN AFIN DE LUI DEMANDER UNE INFORMATION PRECISE SUR UN MEDICAMENT.....	98
FIGURE 23 : FREQUENCE A LAQUELLE LE PHARMACIEN CONTACTE LE MEDECIN POUR DISCUTER D'ADAPTATION DE POSOLOGIE .....	99
FIGURE 24 : FREQUENCE A LAQUELLE LE PHARMACIEN CONTACTE LE MEDECIN POUR RECOMMANDER UNE ALTERNATIVE THERAPEUTIQUE .....	99
FIGURE 25 : FREQUENCE A LAQUELLE LE MEDECIN MODIFIE LA THERAPIE MEDICAMENTEUSE DU PATIENT APRES UNE RECOMMANDATION DU PHARMACIEN .....	100
FIGURE 26 : FREQUENCE A LAQUELLE LE MEDECIN IMPLIQUE LE PHARMACIEN DANS DES DECISIONS RELATIVES A LA GESTION DU TRAITEMENT MEDICAMENTEUX .....	101
FIGURE 27 : LE PROFESSIONNEL PARTENAIRE EST OUVERT A L'IDEE DE COLLABORER SUR LA GESTION DU TRAITEMENT MEDICAMENTEUX.....	101
FIGURE 28 : LE PROFESSIONNEL PARTENAIRE A LE TEMPS DE DISCUTER DES QUESTIONS RELATIVES A LA THERAPIE MEDICAMENTEUSE DES PATIENTS .....	102
FIGURE 29 : LE PHARMACIEN A UN ROLE DANS LA SECURISATION DE LA THERAPIE MEDICAMENTEUSE.....	103
FIGURE 30 : FREQUENCE A LAQUELLE LE PROFESSIONNEL PARTENAIRE A DEMANDE UNE INFORMATION PRECISE SUR UN PATIENT .....	104
FIGURE 31 : FREQUENCE A LAQUELLE LE MEDECIN PARTAGE DES INFORMATIONS RELATIVES A UN PATIENT COMMUN AVEC LE PHARMACIEN .....	105
FIGURE 32 : LE PROFESSIONNEL PARTENAIRE REMEDIE ACTIVEMENT AUX PROBLEMES MEDICAUX DES PATIENTS.....	105

## **ABREVIATIONS OFFICIELLES**

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ACO : Accountable Care Organization

ARS : Agence Régionale de Santé

AVK : Anti-Vitamine K

CDS : Centre De Santé

CPTS : Communauté Pluriprofessionnelle Territoriale de Santé

CQ : Cercle de Qualité médecins-pharmaciens

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

ESP : Equipe de Soins Primaires

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

IPA : Infirmière en Pratique Avancée

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

ONDAM : Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PIB : Produit Intérieur Brut

PROSPERE : Partenariat pluridisciplinaire de Recherche sur l'Organisation des Soins de Premiers Recours

URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé

## INTRODUCTION

---

Depuis la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) du 21 juillet 2009, les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ont été promues par l'exécutif et de nombreux acteurs du système de santé. Elles ont fait l'objet d'une évaluation par l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) dans le cadre du Partenariat pluridisciplinaire de Recherche sur l'Organisation des Soins de Premiers Recours (PROSPERE) sur la période 2008-2012 (1). Au cœur de ces structures, les pharmaciens ont un rôle à jouer dans la réalisation du parcours de soins des patients. Pour ce faire, la coordination et la communication avec les médecins est nécessaire. C'est pourquoi cette étude vise à étudier l'impact du regroupement en exercice coordonné sur la collaboration entre les médecins et les pharmaciens d'officine. Pour mieux comprendre ce sujet, il nous faut développer le contexte et l'origine des modifications de notre système de santé et du développement des structures d'exercice coordonnées.

### ***Changements structureaux de la population***

Le système de santé français fait aujourd'hui face à de nombreux défis. Parmi eux, la transition démographique de la population décrite à l'origine par Alfred Landry dans son livre « *Révolution Démographique* » en 1934, conséquence d'une mortalité et d'une natalité en baisse dans les pays européens<sup>1</sup>. L'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) explique la baisse du taux de mortalité<sup>2</sup> par « l'amélioration de l'hygiène, de l'alimentation et de l'organisation des services de santé » (2). En ce qui concerne le taux de natalité<sup>3</sup> en France, il a diminué de 19,8 en 1950 à 11,1 en 2019 (3). Le constat est identique pour l'Europe, où ce même taux a chuté de 21,5 en 1950, à 10,2 aujourd'hui (3). Il s'explique

---

<sup>1</sup> « Si elle était [la mortalité], vers la fin du règne de Louis XV, à un taux de l'ordre de 33 pour mille [...] en 1913, elle n'est plus que de 17,7 [...] ». Alfred Landry. *Révolution démographique*. 1934.

<sup>2</sup> Nombre de décès rapporté à la population totale moyenne d'une année. Généralement exprimé pour 1000 personnes.

<sup>3</sup> Selon l'INSEE, le taux de natalité est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année

notamment par la généralisation de l'accès au moyen de contraception, l'émancipation professionnelle des femmes et plus en amont par la diminution du taux de mortalité infantile<sup>4</sup> (4) ne poussant plus les couples à avoir de grandes fratries. Toutefois, ces deux phénomènes n'ont pas été simultanés, il aura fallu plus de deux siècles en Europe pour que le taux de natalité équilibre le taux de mortalité, créant ainsi un excédent de naissance et multipliant par 4 la population européenne entre 1800 et 2005 (3). Cette augmentation de la population est à associer avec un accroissement de la durée de vie moyenne qui a évolué de 66,2 années en 1950 à 82,7 ans en 2019 en France (3), et d'un changement de la structure démographique. C'est-à-dire que la part des 60 ans ou plus a augmenté de 16,2% en 1950 à 25,1% en 2016 (5).

Les progrès de la médecine entraînent une « transformation des causes de décès, les maladies infectieuses disparaissent progressivement au profit des maladies chroniques et dégénératives et des accidents » (2). C'est ce qu'on appelle la « transition épidémiologique » ou encore « transition sanitaire » (2). Abdel Omran décrit ce phénomène en trois phases successives. Tout d'abord, un taux de mortalité élevé et fluctuant dû à des épidémies et des famines, ce qui empêche une augmentation générale de la population. Ensuite, une seconde phase où le taux de mortalité diminue ainsi que les pandémies et enfin, une situation qui correspondrait à notre société actuelle avec une majorité de maladies chroniques et un taux de natalité décisif pour l'augmentation de la population (6).

Pour résumer, la population française est en moyenne plus âgée et les maladies chroniques plus fréquentes, ce qui a des conséquences sur l'organisation du système de santé.

---

<sup>4</sup> Selon l'INSEE, le taux de mortalité infantile est le rapport entre le nombre d'enfants décédés à moins d'un an et l'ensemble des enfants nés vivants.

### *Les défis du système de santé*

Le système de soins français a été bâti pour répondre à des besoins aigus centrés sur la maladie. Ce système hospitalo-centré est structuré en silo. Par exemple, l'hôpital est organisé en services relatifs à un organe. De même, les professionnels de ville peuvent exercer de façon isolée. Cette organisation cloisonnée est mise en difficulté par le développement des maladies chroniques et des patients poly-pathologiques. Ce nouveau besoin appelle à une restructuration de notre système de santé vers la création d'un parcours de soin centré non plus sur une maladie mais bien sur le patient.

Cette inadéquation entre l'offre et la demande entraîne des tensions financières. En 2013, « l'ensemble de ces maladies [chroniques] représente [...] plus de 60 % de la dépense de soins financée par l'assurance-maladie » (7). A ce titre, le Président de la République Emmanuel Macron dans son discours sur la transformation du système de santé mentionne la « tension financière liée aux défis du vieillissement, du développement des pathologies chroniques, aux coûts des innovations thérapeutiques » (8). Toujours dans ce même discours il précise que « la France, [...] consacre aujourd'hui à ses dépenses de santé une part considérable de sa richesse nationale, à peu près 11,5% de son produit intérieur brut, ce qui nous situe au 3ème rang des pays de l'OCDE après les Etats-Unis et la Suisse et devant l'Allemagne, la Suède ou le Japon » (8). En effet, en 2019, l'ONDAM atteint 200,3 milliards d'euros (9), dont les deux plus gros postes de dépenses sont les soins de ville (91,5 milliards d'euros en 2019 contre 88,9 en 2018) et les établissements de santé (82,6 milliards d'euros en 2019 contre 80,7 en 2018) (10,11). La progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) possède un taux de 2,5% en 2019 (contre 2,3% en 2018), c'est le taux le plus élevé depuis 2011(10).

Cet investissement dans la santé peut démontrer la motivation et l'effort du gouvernement pour faire évoluer le système de santé français. Ce dernier étant effectivement construit sur une prise en charge aiguë des maladies, il entraîne un cloisonnement entre les acteurs et au

sein même de l'organisation des soins. Le souhait de s'orienter vers un parcours de soins coordonné se traduit par les cinq grands chantiers de la stratégie de transformation du système de santé, que sont la qualité et la pertinence, le financement et les rémunérations, le numérique en santé, les ressources humaines et l'organisation territoriale (12).

Ce dernier axe met en avant un dernier défi du système de santé, l'accès aux soins et notamment à la médecine de ville. Les inégalités territoriales d'accès aux soins sont un réel enjeu en France. En effet, la répartition géographique des professionnels de santé varie d'une région à l'autre. Par exemple, pour les médecins actifs en 2017, les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et Île-de-France ont respectivement, une densité médicale<sup>5</sup> de 406 et 398, faisant ainsi partie des régions les plus pourvues en médecins. Au contraire, la région Centre-Val de Loire possède une densité médicale de 265 (13). Pour aller plus loin, en 2017, « 8 % de la population réside dans une commune sous-dense en médecins généralistes, au sens d'une accessibilité inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant » (14). De plus sur la période 2012-2015 on note une sensible augmentation de la population en dessous de ce seuil (14). Ce manque de médecins notamment généralistes fragilise le premier recours et de plus en plus de français ont des difficultés à trouver un médecin traitant disponible (15). Cette difficulté d'accès aux soins géographiques est à associer avec des difficultés qui peuvent être d'ordre économique, culturel ou de disponibilité.

La problématique de l'accès aux soins est centrale pour l'évolution du système de santé et la création d'un réel lien ville-hôpital doit passer par une structuration de l'offre libérale avec des regroupements pluriprofessionnels pouvant accompagner au mieux le parcours de soins du patient de façon coordonnée et globale. Ce changement est porté par l'exécutif qui encourage le développement de l'exercice coordonné entre tous les professionnels de santé avec « à terme, l'objectif [...] que l'exercice isolé devienne une exception » (12).

---

<sup>5</sup> Selon l'INSEE, la densité médicale est le ratio qui rapporte les effectifs de médecins (omnipraticiens, spécialistes...) à la population d'un territoire donné. La densité médicale s'exprime en nombre de médecins (par exemple) pour 100 000 habitants.

### *Les différents regroupements d'exercice coordonné*

Pour sortir de ce mode d'exercice solitaire, de nombreux modes de regroupement en exercice coordonné existent. Premièrement on retrouve les réseaux de santé, inscrit dans la loi depuis 2002. Ce sont des regroupements de professionnels de santé à grande échelle dont l'objectif est de « favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires [...] tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins » (16). En 2011, le ministère des solidarités et de la santé « comptait 716 réseaux financés pour un montant de 167 millions d'euros par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins » (FIQCS) (17)

Dans un second temps, on retrouve les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) créées par la loi du 26 janvier 2016 (18), dont l'échelle est plus territoriale (19). Celles-ci ont pour objectif de répondre à un besoin identifié au sein d'une population mais aussi de « concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients dans un souci de continuité, de cohérence, de qualité et de sécurité des services de santé, par une meilleure coordination des acteurs qui la composent » (20). En 2018, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) recense 200 projets de CPTS (21). Egalement, ces communautés ont pour vocation d'être à l'initiative des professionnels eux-mêmes, mais dans le cas contraire l'agence régionale de santé (ARS) peut, en lien avec les unions régionales des professionnels de santé (URPS), susciter elle-même des initiatives (20). Les CPTS peuvent regrouper des équipes de soins primaires (ESP). Ces ESP sont composées d'au moins un médecin généraliste et ont « un mode d'organisation coordonnée autour de la patientèle, dans l'objectif d'améliorer le parcours de santé » (19). Les ESP peuvent prendre la forme de maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ou encore de centre de santé (CDS). La MSP « regroupe des professionnels de santé de premier recours, d'une même zone géographique, en vue d'un exercice coordonné et libéral » (19). Elles peuvent être mono ou multi-site en fonction du regroupement immobilier ou non des professionnels. La différence avec les CDS

est que les professionnels de santé y sont salariés. L'ensemble des actions menées par les MSP et les CDS est regroupé dans un « projet de santé », elles peuvent être d'ordre de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et d'actions sociales (22).

Finalement, le développement des différents regroupements d'exercice coordonné est corrélé aux défis du système de santé, avec dans un premier temps la création des réseaux de soins pour faire face à un système de santé cloisonné et hospitalo-centré. En second, la mise en place des MSP pour faire face au problème de démographie médicale et enfin la création d'un réel parcours coordonné du patient avec la formation des CPTS.

### *Les maisons de santé pluriprofessionnelles*

Comme annoncé en introduction, nous nous intéresserons, dans ce travail, plus particulièrement aux MSP et aux liens entre les médecins et les pharmaciens.

Source d'attractivité pour son territoire, la MSP permet de renforcer l'accessibilité aux soins grâce au parcours de santé coordonné (23). En effet, c'est aussi un lieu qui favorise l'évolution des pratiques professionnelles de par l'utilisation de « nouveaux outils pour la coordination des soins » (23) comme le secrétariat commun, le dossier patient partagé et les réunions de coordination. Le travail coordonné fait désormais partie des attentes des jeunes professionnels de santé (24). Ces objectifs de coordination des soins nécessitent une modernisation de modes de rémunération des professionnels libéraux. Par exemple, une expérimentation de nouveaux modes de rémunération (NMR) a été faite de 2008 à 2012 pilotée par le ministère et les ARS (25) à travers le projet PROSPERE<sup>6</sup> (26). Ces NMR viennent compléter le financement « à l'acte » par un financement forfaitaire. Ce dernier est conditionné à l'élaboration d'un projet de santé validé par l'ARS et au travail en équipe pluriprofessionnelle.

---

<sup>6</sup> L'objectif de ce projet est « à la fois la production de connaissances sur les différentes formes d'organisation des soins de premiers recours et à la constitution à terme des conditions d'élaboration collective et multidisciplinaire de connaissances sur le fonctionnement et la structuration du système de soins de premiers recours en France » (26).

### ***Relations médecins – pharmaciens***

Au sein de ces équipes pluriprofessionnelles, les pharmaciens et les médecins ont un lien fonctionnel fort, et interagissent de façon régulière l'un avec l'autre. Le vieillissement de la population ainsi que le développement des maladies chroniques font évoluer le système de santé et les pratiques de ce binôme. Le schéma thérapeutique s'est complexifié avec ces maladies causant une augmentation des poly-médications. Face à ce défi, les pharmaciens et les médecins se doivent de travailler ensemble en restant vigilants aux différents risques thérapeutiques.

Un exemple de ce travail commun est le débat ayant actuellement lieu sur la dispensation sous protocole de médicament soumis à prescription dans deux situations cliniques<sup>7</sup>. Ces protocoles ne seront praticables par le pharmacien que si l'officine est intégrée à une CPTS.

### ***Définitions coordination, collaboration, coopération***

Avant de présenter la méthodologie et les résultats, il est important de poser le cadre théorique de la coordination et de bien définir les termes associés. Elle peut être définie comme « une recherche de cohérence dans le travail accompli par un ensemble d'individus » (27). Ce terme large de sens nous permet d'imaginer différents degrés d'application à notre sujet. D'ailleurs, les termes de coordination, collaboration et coopération peuvent être utilisés comme des synonymes. Cependant des différences substantielles existent entre ces termes que nous allons maintenant développer. « Le travail coopératif est accompli par une division du travail dans laquelle chaque personne est responsable d'une partie de résolution d'un problème. La collaboration implique un engagement mutuel des participants dans un effort coordonné pour résoudre ensemble le problème. » (28) La collaboration est donc plus avancée que la coopération, dans le sens où elle comprend un but, une identité et un travail commun avec des responsabilités bien définies (29). Elle est également le terme le plus utilisé en MSP.

---

<sup>7</sup> La cystite et la douleur aigüe de la gorge chez l'adulte

Après avoir développé la transition démographique et épidémiologique qui oblige notre système de santé à une modification de son organisation, nous avons pu présenter l'importance de l'accessibilité aux soins qui devrait être améliorée par l'implantation de structures d'exercice coordonné. Les MSP sont bien représentatives de ce mouvement et sont le lieu d'interactions entre les professionnels de santé entre la coordination et la collaboration. Au cœur de ces structures, les pharmaciens et les médecins, comme les autres professionnels ont vu leur pratique évoluer. De ce fait, nous allons questionner ici les relations entre les pharmaciens et les médecins au sein des MSP.

# 1 MATERIEL ET METHODE

---

## 1.1 Objectifs

L'enjeu de cette enquête est d'étudier la collaboration interprofessionnelle entre médecins et pharmaciens d'officine en fonction du lieu et du contexte d'exercice professionnel.

L'objectif secondaire de cette étude est de faire un état des lieux des pratiques professionnelles en termes de coopération dans les maisons de santé pluriprofessionnelles.

## 1.2 Le recueil des données

### 1.2.1 Le questionnaire

Le recueil des données a été réalisé via un questionnaire auto-administré [ANNEXE 1]. Celui-ci a été construit spécifiquement à partir des traductions libres des deux outils internationaux : « *Pharmacist Frequency of Interprofessional Collaboration instrument (FICI-P)* » (30) dont l'objectif est de mesurer la fréquence de la collaboration entre le pharmacien et le médecin généraliste et « *Attitudes Towards Collaboration Instrument for Pharmacists (ATCI-P)* » (31) qui vise lui, à mesurer l'attitude des pharmaciens envers leur collaboration avec les médecins généralistes. Les questionnaires réciproques ont également été pris en compte et sont à destination des médecins généralistes *FICI-GP* et *ATCI-GP* (32,33).

Le questionnaire est composé de dix parties se succédant selon la technique de l'entonnoir<sup>8</sup>. En effet, la 1<sup>ère</sup> partie vise à recueillir des informations sur les critères d'inclusion et le consentement (partie A), les deux suivantes, les informations générales des répondants (partie B) ainsi que leur profession (partie C). Les 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> parties concernent les pharmaciens d'officine (partie D) et leur officine (partie E). De la même manière, la 6<sup>ème</sup> partie concerne les médecins (partie F). La 7<sup>ème</sup> partie se concentre sur l'appartenance des praticiens à une maison de santé ou un réseau de soins (partie G). Les échanges et relations

---

<sup>8</sup> Le questionnaire débute avec les questions les plus générales jusqu'aux questions les plus précises.

entre les médecins et les pharmaciens d'officine (partie H) sont évalués dans la partie 8, selon une échelle de fréquence et une échelle de Likert<sup>9</sup>. Enfin, les deux dernières parties concernent l'exercice en maison de santé (partie I) et la collaboration entre les professionnels y exerçant (partie J).

Au total, le questionnaire comporte 99 questions, leur apparition était conditionnée aux réponses précédemment enregistrées par les répondants. Cet outil a été pensé pour ne pas mobiliser plus de dix minutes les professionnels exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle et cinq minutes dans le cas contraire.

Le questionnaire a été relu et validé par un enquêteur supplémentaire mais n'a pas fait l'objet d'un pré-test ou d'une mise à l'essai préliminaire.

### **1.2.2 Recueil des données**

Le questionnaire a été diffusé suivant une méthode d'échantillonnage non probabiliste de volontaires. Ainsi, le questionnaire a été adressé par voie électronique pour des raisons de rapidité et de facilité géographique mais également dans le but d'anticiper le traitement informatique des données récoltées. Pour cela le questionnaire a préalablement été enregistré informatiquement dans le logiciel d'enquête statistique Lime Survey<sup>®</sup>.

Le questionnaire a ainsi été envoyé par courriel à un large panel via une *mailing list* de pharmaciens et une *mailing list* de médecins nationaux. Des relais syndicaux ont également été sollicités.

Le questionnaire est resté ouvert durant 25 jours entre le 12 octobre 2018 et le 5 novembre 2018 avec un unique rappel à J15. Le mois de septembre a été volontairement épargné, celui-ci étant généralement chargé pour les professionnels. Cette durée de 25 jours a été choisie pour laisser le temps aux répondants de s'organiser pour répondre à l'enquête tout en conservant les délais impartis pour ce travail.

---

<sup>9</sup> Echelle qui permet d'interroger les individus sur leur degré d'accord ou de désaccord vis-à-vis d'une affirmation.

La sélection de l'échantillon s'est faite grâce aux critères d'inclusion présents dès la première question du questionnaire. Ces critères d'inclusion étaient :

1. de parler français
2. d'être médecin ou pharmacien diplômé ou non thésé remplaçant.

Le fait de répondre « non » à l'un de ces critères d'inclusion exclue la participation à la suite de l'étude.

Toutes les réponses ont été enregistrées de manière anonyme et dans le respect des droits de retrait des participants. L'étude a fait l'objet d'une déclaration auprès du DPO<sup>10</sup> de l'Université Grenoble Alpes (UGA), conformément à la procédure interne à l'unité de formation et de recherche (UFR) de Pharmacie de Grenoble.

### **1.2.3 L'analyse statistique des données**

Afin d'étudier au mieux les données recueillies, le questionnaire a été réorganisé en trois axes d'analyse. Premièrement, l'analyse des caractéristiques sociodémographiques des répondants, pour l'ensemble de l'échantillon puis pour chaque profession (partie B à G). Le second axe est l'analyse des questions traitant des relations et échanges entre le médecin généraliste et le pharmacien d'officine (partie H). Enfin, le dernier axe est centré sur l'étude des professionnels exerçant en maison de santé et leurs pratiques collaboratives (partie I et J) (Tableau I).

Pour étudier cela, les 25 questions du 2<sup>ème</sup> axe d'analyse ont été regroupées en trois groupes. Le premier groupe porte sur les stratégies thérapeutiques et se compose de 10 questions. Le second groupe traite lui des patients et se compose de 3 questions. Enfin le dernier groupe est composé de 9 questions concernant la communication et les relations entre les professionnels. Les résultats des deux premiers groupes seront présentés, respectivement en

---

<sup>10</sup> Délégué à la protection des données

[ANNEXE 3] et [ANNEXE 4] alors que les résultats du 3<sup>ème</sup> groupe seront eux exposés dans la partie résultats.

Par conséquent, la partie Résultats suit un plan en trois parties :

1. description sociodémographique de l'échantillon
2. description des maisons de santé pluriprofessionnelles
3. communication et les relations des professionnels.

*Tableau I : Restructuration du questionnaire pour l'analyse statistique des résultats<sup>11</sup>*

Partie	Axe d'analyse	Thématiques	Questions <sup>12</sup>
A			
B	1	Données socio-démographiques	B1-5, C1-2, D1-4, E1-3, F1-3, G1-2
C			
D			
E			
F			
G			
H	2	Stratégies thérapeutiques	H2, H3, H6, H7, H8, H10, H12, H14, H22, H23
		Patients	H4, H9, H17
		Communication et relations professionnelles	H1, H5, H11, H13, H15, H16, H19, H20, H21
I	3	Exercice pluriprofessionnel	I1-16, J1-116
J			

Lors de la présentation des résultats nous utiliserons les nombres et les fréquences pour les variables qualitatives et les moyennes et les écart-types pour les variables quantitatives.

<sup>11</sup> Les cases grisées ne seront pas analysées

<sup>12</sup> Les questions H18, H24 et H25 ne seront pas traitées car elles n'ont pas d'équivalent du point de vue des médecins

## 2 RESULTATS

### 2.1 Données sociodémographiques des répondants

#### 2.1.1 Echantillon total

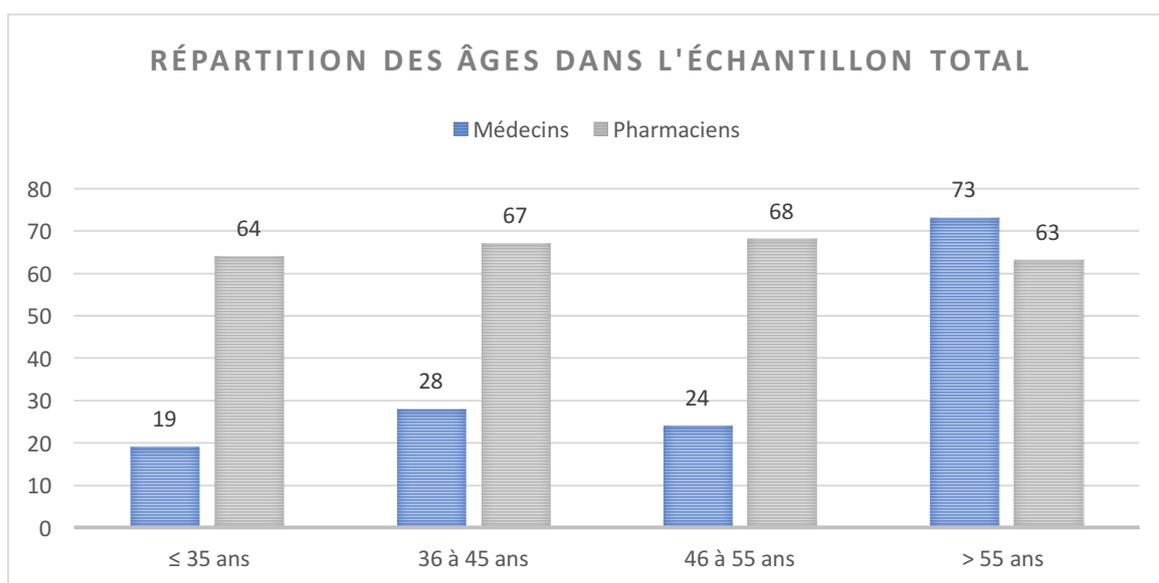
L'échantillon total se compose de 406 répondants, dont 144 médecins (35,5%) et 262 pharmaciens (64,5%).

Concernant le sexe des répondants, 47,29% (n = 192) sont des femmes et 52,71% (n = 214) sont des hommes (Tableau II).

*Tableau II : Répartition des sexes dans l'échantillon total*

Sexe	Médecins		Pharmaciens		Total Effectifs	Total Pourcentages
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages		
Féminin	53	36,81%	139	53,05%	192	47,29%
Masculin	91	63,19%	123	46,95%	214	52,71%
Total général	<b>144</b>	<b>100,00%</b>	<b>262</b>	<b>100,00%</b>	<b>406</b>	<b>100,00%</b>

L'âge moyen des professionnels de l'échantillon est de 47,6 ans ( $\pm 12,5$ ). L'âge moyen des médecins est de 48,8 ans ( $\pm 12,5$ ), alors que l'âge moyen des pharmaciens est de 47,6 ans ( $\pm 12,5$ ) (Tableau III).



*Figure 1 : Répartition des âges dans l'échantillon total*

*Tableau III : Répartition des âges dans l'échantillon total*

Age	Médecins		Pharmaciens		Total Effectifs	Total Pourcentages
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages		
≤ 35 ans	19	13,19%	64	24,43%	83	20,44%
36 à 45 ans	28	19,44%	67	25,57%	95	23,40%
46 à 55 ans	24	16,67%	68	25,95%	92	22,66%
> 55 ans	73	50,69%	63	24,05%	136	33,50%
Total général	<b>144</b>	<b>100,00%</b>	<b>262</b>	<b>100,00%</b>	<b>406</b>	<b>100,00%</b>

Le temps d'exercice moyen des médecins de notre échantillon est de 22,7 ans ( $\pm 12,9$ ) contre 17,7 ans ( $\pm 11,3$ ) pour les pharmaciens. On note également que les médecins de l'échantillon ont plus d'expérience, avec une majorité de professionnels ayant plus de 30 ans d'expérience, alors que pour les pharmaciens ce sont plutôt des jeunes professionnels dont la majorité ayant moins de 10 ans d'expérience (Tableau IV).

*Tableau IV : Répartition des temps d'exercice de l'échantillon total*

Temps d'exercice	Médecins		Pharmaciens		Total Effectifs	Total Pourcentages
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages		
< 10 ans	36	25,00%	86	32,82%	122	30,05%
11 à 20 ans	27	18,75%	71	27,10%	98	24,14%
21 à 30 ans	31	21,53%	63	24,05%	94	23,15%
> 30 ans	50	34,72%	42	16,03%	92	22,66%
Total général	<b>144</b>	<b>100,00%</b>	<b>262</b>	<b>100,00%</b>	<b>406</b>	<b>100,00%</b>

Le questionnaire a été diffusé au niveau national. Les 10 départements les plus représentés sont la Haute-Loire (n = 55), les Bouches-du-Rhône (n = 28), l'Indre-et-Loire (n = 19) et le Var (n = 19), la Gironde (n = 17) et l'Isère (n = 17), le Loiret (n = 13), les Alpes-Maritimes (n = 12), le Vaucluse (n = 10) et la Savoie avec (n = 9) (Figure 2).

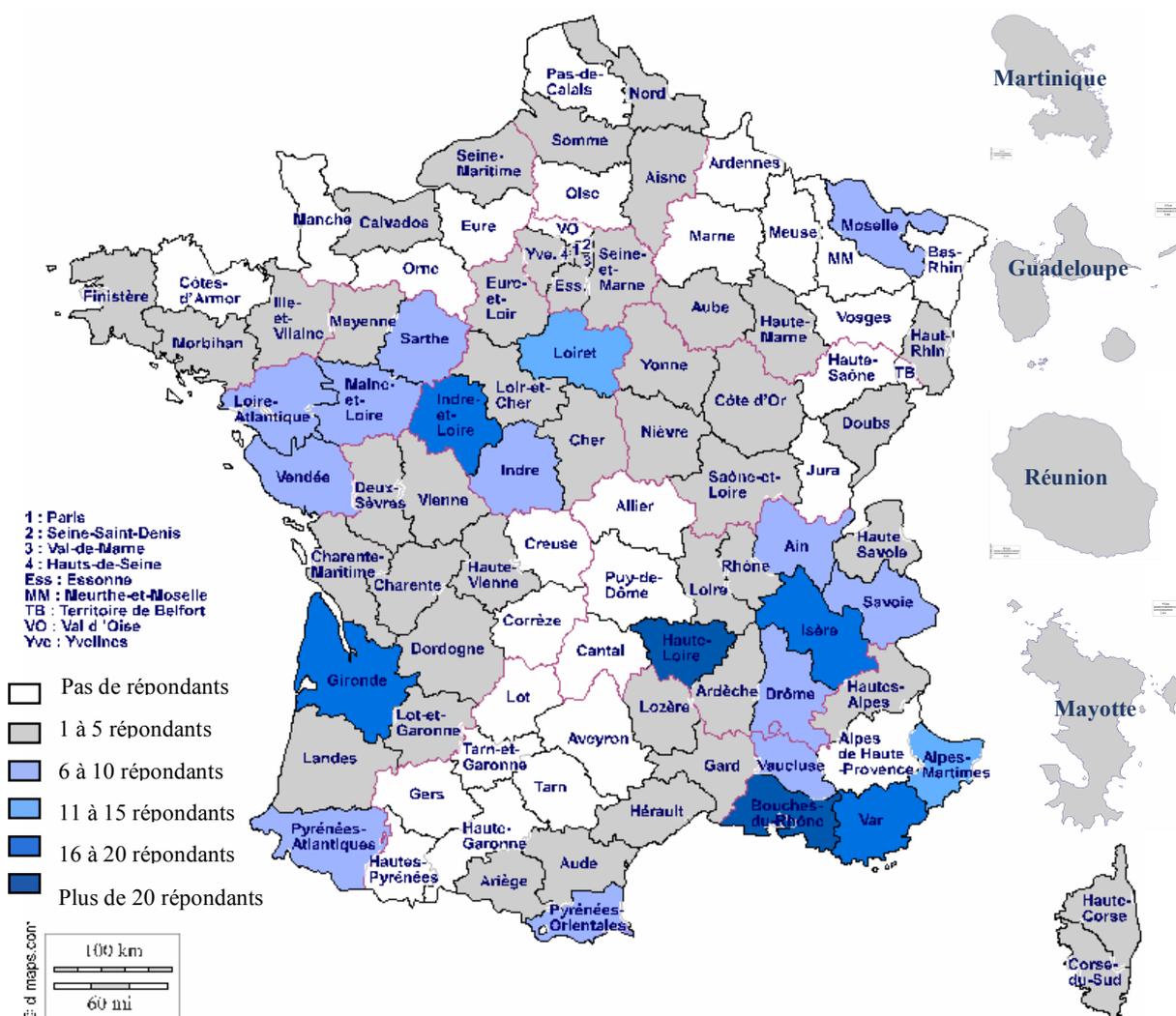


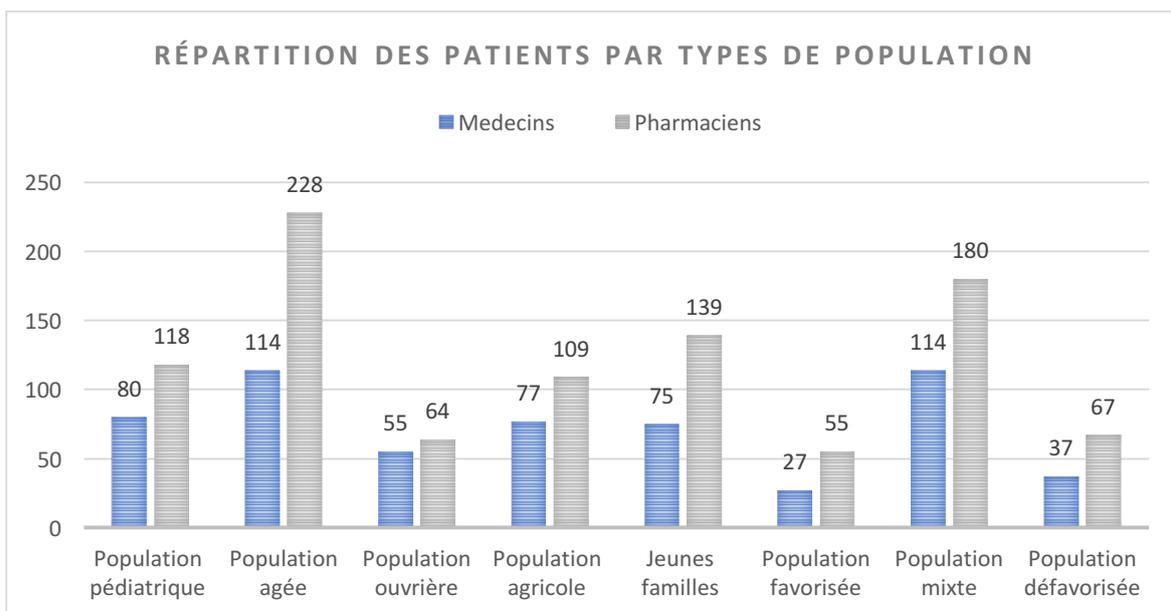
Figure 2 : Répartition géographique des répondants

En ce qui concerne la taille des villes où les répondants exercent, elles comportent moins de 5 000 habitants dans 19,46% des cas (n = 79) et représentent une commune rurale pour 16,75% (n = 68) (Tableau V).

*Tableau V : Répartition de la taille des villes d'exercice dans l'échantillon total*

Taille des villes d'exercices	Médecins		Pharmaciens		Total Effectifs	Total Pourcentages
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages		
Commune rurale	22	15,28%	46	17,56%	68	16,75%
< 5000 habitants	19	13,19%	60	22,90%	79	19,46%
5000 à 10 000 habitants	23	15,97%	34	12,98%	57	14,04%
10 000 à 20 000 habitants	18	12,50%	29	11,07%	47	11,58%
20 000 à 50 000 habitants	28	19,44%	28	10,69%	56	13,79%
50 000 à 100 000 habitants	9	6,25%	18	6,87%	27	6,65%
100 000 à 200 000 habitants	13	9,03%	20	7,63%	33	8,13%
200 000 à 2 000 000 habitants	10	6,94%	26	9,92%	36	8,87%
Paris	2	1,39%	1	0,38%	3	0,74%
<b>Total général</b>	<b>144</b>	<b>100,00%</b>	<b>262</b>	<b>100,00%</b>	<b>406</b>	<b>100,00%</b>

D'après les pharmaciens de l'échantillon, les 3 types de population les plus représentés sont la population âgée (n = 228) à 23,7%, la population mixte (n = 180) à 18,7% et les jeunes familles (n = 139) à 14,5%. Pour les médecins, il s'agit de la population âgée (n = 114) à 19,7% et de la population mixte (n = 114) à 19,7% également, puis de la population pédiatrique (n = 80) à 13,8% (Figure 3).



*Figure 3 : Répartition des patients par type de population*

### 2.1.2 Médecins

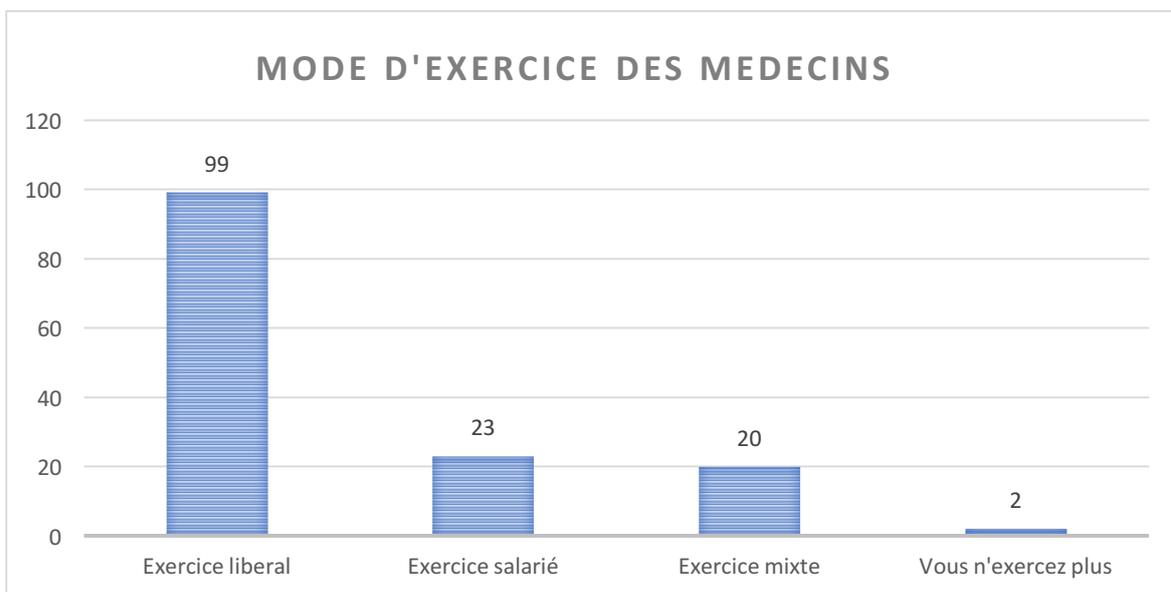
D'une part, la spécialité médicale de médecine générale est largement majoritaire dans l'échantillon de médecins ayant répondu au questionnaire. En effet, 65,9% (n = 95) des médecins sont des généralistes (Tableau VI).

*Tableau VI : Répartition des spécialités médicale dans l'échantillon des médecins*

Spécialités médicales	Effectifs	Pourcentages
Médecine générale	95	65,97%
Gastro-entérologie et hépatologie	5	3,47%
Psychiatrie	5	3,47%
Gynécologie obstétrique	4	2,78%
Endocrinologie et métabolisme	3	2,08%
Médecine d'urgence	3	2,08%
Anesthésie Réanimation	3	2,08%
Chirurgie	3	2,08%
Ophtalmologie	3	2,08%
ORL	3	2,08%
Autres <sup>13</sup>	17	11,81%
<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,00%</b>

<sup>13</sup> Cardiologie, dermatologie, gériatrie, rhumatologie, addictologie, allergologie, médecine du travail, médecine vasculaire, MPR, pédiatrie, radiologie et stomatologie.

D'autre part, les médecins ont un mode d'exercice majoritairement libéral (n = 144) (Figure 4).



*Figure 4 : Répartition des modes d'exercice dans l'échantillon des médecins*

### 2.1.3 Pharmaciens

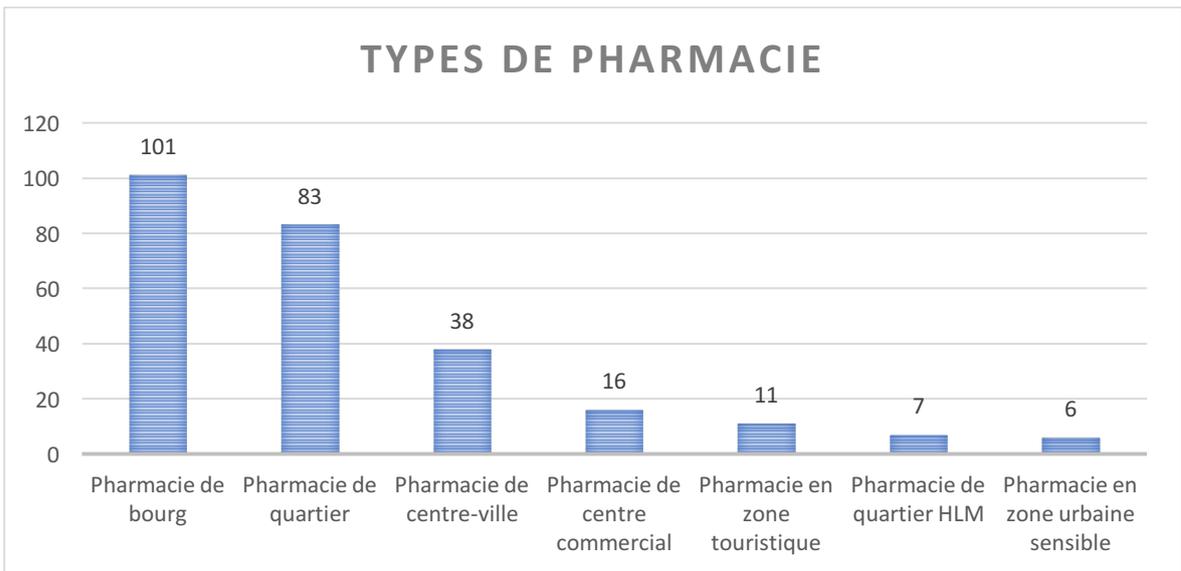
La majorité des pharmaciens sont des titulaires à plus de 80%, à l'inverse les pharmaciens intérimaires ne représentent que 3% de l'échantillon (Tableau VII).

*Tableau VII : Répartition des types d'emploi dans l'échantillon des pharmaciens*

Types d'emploi des pharmaciens	Effectifs	Pourcentages
Pharmacien titulaire	216	82,44%
Pharmacien adjoint	38	14,50%
Pharmacien intérimaire	8	3,05%
Total général	<b>262</b>	<b>100,00%</b>

Les pharmaciens exercent très majoritairement dans une seule pharmacie (n = 254, 96,9%). Seuls 5 pharmaciens exercent dans deux pharmacies, et 2 pharmaciens dans plus de 2 pharmacies.

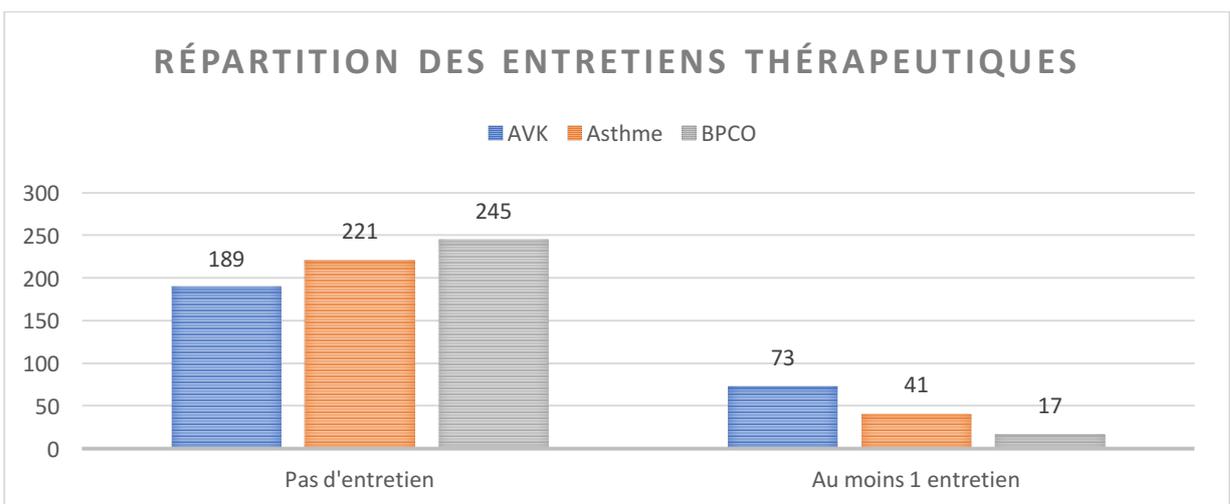
Les pharmaciens de l'échantillon exercent principalement dans des pharmacies de bourg (n = 101, 38,5%) et dans des pharmacies de quartier (n = 83, 31,7%) (Figure 5).



*Figure 5 : Répartition des types de pharmacies dans l'échantillon des pharmaciens*

Les équipes officinales représentées dans l'échantillon ont majoritairement le profil suivant, un pharmacien titulaire, un pharmacien adjoint et 2 préparateurs.

Concernant la pratique des entretiens pharmaceutiques, 27,9% (n = 73) des pharmaciens de l'échantillon ont réalisé au moins un entretien au sujet des anti-vitamines K (AVK) au cours des six derniers mois. Pour les entretiens concernant l'asthme c'est 15,7% (n = 41) des pharmaciens et pour la BPCO 6,5% (n = 17) des pharmaciens (Figure 6).



*Figure 6 : Répartition de la réalisation des entretiens thérapeutiques dans l'échantillon des pharmaciens*

## 2.2 Exercice pluriprofessionnel

Un total de 44 répondants sur 406 exerce en MSP (10,84%), dont 14 pharmaciens (5,3%) et 30 médecins (20,8%).

### 2.2.1 Les maisons de santé pluriprofessionnelles

Dans notre panel de répondants, la majorité des créations de maison de santé ont eu lieu entre les années 2014 et 2016 (Tableau VIII).

*Tableau VIII : Effectifs des MSP en fonction de leur année de création*

Année de création de la MSP	Effectifs	Pourcentages
Non interprétable	8	18,18%
2009	2	4,54%
2010	1	2,27%
2011	3	6,81%
2012	3	6,81%
2013	2	4,54%
2014	8	18,18%
2015	2	4,54%
2016	8	18,18%
2017	4	9,09%
2018	3	6,81%
Total général	<b>44</b>	<b>100,00%</b>

Pour ce qui a trait à la distribution territoriale des MSP de notre échantillon, 43,2% (n = 19) sont installées sur un territoire rural et 18,2% (n = 8) sur un territoire urbain (Tableau IX).

*Tableau IX : Répartition territoriale des maisons de santé pluriprofessionnelles*

Répartition territoriale des MSP	Effectifs	Pourcentages
Territoire rural	19	43,18%
Territoire rurban	12	27,27%
Territoire urbain	8	18,18%
Territoire rural profond	4	9,09%
Territoire touristique	1	2,27%
Total général	<b>44</b>	<b>100,00%</b>

En moyenne la file active des maisons de santé est de 3212 ( $\pm$  4039) patients âgés de plus de 16 ans. Dans ce sens, la moitié des maisons de santé du panel possède une file active comprise entre 1000 et 5000 patients (Tableau X).

*Tableau X : Nombre de patients de moins de 16 ans dans la file active des MSP*

File active	Effectifs	Pourcentages
0	5	11,36%
1	1	2,27%
5	1	2,27%
80	1	2,27%
200	5	11,36%
250	1	2,27%
300	2	4,55%
1000	1	2,27%
1600	1	2,27%
2000	2	4,55%
3000	3	6,82%
3200	2	4,55%
3500	3	6,82%
4000	6	13,64%
4200	1	2,27%
4500	3	6,82%
6400	1	2,27%
7000	2	4,55%
8000	1	2,27%
16793	1	2,27%
20000	1	2,27%
<b>Total général</b>	<b>44</b>	<b>100,00%</b>

## 2.2.2 Gestion et organisation des maisons de santé

La composition moyenne d'une équipe de MSP du panel est de 16,2 ( $\pm 10,4$ ) (Tableau XI).

*Tableau XI : Répartition moyenne des professionnels de santé en maison de santé*

Professions	Moyennes	Ecart-types
Médecin généraliste	4,8	$\pm 4,7$
Infirmier	4,7	$\pm 3,3$
Kinésithérapeute	1,6	$\pm 1,8$
Pharmacien	1,5	$\pm 2,0$
Médecin spécialiste	1,0	$\pm 4,5$
Orthophoniste	0,8	$\pm 1,1$
Pédicure podologue	0,7	$\pm 0,7$
Maïeuticien	0,4	$\pm 0,8$
Diététicien	0,4	$\pm 0,6$
Dentiste	0,4	$\pm 0,8$
Ergothérapeute	0,3	$\pm 0,5$
Orthoptiste	0,2	$\pm 0,7$
Opticien	0,1	$\pm 0,3$
Audioprothésiste	0	$\pm 0,2$
<b>Professionnel de santé</b>	<b>16,3</b>	<b><math>\pm 10,4</math></b>

Dans cet échantillon, 25 maisons de santé sont monosites et 19 sont multisites, dans chacun des cas une seule maison de santé ne possède pas de salle de réunion, soit moins de 5% (Tableau XII). Dans ces deux cas, c'est la salle de repos ou la salle communale qui fait office de salle de réunion.

*Tableau XII : Présence d'une salle de réunion en fonction du type de maison de santé*

Salle de réunion	Type de maison de santé				Total Effectifs	Total Pourcentages
	Monosite		Multisite			
	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages</i>		
Non	1	4,00%	1	5,26%	2	4,55%
Oui	24	96,00%	18	94,74%	42	95,45%
Total général	<b>25</b>	<b>100,00%</b>	<b>19</b>	<b>100,00%</b>	<b>44</b>	<b>100,00%</b>

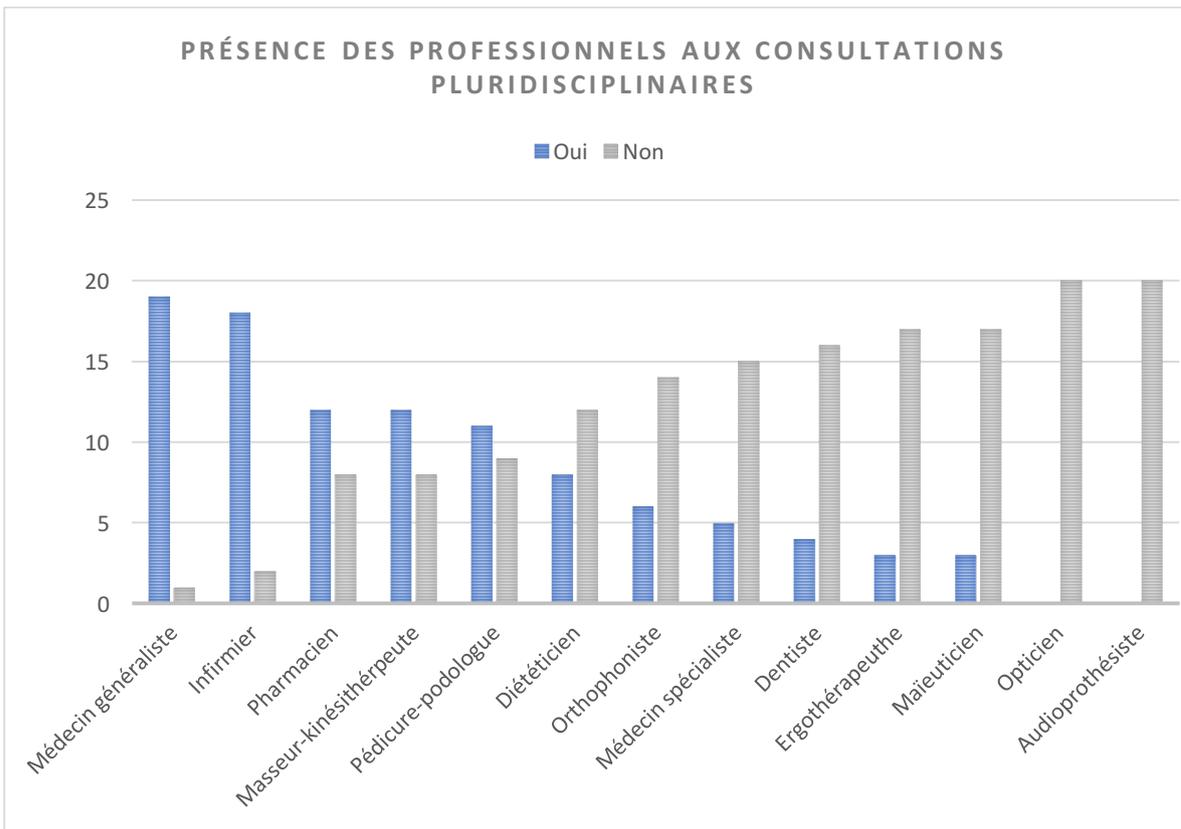
Les professionnels exerçant en MSP ont aussi été interrogés sur le mode de gestion de la structure. A cela, 27 professionnels ont répondu qu'une secrétaire était employée pour gérer l'organisation interne dans leur maison de santé et 21 pour un gestionnaire. Le cas échéant,

ce sont le bureau de l'association (5 réponses) ou les professionnels de santé (5 réponses) qui se chargent de cette gestion.

Sur les 30 médecins appartenant à une MSP, 6 (20,0%) déclarent avoir un pharmacien dans leur maison de santé. Sur les 20 maisons de santé identifiées et ayant un pharmacien (14 pharmaciens et 6 médecins), ce dernier est présent depuis la création de la MSP. Enfin, dans 11 maisons de santé sur 20 le pharmacien adjoint est impliqué dans les collaborations interprofessionnelles.

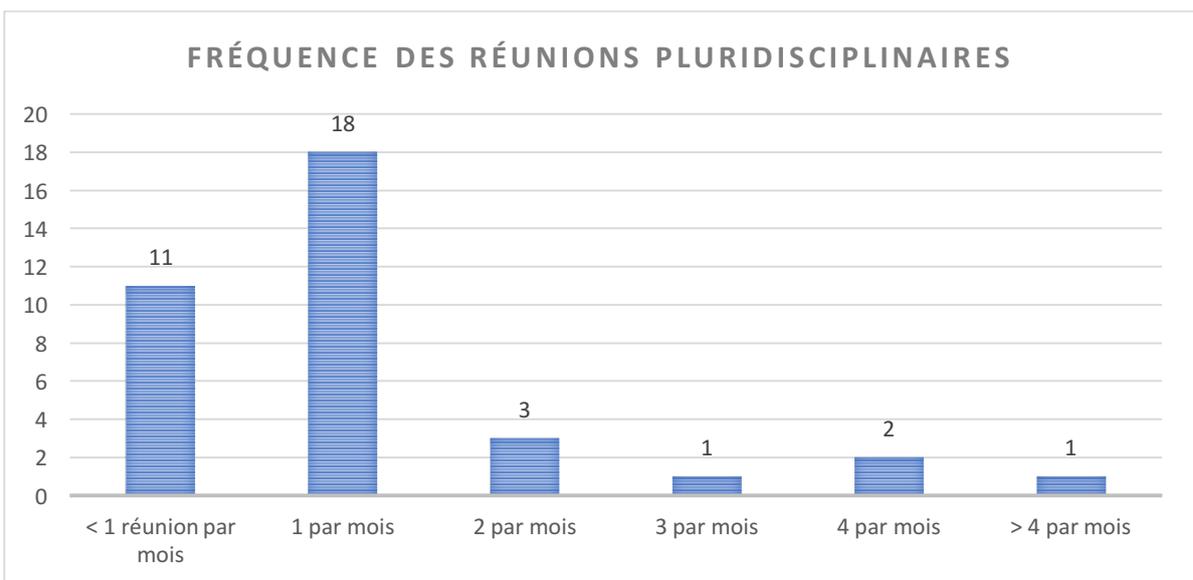
Parmi les 20 maisons de santé de l'échantillon ayant un pharmacien dans leur équipe, 7 sont organisées de manière à ce que celui-ci puisse avoir accès au dossier patient. Parmi eux, 5 y ont accès sans restriction et 2 sont soumis à des restrictions au niveau du dossier de soins paramédicaux et des informations relatives à la personne et ses habitudes de vie.

Dans l'échantillon de maisons de santé 45,45% (soit 20 MSP) réalisent des consultations pluridisciplinaires. Au sein de ces consultations, les professionnels les plus représentés sont les médecins généralistes, les infirmiers, les pharmaciens et les masseur-kinésithérapeutes (Figure 7).



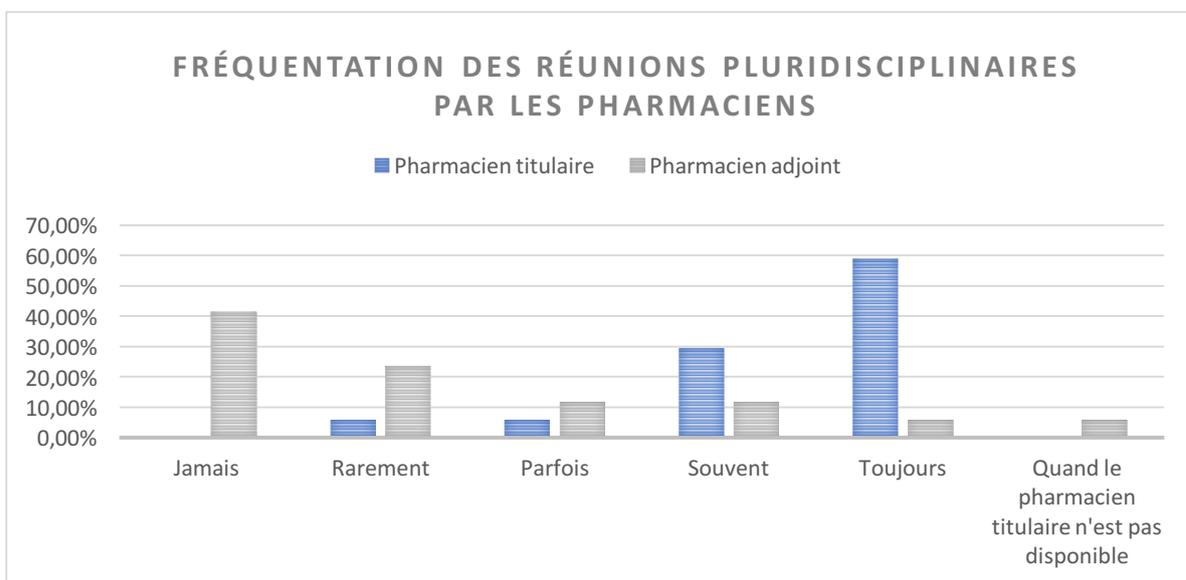
*Figure 7 : Présence des professionnels aux consultations pluridisciplinaires*

Un total de 36 MSP (81,8%) organisent des réunions pluridisciplinaires. Ces dernières ont alors lieu une fois par mois dans la moitié des cas (Figure 8).



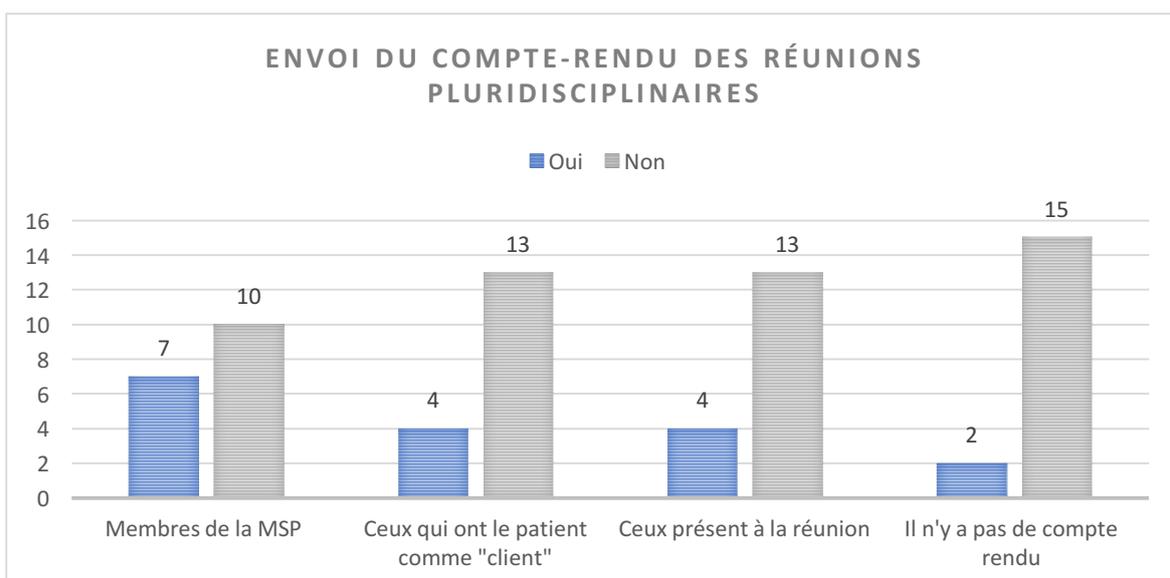
*Figure 8 : Fréquence des réunions pluridisciplinaires*

Concernant l'organisation de l'équipe officinale par rapport à ces réunions pluridisciplinaires, on note que le pharmacien titulaire se rend à toutes les réunions dans 58,8% (n = 10) des cas. Pour le pharmacien adjoint, 41,2% (n = 7) des répondants disent qu'il n'est « jamais » présent aux réunions pluridisciplinaires (Figure 9).



*Figure 9 : Fréquentation des réunions pluridisciplinaires par les pharmaciens*

Le compte rendu de réunions pluridisciplinaires est adressé à tous les membres de la maison de santé dans 7 cas sur 17 (41,2%) (Figure 10).

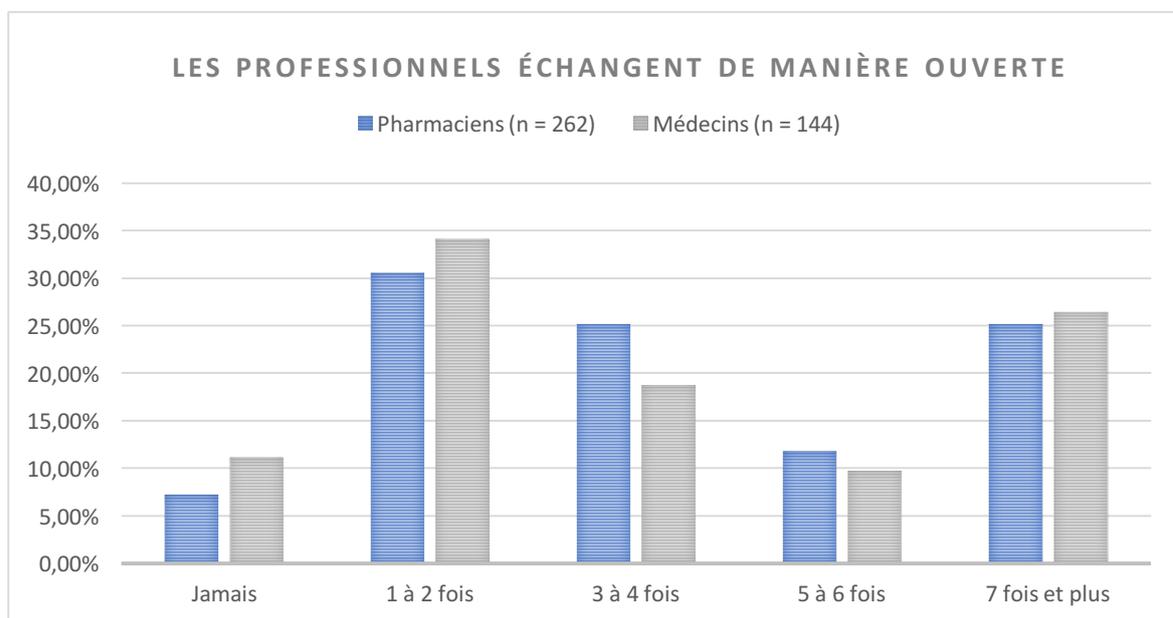


*Figure 10 : Envoi du compte-rendu des réunions pluridisciplinaires*

Parmi les 12 équipes officinales interrogées, 10 déclarent que des transmissions sont faites (83,3%), dont 6 (60%) ajoutent qu'elles le sont « toujours ». Ces transmissions prennent la forme d'une discussion orale dans 50% des cas, alors que c'est une note dans le dossier dans 20% des cas (2 cas sur 8).

### 2.3 Communication et relations interprofessionnelles

Premièrement, nous avons cherché à connaître la fréquence avec laquelle les deux professionnels ont échangé de manière ouverte, c'est-à-dire de façon spontanée, directe et sincère, au cours du dernier mois. A cette question on remarque que les professionnels sont plutôt partagés même au sein de leur spécialité. Par exemple, du point de vue des médecins, les fréquences « 1 à 2 fois » (34,1%, n = 49) et « 7 fois et plus » (26,4%, n = 38) sont majoritaires. Pour les pharmaciens la fréquence « 1 à 2 fois » (30,5%, n = 80) est en tête, suivie par « 3 à 4 fois » et « 7 fois et plus » qui se trouvent à égalité avec 25,2% (n = 66) (Figure 11).



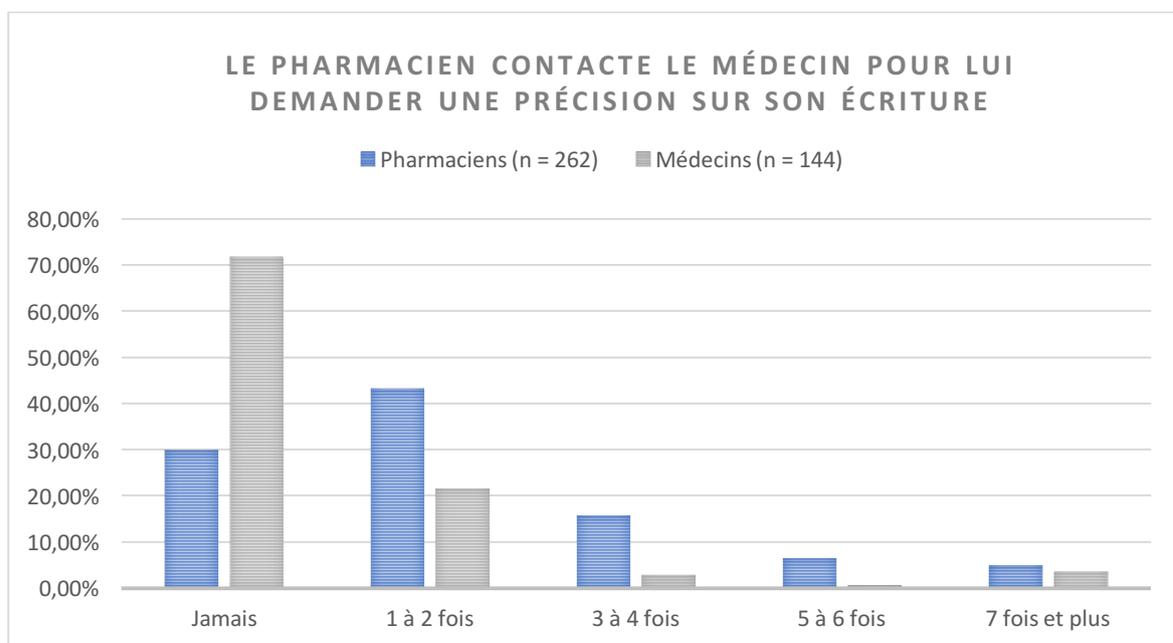
*Figure 11 : Fréquence à laquelle les professionnels échangent de manière ouverte*

On note également que les médecins exerçant en MSP ont répondu dans la majorité des cas les fréquences « 1 à 2 fois » et « 7 fois et plus ». Pour les pharmaciens exerçant en MSP c'est la moitié d'entre eux qui ont répondu « 7 fois et plus » (Tableau XIII).

*Tableau XIII : Fréquence à laquelle les professionnels échangent de manière ouverte en fonction de leur mode d'exercice*

Fréquence	Médecins		Pharmaciens	
	Hors MSP (n = 114)	En MSP (n = 30)	Hors MSP (n = 248)	En MSP (n = 14)
<b>Jamais</b>	14,04%	0,00%	7,66%	0,00%
<b>1 à 2 fois</b>	34,21%	33,33%	31,45%	14,29%
<b>3 à 4 fois</b>	16,67%	26,67%	25,40%	21,43%
<b>5 à 6 fois</b>	10,53%	6,67%	11,69%	14,29%
<b>7 fois et plus</b>	24,56%	33,33%	23,79%	50,00%
<b>Total</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Par la suite, nous avons interrogé la fréquence avec laquelle le pharmacien contacte le médecin pour lui demander une précision sur son écriture. Plus de 70% (n = 103) des médecins répondent que ce n'est jamais le cas. Pour 43,1% (n = 113) des pharmaciens cela est arrivé environ « 1 à 2 fois » au cours du dernier mois (Figure 12).



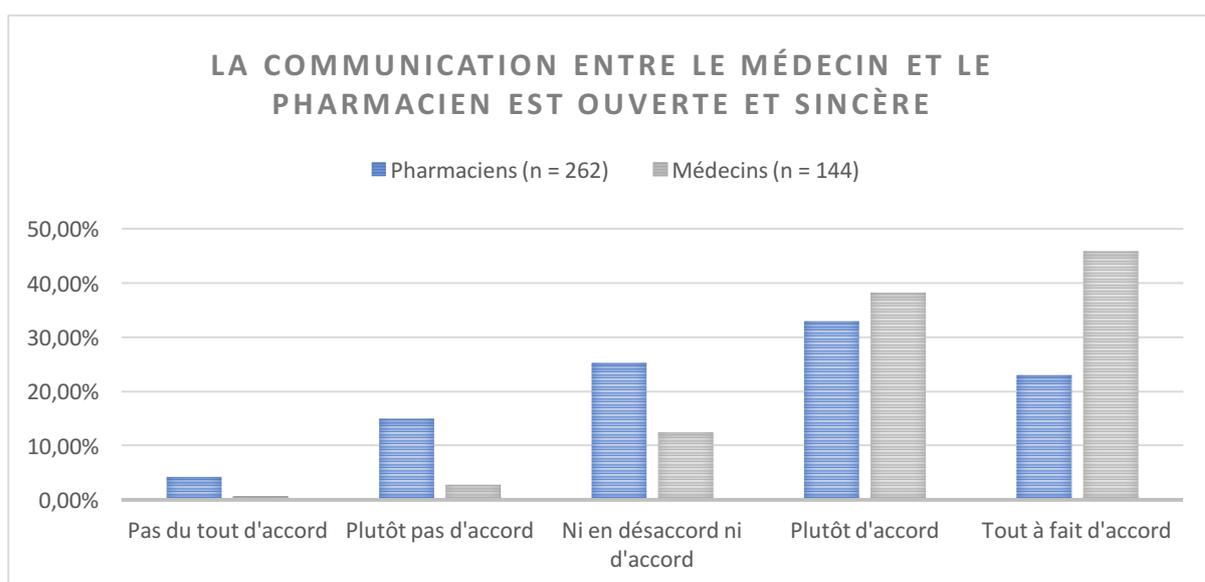
*Figure 12 : Fréquence à laquelle le pharmacien contacte le médecin pour lui demander une précision sur son écriture*

Concernant les professionnels exerçant en maison de santé, les avis sont très différents pour cette question. Plus de 73% des médecins répondent « jamais », de la même manière, la moitié des pharmaciens disent ne « jamais » avoir contacté le médecin pour lui demander une précision sur son écriture au cours du dernier mois (Tableau XIV).

*Tableau XIV : Fréquence à laquelle le pharmacien contacte le médecin pour lui demander une précision sur son écriture en fonction de leur mode d'exercice*

Fréquence	Médecins		Pharmaciens	
	Hors MSP (n = 114)	En MSP (n = 30)	Hors MSP (n = 248)	En MSP (n = 14)
<b>Jamais</b>	71,05%	73,33%	28,63%	50,00%
<b>1 à 2 fois</b>	21,93%	20,00%	43,95%	28,57%
<b>3 à 4 fois</b>	1,75%	6,67%	15,73%	14,29%
<b>5 à 6 fois</b>	0,88%	0,00%	6,85%	0,00%
<b>7 fois et plus</b>	4,39%	0,00%	4,84%	7,14%
<b>Total</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

A la suite de cela, nous avons recueilli l'avis des professionnels sur le fait que la communication entre eux était ouverte et sincère. Les médecins semblent « tout à fait d'accord » (45,8%, n = 66), les pharmaciens eux sont « plutôt d'accord » (32,8%, n = 86) (Figure 13).



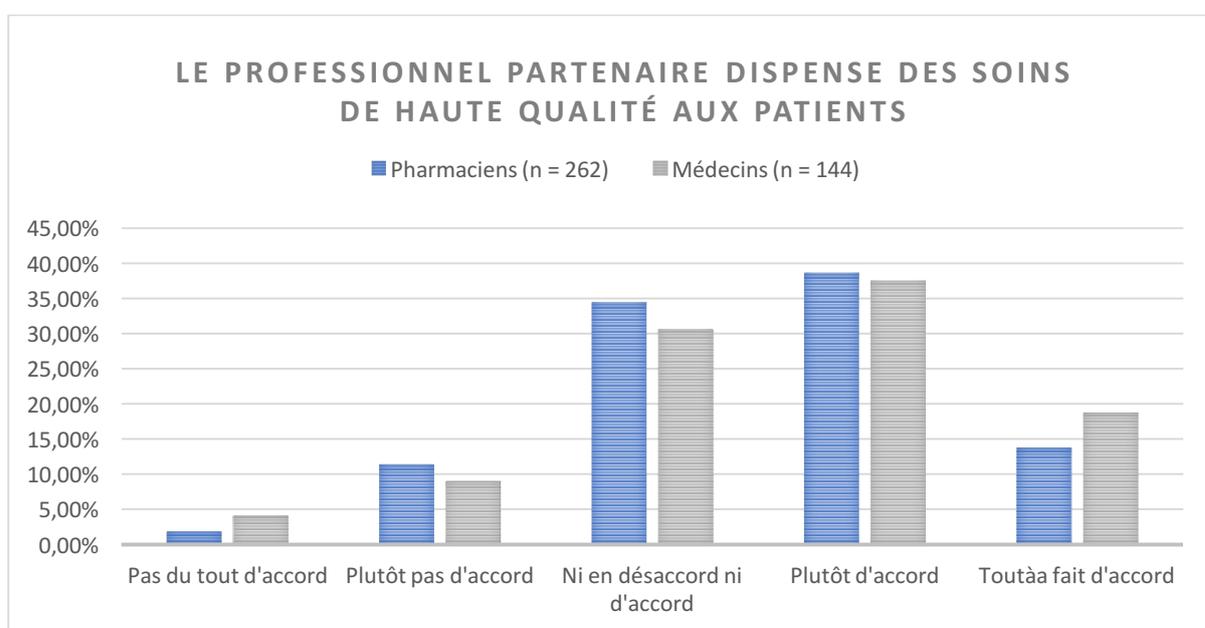
*Figure 13 : La communication entre le médecin et le pharmacien est ouverte et sincère*

Au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles, la majorité des pharmaciens sont « tout à fait d'accord » alors que les médecins sont partagés entre les réponses « plutôt d'accord » et « tout à fait d'accord » vis à vis de la communication interprofessionnelle (Tableau XV).

*Tableau XV : La communication entre le médecin et le pharmacien est ouverte et sincère en fonction du mode d'exercice*

Avis	Médecins		Pharmaciens	
	Hors MSP (n = 114)	En MSP (n = 30)	Hors MSP (n = 248)	En MSP (n = 14)
<b>Pas du tout d'accord</b>	0,88%	0,00%	4,44%	0,00%
<b>Plutôt pas d'accord</b>	2,63%	3,33%	15,32%	7,14%
<b>Ni en désaccord ni d'accord</b>	14,04%	6,67%	25,81%	14,29%
<b>Plutôt d'accord</b>	35,96%	46,67%	33,47%	21,43%
<b>Tout à fait d'accord</b>	46,49%	43,33%	20,97%	57,14%
<b>Total</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Le prochain résultat concerne le point de vue des médecins et des pharmaciens sur la qualité des soins dispensés aux patients par leur professionnel partenaire. On note que la majorité des pharmaciens (38,5%, n = 101) et des médecins (37,5%, n = 54) sont « plutôt d'accord » pour dire que ces soins sont de haute qualité (Figure 14).



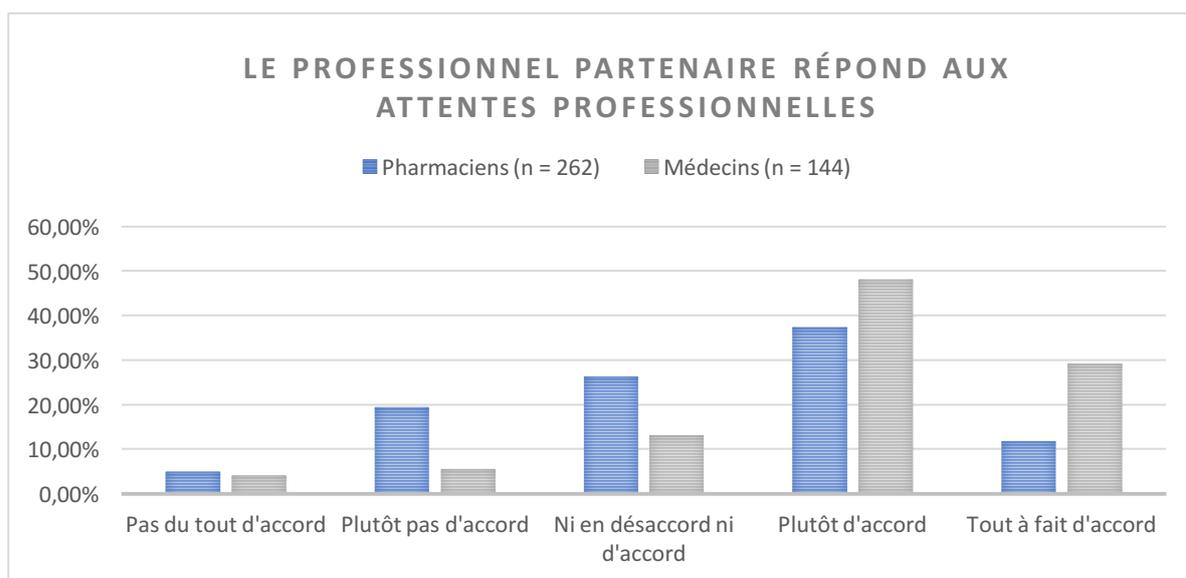
*Figure 14 : Le professionnel partenaire dispense des soins de haute qualité aux patients*

Les médecins exerçant en MSP sont en majorité « plutôt d'accord », de la même manière que l'ensemble de l'échantillon des médecins. Pour les pharmaciens exerçant en MSP l'avis est partagé entre les réponses « plutôt d'accord » et « tout à fait d'accord » (Tableau XVI).

*Tableau XVI : Le professionnel partenaire dispense des soins de haute qualité aux patients en fonction du mode d'exercice*

Avis	Médecins		Pharmaciens	
	Hors MSP (n = 114)	En MSP (n = 30)	Hors MSP (n = 248)	En MSP (n = 14)
<b>Pas du tout d'accord</b>	4,39%	3,33%	2,02%	0,00%
<b>Plutôt pas d'accord</b>	9,65%	6,67%	11,69%	7,14%
<b>Ni en désaccord ni d'accord</b>	31,58%	26,67%	35,48%	14,29%
<b>Plutôt d'accord</b>	36,84%	40,00%	38,71%	35,71%
<b>Tout à fait d'accord</b>	17,54%	23,33%	12,10%	42,86%
Total	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Attardons-nous maintenant aux attentes que les médecins et les pharmaciens ont à l'égard de leur professionnel partenaire. Ce dernier répond-t-il à ces attentes ? Les deux types de professionnels sont « plutôt d'accord » (47,9%, n = 69 pour les médecins et 37,4%, n = 98 pour les pharmaciens) pour dire que leur professionnel partenaire répond à leurs attentes professionnelles (Figure 15).



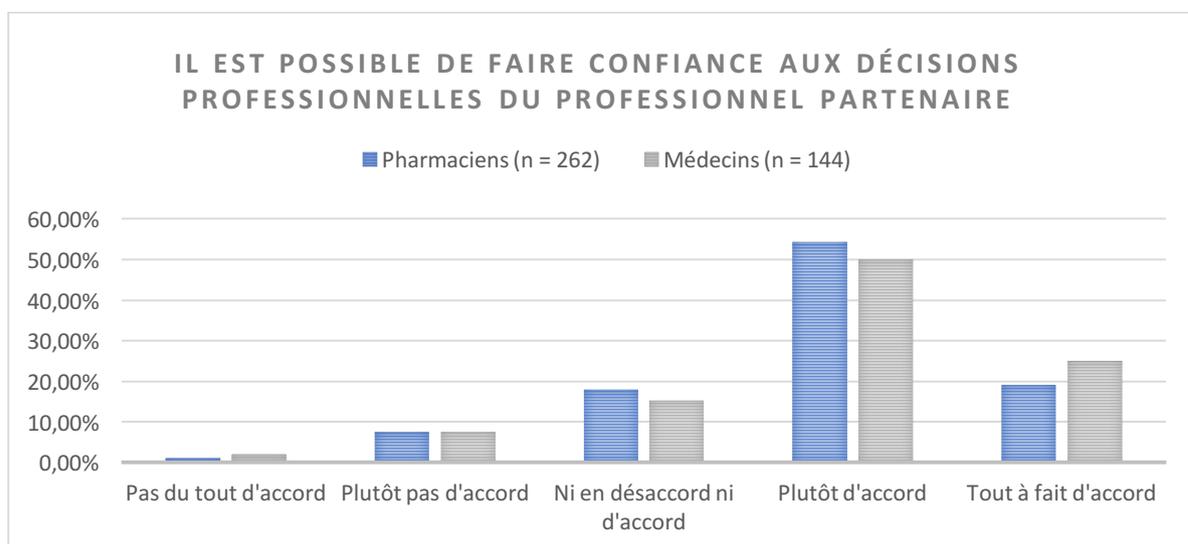
*Figure 15 : Le professionnel partenaire répond aux attentes professionnelles*

Pour les médecins et les pharmaciens exerçant en MSP, c'est la réponse « plutôt d'accord » qui est majoritaire, de la même manière que dans l'échantillon total (Tableau XVII).

*Tableau XVII : Le professionnel partenaire répond aux attentes professionnelles en fonction du mode d'exercice*

Avis	Médecins		Pharmaciens	
	Hors MSP (n = 114)	En MSP (n = 30)	Hors MSP (n = 248)	En MSP (n = 14)
<b>Pas du tout d'accord</b>	4,39%	3,33%	5,24%	0,00%
<b>Plutôt pas d'accord</b>	5,26%	6,67%	20,16%	7,14%
<b>Ni en désaccord ni d'accord</b>	13,16%	13,33%	27,42%	7,14%
<b>Plutôt d'accord</b>	50,00%	40,00%	36,29%	57,14%
<b>Tout à fait d'accord</b>	27,19%	36,67%	10,89%	28,57%
Total	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

La question suivante interroge l'avis du panel sur la confiance qu'ils peuvent accorder aux décisions professionnelles de leurs collègues. La majorité du panel est « plutôt d'accord » avec cette proposition (50%, n = 72 pour les médecins et 54,2%, n = 142 des pharmaciens) (Figure 16).



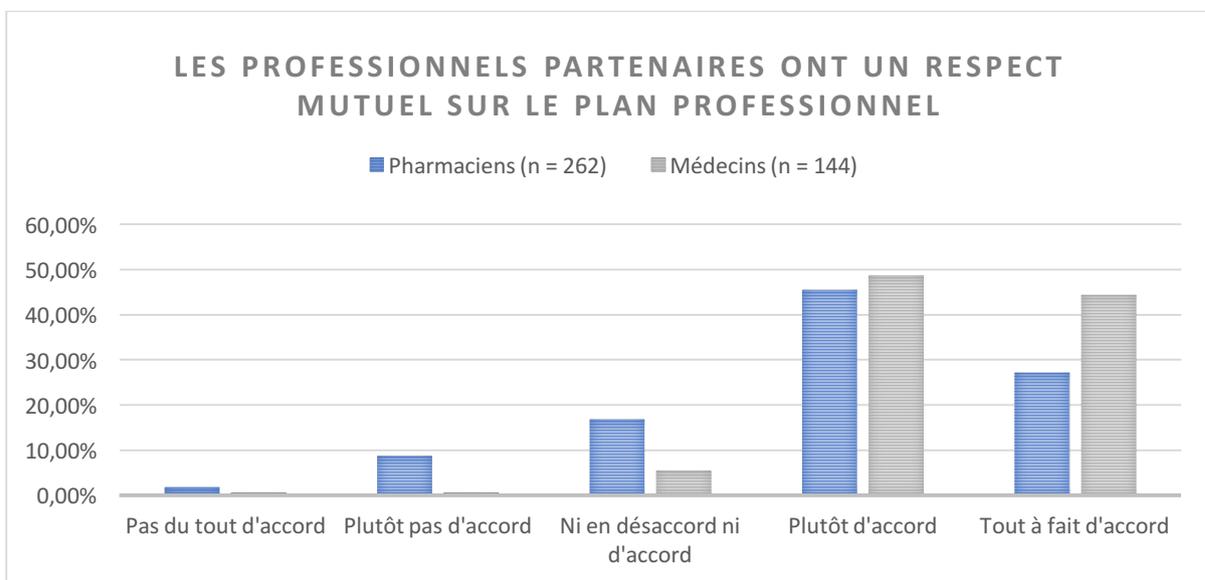
*Figure 16 : Il est possible de faire confiance aux décisions professionnelles du professionnel partenaire*

Dans les MSP, les pharmaciens sont principalement « tout à fait d'accord », alors que les médecins sont eux, « plutôt d'accord » avec cette proposition (Tableau XVIII).

*Tableau XVIII : Il est possible de faire confiance aux décisions professionnelles du professionnel partenaire en fonction du mode d'exercice*

Avis	Médecins		Pharmaciens	
	Hors MSP (n = 114)	En MSP (n = 30)	Hors MSP (n = 248)	En MSP (n = 14)
<b>Pas du tout d'accord</b>	2,63%	0,00%	1,21%	0,00%
<b>Plutôt pas d'accord</b>	6,14%	13,33%	8,06%	0,00%
<b>Ni en désaccord ni d'accord</b>	15,79%	13,33%	18,15%	14,29%
<b>Plutôt d'accord</b>	50,88%	46,67%	56,05%	21,43%
<b>Tout à fait d'accord</b>	24,56%	26,67%	16,53%	64,29%
Total	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Toujours au sujet des relations entre les professionnels, la question suivante interroge le respect mutuel que les médecins et les pharmaciens ont entre eux sur le plan professionnel. Encore une fois, les pharmaciens et les médecins sont « plutôt d'accord » respectivement à 45,4% (n = 119) et 48,6% (n = 70) (Figure 17).



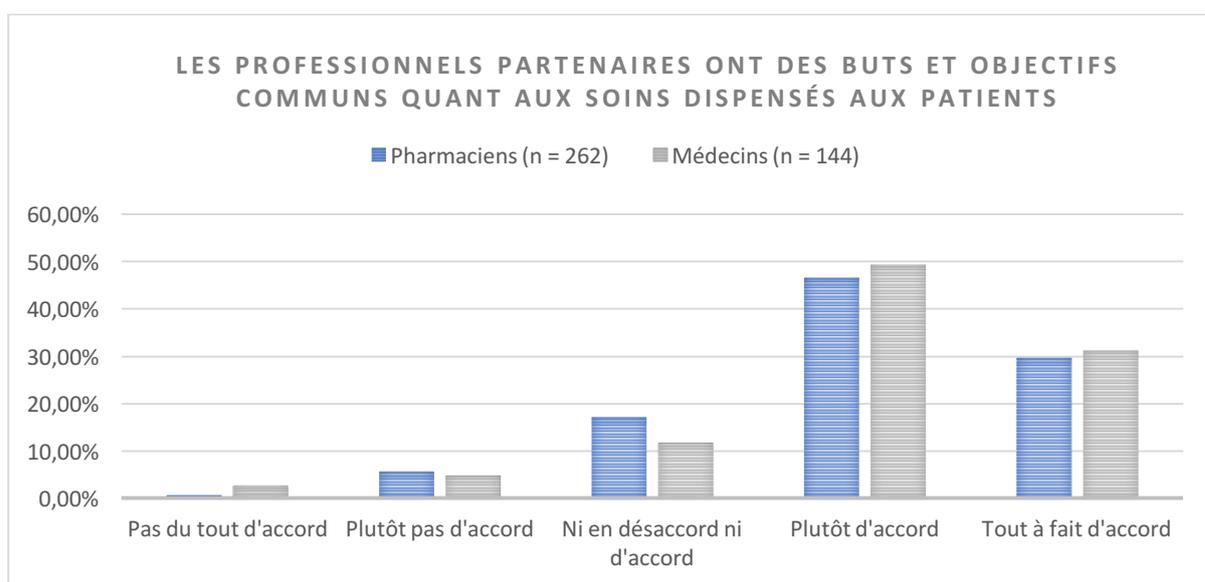
*Figure 17 : Les professionnels partenaires ont un respect mutuel sur le plan professionnel*

Au sein des deux professions exerçant en MSP, plus de la moitié des réponses concernent la proposition « tout à fait d'accord » (Tableau XIX).

*Tableau XIX : Les professionnels partenaires ont un respect mutuel sur le plan professionnel en fonction du mode d'exercice*

Avis	Médecins		Pharmaciens	
	Hors MSP (n = 114)	En MSP (n = 30)	Hors MSP (n = 248)	En MSP (n = 14)
<b>Pas du tout d'accord</b>	0,88%	0,00%	4,44%	7,14%
<b>Plutôt pas d'accord</b>	0,88%	0,00%	12,10%	0,00%
<b>Ni en désaccord ni d'accord</b>	7,02%	0,00%	31,85%	21,43%
<b>Plutôt d'accord</b>	49,12%	46,67%	39,52%	21,43%
<b>Tout à fait d'accord</b>	42,11%	53,33%	12,10%	50,00%
Total	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Le prochain résultat vise à savoir si les professionnels partenaires partagent des buts et des objectifs communs quant aux soins apportés aux patients, et dans quelle mesure. Les pharmaciens (46,6%, n = 122) et les médecins (49,3%, n = 71) sont « plutôt d'accord » avec cette affirmation (Figure 18).



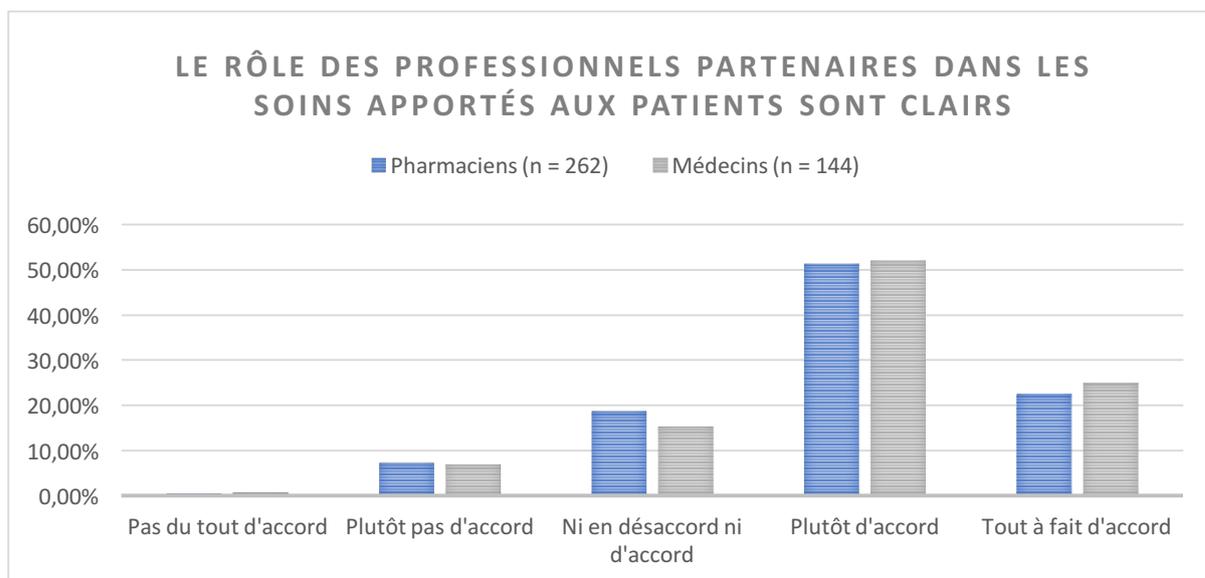
*Figure 18 : Les professionnels partenaires ont des buts et objectifs communs quant aux soins dispensés aux patients*

De la même manière que dans l'échantillon général, les médecins exerçant en MSP sont « plutôt d'accord ». Les pharmaciens eux, sont à 50% (n = 7) « tout à fait d'accord » avec le fait que des buts et des objectifs communs sont présents (Tableau XX).

*Tableau XX : Les professionnels partenaires ont des buts et objectifs communs quant aux soins dispensés aux patients en fonction du mode d'exercice*

Avis	Médecins		Pharmaciens	
	Hors MSP (n = 114)	En MSP (n = 30)	Hors MSP (n = 248)	En MSP (n = 14)
<b>Pas du tout d'accord</b>	2,63%	3,33%	0,81%	0,00%
<b>Plutôt pas d'accord</b>	4,39%	6,67%	5,65%	7,14%
<b>Ni en désaccord ni d'accord</b>	9,65%	20,00%	17,74%	7,14%
<b>Plutôt d'accord</b>	51,75%	40,00%	47,18%	35,71%
<b>Tout à fait d'accord</b>	31,58%	30,00%	28,63%	50,00%
<b>Total</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Le point suivant aborde le rôle de chacun des professionnels dans les soins apportés aux patients. On observe que dans les deux cas, plus de 50% (n = 75 pour les médecins et n = 134 pour les pharmaciens) des répondants sont « plutôt d'accord » avec le fait que les rôles sont clairement définis (Figure 19).



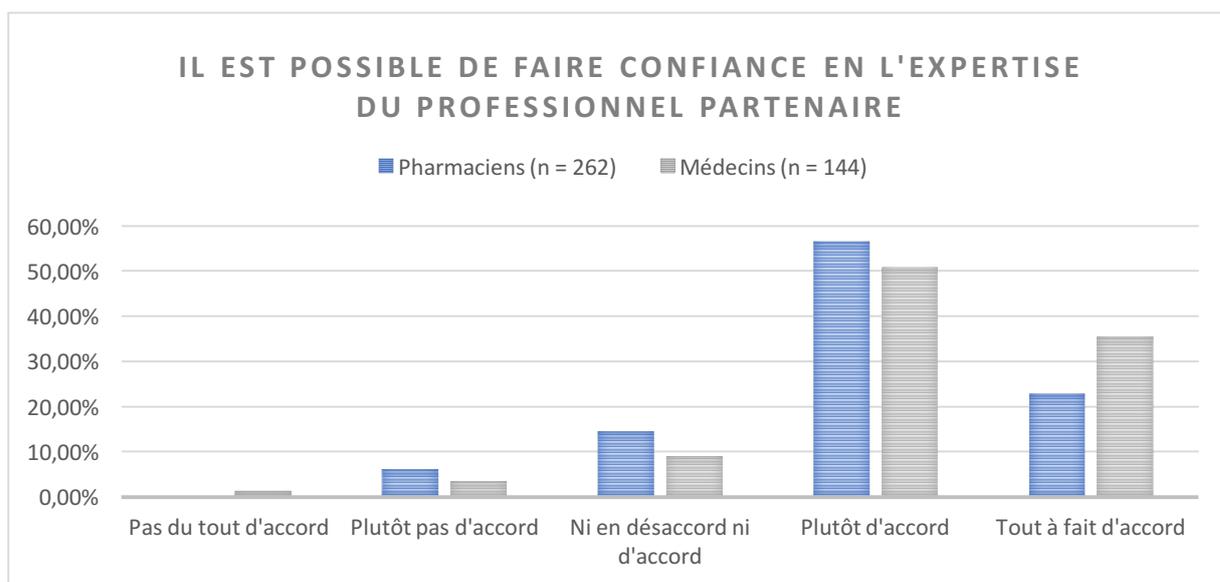
*Figure 19 : Le rôle des professionnels partenaires dans les soins apportés aux patients sont clairs*

Au sein des MSP, les médecins, sont « plutôt d'accord », de la même façon que dans l'échantillon total. En revanche, le point de vue des pharmaciens est partagé entre les réponses « plutôt d'accord » et « tout à fait d'accord » avec 50% des répondants pour chacune des propositions (Tableau XXI).

*Tableau XXI : Le rôle des professionnels partenaires dans les soins apportés aux patients sont clairs en fonction du mode d'exercice*

Avis	Médecins		Pharmaciens	
	Hors MSP (n = 114)	En MSP (n = 30)	Hors MSP (n = 248)	En MSP (n = 14)
<b>Pas du tout d'accord</b>	0,88%	0,00%	0,40%	0,00%
<b>Plutôt pas d'accord</b>	6,14%	10,00%	7,66%	0,00%
<b>Ni en désaccord ni d'accord</b>	16,67%	10,00%	19,76%	0,00%
<b>Plutôt d'accord</b>	50,88%	56,67%	51,21%	50,00%
<b>Tout à fait d'accord</b>	25,44%	23,33%	20,97%	50,00%
Total	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Enfin la dernière question de cet axe de l'enquête a pour objectif de recueillir l'avis des professionnels sur la confiance qu'ils portent sur l'expertise du médecin ou pharmacien partenaire. A ce sujet les deux corps de métier semblent « plutôt d'accord ». En effet 56,5% (n = 148) des pharmaciens et 50,7% (n = 73) des médecins ont choisi cette option (Figure 20).



*Figure 20 : Il est possible de faire confiance en l'expertise du professionnel partenaire*

En MSP, les médecins et les pharmaciens sont « tout à fait d'accord » avec le fait qu'il est possible de faire confiance en l'expertise du professionnel partenaire (Tableau XXII).

*Tableau XXII : Il est possible de faire confiance en l'expertise du professionnel partenaire en fonction du mode d'exercice*

Avis	Médecins		Pharmaciens	
	Hors MSP (n = 114)	En MSP (n = 30)	Hors MSP (n = 248)	En MSP (n = 14)
<b>Pas du tout d'accord</b>	1,75%	0,00%	0,00%	0,00%
<b>Plutôt pas d'accord</b>	3,51%	3,33%	6,05%	7,14%
<b>Ni en désaccord ni d'accord</b>	8,77%	10,00%	14,92%	7,14%
<b>Plutôt d'accord</b>	50,88%	50,00%	57,66%	35,71%
<b>Tout à fait d'accord</b>	35,09%	36,67%	21,37%	50,00%
<b>Total</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

## **3 DISCUSSION**

---

Nous cherchons à étudier l'impact de l'exercice coordonné sur le type et la fréquence des échanges professionnels entre les médecins et les pharmaciens d'officine ayant une patientèle commune. À l'heure actuelle, nous n'avons pas connaissance de précédents travaux étudiant cette relation entre les médecins et les pharmaciens exerçant au sein d'une même MSP.

Pour rappel, sur les 406 professionnels ayant répondu à l'enquête 44 exercent en MSP. Ce sont 14 pharmaciens (5,3%) et 30 médecins (20,8%). Dans l'ensemble, les médecins et les pharmaciens exerçant en MSP ont la perception d'échanger plus régulièrement, de manière plus ouverte avec le professionnel partenaire. Ils ont également un point de vue plus favorable concernant les soins, les décisions et les attentes professionnelles du partenaire. D'après les pharmaciens exerçant en MSP, le rôle de chacun, les buts et les objectifs communs semblent mieux définis au sein des MSP, au même titre que la confiance mutuelle. Toutefois, cet avis est plus modéré du point de vue des médecins exerçant en MSP.

### **3.1 Discussion de la méthode**

#### **3.1.1 Biais de l'étude**

L'outil méthodologique de cette enquête est un questionnaire auto-administré. Bien qu'utilisé dans de nombreuses études du fait de son faible coût et de la rapidité avec laquelle les résultats sont obtenus, plusieurs limites et biais peuvent lui être attribués.

La 1<sup>ère</sup> catégorie sont les biais liés aux questions. En effet, la formulation des questions, c'est-à-dire leur longueur, les termes employés qui peuvent être trop techniques ou au contraire trop familiers ou encore un énoncé trop vague peut influencer la ou les réponses du panel. Également, la structure du questionnaire peut aussi influencer le répondant. Par exemple, l'effet de halo est présent lorsque plusieurs questions ayant la même échelle de

réponse se suivent alors le répondant aura tendance à donner toujours la même réponse. Un test préliminaire pourrait permettre de révéler ces biais.

La 2<sup>nd</sup>e catégorie de biais est liée aux répondants eux-mêmes. Tout d'abord, l'interprétation et la compréhension du répondant vont évidemment influencer les réponses émises, d'où l'intérêt d'émettre des questions claires avec un vocabulaire adapté. Ensuite, les biais de mémorisation, de franchise et de valorisation peuvent également impacter les réponses. Enfin, le biais d'acquiescement peut aussi interférer dans les données. Il s'agit du répondant qui aura tendance à être par défaut d'accord avec la proposition.

La 3<sup>ème</sup> et dernière catégorie concerne plus globalement cet outil qu'est le questionnaire. D'une part ce type d'enquête n'est pas accessible à tous, il nécessite un équipement particulier ainsi que des facultés visuelles et de lectures. Finalement, ce type d'enquête présente plusieurs biais qui impactent les résultats.

### **3.1.2 Discussion de l'outil**

D'une part, le questionnaire de cette enquête est constitué d'une première partie de questions créée spécifiquement pour ce travail et la seconde partie a été traduite de questionnaires internationaux. Ces questions ont été pensées pour être adressées à des médecins et des pharmaciens en activité.

D'autres part, nous avons intégré dans notre enquête des questionnaires internationaux portant sur la fréquence de communication entre les médecins et les pharmaciens. Ces questionnaires ont été élaborés selon une méthodologie scientifique et validés par des pré-tests. Cependant, la traduction utilisée dans cette étude n'a pas fait l'objet d'un consensus scientifique.

### **3.1.3 Discussion des axes d'analyse**

Les axes d'analyses choisis pour ce travail peuvent également être discutés. Ici les données ont été analysées en fonction des thématiques.

Tout d'abord, l'axe des données socio-démographiques permet de décrire et de comprendre le profil de la population ayant répondu à l'enquête. Un autre but de ces données est de pouvoir comparer notre population à la moyenne nationale.

Ensuite, plusieurs thématiques ont été choisies comme axe d'analyse comme les stratégies thérapeutiques ou encore les patients. Ces thématiques sont au cœur de la pratique des médecins et des pharmaciens, elles font l'objet d'un grand intérêt dans le milieu des soins primaires. A ce titre, elles représentent à elles seules des axes d'analyse.

Enfin, la communication et les relations professionnelles sont également un axe d'analyse à part entière de l'étude, car c'est le cœur du sujet de ce travail. La communication est un point central dans la relation entre les médecins et les pharmaciens et une base de collaboration et de coopération pour construire un parcours de soins coordonnés.

## **3.2 Discussion des résultats**

### **3.2.1 Discussion de l'échantillon**

L'étude divise les répondants entre pharmaciens et médecins et en fonction de leur type d'exercice, ce qui réduit la puissance statistique de nos résultats. En effet, il y a 14 pharmaciens pratiquant en MSP sur 262 pharmaciens répondants (5,3%) et 44 médecins sur 144 médecins répondants (20,8%). Ce qui rend les analyses des données sur les pharmaciens pratiquant en MSP peu fiables.

D'après l'Ordre National des Médecins, en 2018, les médecins français sont répartis en 57% d'hommes et 43% de femmes avec une moyenne d'âge de 57 ans (34). Ainsi, notre panel de médecins est plus jeune (48,8 ans en moyenne). En revanche, la part d'hommes médecins répondant à notre enquête est plus importante (n = 91, 63,2%).

Concernant les pharmaciens titulaires français, en 2018, l'Ordre National des Pharmaciens, dénombre 55% de femmes et 45 % d'hommes avec une moyenne d'âge de 50,2 ans (35). De la même manière notre panel de pharmaciens est plus jeune (47,6 ans en moyenne), cependant la répartition par genre est proche de la répartition nationale avec 47,6% d'hommes (n = 123) et 53% (n = 139) de femmes. Pour ce qui est des professionnels exerçant en MSP, dans notre panel, 10,8% (n = 44) exercent en MSP (20,8% (n = 30) pour les médecins et 5,3% (n = 14) pour les pharmaciens). D'après un rapport du Sénat, 910 MSP sont ouvertes en 2017 et 334 sont en projet (36). Egalement, « environ 4% de l'ensemble des médecins généralistes en activité et 7% de ceux ayant une activité libérale exclusive » exercent en MSP en 2017 (36). Pour les pharmaciens, 810 professionnels exercent dans des MSP ouvertes en 2017 (36), soit environ 3% des pharmaciens titulaires en France. Ainsi, dans notre panel la proportion de professionnels de santé exerçant en MSP est supérieure à celle que l'on peut voir en France. Deux hypothèses peuvent venir expliquer ces données. Premièrement, le fait que ces chiffres nationaux datent de 2017, depuis le nombre de MSP peut avoir évolué à la hausse et avec lui le nombre de professionnels de santé y exerçant. Une autre hypothèse est la mise en place de la stratégie nationale de santé 2018-2022 dont l'un des axes vise à « transformer l'offre de santé des territoires pour répondre aux nouveaux besoins de la population » (37) et encourage les « initiatives locales de coopération » mais aussi « la création d'organisations innovantes [...] optimisant la qualité de prise en charge à chaque étape » (37). Une autre hypothèse pouvant expliquer le fait cette surreprésentation de professionnels exerçant en MSP par rapport à la moyenne nationale est le biais d'auto-sélection. C'est-à-dire que les professionnels concernés ou intéressés par les MSP ont tendance à répondre davantage à une enquête à ce sujet.

De plus, dans notre échantillon, les médecins exerçant en MSP sont à 43,4% (n = 13) âgés de 36 à 45 ans, alors que cette classe d'âge ne représente que 13,2% (n = 15) chez les professionnels n'exerçant pas en MSP. De même 55,3% (n = 63) de ces derniers ont plus de

55 ans, ce pourcentage est de 33,3% (n = 10) en MSP. On observe chez les pharmaciens une tendance similaire. A partir de cette étude on peut observer une différence d'âge entre les professionnels exerçant en MSP et ceux n'exerçant pas en MSP. Cela peut être expliqué par un désir croissant des jeunes générations pour l'exercice coordonné. Comme le présente le rapport de l'enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale, en 2011, pour 69,5 % des internes ayant répondu à l'enquête « une aide logistique et financière à la création d'une MSP ou d'un cabinet de groupe » (38) les inciterait à s'installer dans une zone déficitaire en termes de démographie médicale. De plus, les résultats de l'enquête sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés « soulignent l'attrait de l'exercice de groupe et de l'exercice coordonné auprès des jeunes générations de médecins », en effet, parmi les libéraux, 70% d'entre eux pratiquent un exercice en groupe et/ou coordonné (24).

La répartition hommes et femmes par profession est similaire selon leur mode d'exercice. Cependant comme nous avons pu le présenter auparavant, les effectifs sont faibles avec 8 femmes pharmaciens en MSP (57,1%) et 6 hommes (42,9 %). De ce fait nous n'avons pas croisés l'âge et le sexe des professionnels exerçant en MSP.

Par ailleurs les MSP sont obligatoirement composées d'au moins 2 médecins et d'1 professionnel paramédical (39). Par conséquent il est normal de retrouver plus de médecins en MSP que de pharmaciens, ces derniers n'étant pas obligatoires à la création d'une MSP. Il est intéressant de noter que les pharmaciens sont des acteurs incontournables du parcours de santé. De ce fait, bien que présents dans l'environnement des MSP, les pharmaciens n'en font pas toujours partie, mais sont partenaires de ces structures. Dans notre enquête, seul 20% (n = 6) des MSP contiennent un pharmacien dans leur équipe pluridisciplinaire (p.36).

### 3.2.2 Communication et relations interprofessionnelles

#### a. La communication

D'après les données de cette enquête, les professionnels de santé exerçant en MSP déclarent communiquer plus fréquemment avec l'autre professionnel, et ceci est d'autant plus vrai pour les pharmaciens. L'environnement des MSP semblent privilégier la communication de plusieurs manières. De façon logique, les professionnels exerçant en MSP monosite ont une proximité géographique favorisant la communication. Même si elles ne sont pas monosite des temps et lieux d'échanges sont prévus avec une présence de salle de réunion à 95,4% (n = 42) (Tableau XII) sur l'ensemble de cette enquête. La communication est un des objectifs premiers de la création des MSP. En effet, elles sont le lieu « d'échanges interprofessionnels facilités » (40) et ont pour objectif de favoriser la communication au sein de l'équipe avec par exemple, la création d'un projet de santé en commun faisant l'objet d'une validation par l'ARS (19). La communication ouverte et bidirectionnelle (41) est un outil d'aide au développement de la collaboration mais également un indicateur de son évolution (42). D'après R. Boschma, cette proximité géographique n'est pas suffisante. Il faut prendre en compte toutes les dimensions de la proximité que sont la proximité cognitive, organisationnelle, sociale, institutionnelle et géographique (43). La proximité cognitive est déterminante dans notre situation. Elle « se caractérise par une bonne connaissance réciproque entre différents types de professionnels concernant leurs compétences, expertises, savoir-faire et pratiques respectives » (44). Elle est favorisée par la proximité géographique et par l'élaboration d'un projet commun mettant en lien les professionnels (44). Cela dans le but de développer de la confiance entre les professionnels (44), cette confiance fera l'objet de notre second point.

## b. La confiance

La confiance du latin *confidere*<sup>14</sup> est définie dans le dictionnaire de l'académie française comme l'« espérance ferme que l'on place en quelqu'un, en quelque chose, certitude de la loyauté d'autrui » (45).

Les résultats de notre étude laissent percevoir que les professionnels de santé exerçant en MSP sont davantage en accord avec le fait que le professionnel partenaire<sup>15</sup> délivre des soins de haute qualité aux patients. Il en est de même concernant les réponses aux attentes professionnelles.

La confiance est un facteur qui permet de réduire l'incertitude, comme le présente Lewis et Weigert « faire confiance, c'est vivre comme si certains futurs possibles ne se produiront pas » (46). Cela permet de réduire les craintes des professionnels (47). On peut supposer que l'organisation en MSP permet de mieux connaître les autres professionnels et donc de mieux anticiper le résultat de la prise en charge commune. La confiance et l'interdépendance entre les professionnels ont été décrites comme des éléments clés de la collaboration (41). Ainsi la communication et la confiance sont étroitement liées au sein des relations professionnelles, et dans notre cas, afin de traiter au mieux le patient. La notion de confiance n'est pas figée, elle peut évoluer au cours des collaborations (47).

Ainsi, les données de cette étude montrent une amélioration de la confiance mutuelle entre les acteurs d'une même MSP et plus précisément de la prise en charge du patient et de comment elle est perçue par le professionnel partenaire.

Pour aller plus loin on peut questionner la définition de « soins de haute qualité » et surtout de sa perception par les professionnels. De même, il est intéressant de se demander quelles sont les attentes d'un professionnel envers son interlocuteur. Chaque professionnel peut avoir une définition et une représentation différentes de ces termes.

---

<sup>14</sup> Confier

<sup>15</sup> Au cours de l'enquête les répondants sont invités à penser au professionnel avec lequel ils ont le plus d'interactions, et évaluer ces échanges au cours du dernier mois.

Les répondants ont aussi été interrogés sur la possibilité d'accorder leur confiance aux décisions et à l'expertise professionnelle de leur interlocuteur ainsi que sur le respect mutuel existant entre eux. Les résultats de cette étude montrent la perception d'une confiance améliorée et d'un respect plus élevé pour les professionnels exerçant en MSP. Toutefois, ce constat est davantage marqué pour les pharmaciens que pour les médecins.

Ces questions relèvent du rapport professionnel entre les médecins et les pharmaciens. On peut se demander si ce niveau plus élevé de confiance dans les MSP peut être associé à une meilleure prise en charge. C'est ce que soutiennent M. O'Daniel et A. H. Rosenstein. Ils présentent une revue de littérature qui montre que la confiance est un élément caractéristique des équipes efficaces. A l'inverse, dans les équipes où les professionnels ne se font pas confiance et où le respect n'est pas présent, les erreurs sont plus probables (48). Il est donc important d'avoir confiance mais aussi d'inspirer confiance à ses partenaires afin de parvenir à une relation réciproque (47). On pourrait développer cette idée avec les patients pour instaurer une nouvelle relation avec eux.

La communication et la confiance sont deux éléments qui permettent de mener à bien des projets communs favorables à la prise en charge du patient.

### c. La coopération

La coopération entre les professionnels est un élément essentiel à prendre en compte si l'on veut espérer améliorer la prise en charge des maladies chroniques et psychosociales (49).

Pour cela, nous avons questionné deux points, le premier cherche à savoir si des buts et des objectifs communs quant aux soins dispensés aux patients ont été définis. Le second point cherche à savoir si le rôle du professionnel partenaire dans les soins apportés aux patients est clair. Dans les deux cas, les pharmaciens exerçant en MSP ont une perception plus claire des différents rôles et objectifs que les autres pharmaciens. Concernant les médecins les résultats de l'étude sont plus mitigés, et on n'observe pas de différence notable de la perception des médecins exerçant en MSP.

Il est important de souligner la différence entre une approche interdisciplinaire et une approche multidisciplinaire. Dans une approche interdisciplinaire, les efforts sont joints pour atteindre un objectif thérapeutique commun. *A contrario*, dans une approche multidisciplinaire, chaque professionnel prend en charge une partie de l'objectif spécifique à son domaine (48). Ainsi, dans les MSP, c'est l'approche interdisciplinaire qui doit être promue.

L'objectif de cette coopération interdisciplinaire est d'améliorer l'état de santé de la population à travers une prise en charge efficace. Une méta-analyse montre que la coopération des pharmaciens avec les médecins généralistes ou les infirmières permettait de diminuer la pression artérielle (50). Cette étude souligne l'importance de la collaboration entre professionnels en dehors du binôme médecin et pharmacien. En MSP d'autres acteurs sont essentiels à prendre en compte, des acteurs internes comme les infirmiers mais aussi des acteurs externes comme l'ARS, créant ainsi un réel réseau de coopération (49). Malgré les freins à la coordination existants, la communication et la définition d'un projet spécifique, précis et crédible font parties des clés d'une coopération efficace (49).

Finalement, la communication, la confiance et la coopération interprofessionnelle sont favorisées au sein des MSP via plusieurs facteurs. C'est même l'un des objectifs majeurs promus par le ministère des solidarités et de la santé afin de garantir un parcours de soin fluide, simplifié et continu (40). Cette vision pluri-professionnelle de l'exercice de ville est maintenant encouragé dès la formation initiale des professionnels avec par exemple le service sanitaire dont un des objectifs est de « favoriser l'inter-professionnalité et l'interdisciplinarité des étudiants en santé par la réalisation de projets communs » (51). Ce projet commun dès le stade de formation favorise la proximité cognitive.

### 3.3 Perspectives

#### 3.3.1 Les enjeux de la coordination

La coordination est devenue un enjeu majeur de l'organisation de la médecine de ville en France. Cité comme un objectif par de nombreux plans d'actions gouvernementaux (9,12). Le terme « coordination » est devenu très utilisé avec une définition assez large que nous avons pu évoquer en introduction.

Cependant des freins existent à sa généralisation comme le système de paiement à l'acte. En effet, ce système favorise un nombre d'actes importants et ne prend pas ou peu en compte les activités annexes comme la coordination et la promotion de la santé (44). De plus, on peut penser que la faible densité médicale ne favorise pas non plus l'émergence de la coordination. Les professionnels de santé de ces territoires étant focalisés sur la demande immédiate de soins (44).

Mettre en place la coordination entre les professionnels de santé n'est pas naturelle et demande un réel travail et des compétences propres (gestion de projet, management) (44) qui n'ont pas été délivrées lors de leur formation initiale. De ce fait, les professionnels peuvent avoir tendance à reproduire l'organisation du système de santé dans leur relation d'équipe avec un *leadership* attribué par défaut au médecin (44).

Finalement, la coordination est un choc culturel pour les professionnels de santé et même les patients. Le passage d'une prise en charge isolée et aigüe vers un parcours coordonné n'est pas évident et remet en question les représentations de chacun. Il s'agit alors de mettre en place une communication accrue afin de créer une confiance nécessaire au travail en commun.

D'autres leviers existent pour développer la coordination au sein des équipes de soins. Le développement des MSP et des différentes structures d'exercice coordonnées a permis de démocratiser un mode d'exercice différent. Bien qu'il ne soit pas majoritaire, ce modèle montre l'efficacité de la coordination. La proximité géographique, ainsi que la réalisation de

projet de santé et de protocole (44) a un bénéfice pour la patientèle mais aussi pour la construction d'un groupe coordonné. Par exemple, une étude montre que les médecins généralistes exerçant en MSP ont une meilleure qualité de pratique de suivi des patients diabétiques, de vaccination, de dépistage et de prévention du risque iatrogénique. (52) De plus, ces médecins généralistes ont une meilleure efficacité de leur prescription. (52) Enfin, cette étude montre un lien entre une pratique coordonnée et coopérative et plus de résultats positifs pour les indicateurs de suivi du diabète. (52)

De nombreuses initiatives sont menées à l'international pour développer la coordination. Par exemple, les cercles de qualité médecins-pharmaciens (CQ) en Suisse ont été créés pour améliorer la sécurité et l'efficacité des prescriptions des médecins de premier recours. L'étude menée sur une période de 9 ans, montre notamment un profil de prescription plus sûr et plus efficace, une meilleure pénétration des génériques et une meilleure application des recommandations nationales et internationales des médecins faisant de ces CQ. (53) L'*Obama care* est un autre exemple de l'importance croissante de la coordination. Ce programme était composé de deux axes, le premier est l'amélioration de l'accès à la couverture santé, le second moins connu est « le renforcement de la coordination entre les professionnels de santé, l'amélioration de la qualité des soins et services rendus et leur efficacité » (54). Cet axe s'appuie sur la création des *Accountable Care Organization* (ACO)<sup>16</sup> (54).

En France, une expérimentation de NMR a été lancée de 2008 à 2013 dans 150 sites dans 19 régions, afin de soutenir financièrement cette coopération (55). Sous la forme d'un forfait ces NMR viennent diversifier les modes de rémunérations préexistants. Pilotés localement par les ARS, le NMR visent à améliorer l'organisation des soins, le développement de la collaboration entre les professionnels et favorisent la mise en œuvre de nouveaux services

---

<sup>16</sup> « Il s'agit d'organisation de niveau intermédiaire sous contrat avec un ou différents financeurs publics ou privés qui coordonnent voire intègrent les offreurs de soins intervenant à différents niveaux et dans différents secteurs ». (54)

aux patients. (56) D'une part, ces NMR ont permis de reconnaître le travail informel en le légitimant mais également de mobiliser les professionnels et de soutenir leur motivation. (44) D'autre part, une étude montre que les sites où l'expérimentation des NMR a eu lieu sont plus productifs (augmentation de la file active, augmentation des actes délinés) mais également plus efficaces avec une dépense en soins ambulatoires plus faible pour les patients ayant leur médecin traitant sur l'un de ces sites. (57) La coexistence des deux pratiques, individuelle et collective peut faire l'effet d'un choc culturel et nécessite des compétences juridiques et administratives nouvelles (44).

Après avoir acquis les compétences nécessaires à la coordination et créer un lien de confiance les équipes peuvent viser d'autres objectifs que la qualité des soins comme l'adhésion thérapeutique, l'empowerment des patients, la prévention et la promotion de la santé. Selon J.F Locca et al. Ce changement doit se faire par la formation des acteurs de santé, la recherche, le cadre législatif et finalement les incitations socio-économiques (53).

### **3.3.2 Les niveaux de la coordination**

Dans un premier temps, le niveau individuel de la coordination doit se créer avec le patient. L'éducation thérapeutique, au-delà du partage d'information, permet au patient d'avoir les armes pour comprendre et gérer son parcours de soin avec les différents professionnels de santé engagés. Elle représente déjà une collaboration entre le professionnel et le patient. Les changements de la relation entre le patient et les professionnels de santé entraînent une remise en question de la position du soignant vers un lien plus horizontal et qui tend à mettre fin à la relation descendante. En effet le patient est de plus en plus encouragé à se rendre acteur de son parcours avec différents outils comme le dossier médical partagé et une représentativité accrue au sein du système de santé avec l'émergence des patients experts. On retrouve ici l'objet même de la collaboration, c'est-à-dire, que le patient puisse avoir une continuité et une fluidité entre les services par lesquels il aura besoin de passer.

Par exemple, la matrice de maturité en soins primaires proposée par la Haute Autorité de Santé (HAS) est un outil pour une « démarche qualité itérative » (58), un de ces quatre axes principaux est l'implication des patients. Ce dernier est décliné en plusieurs dimensions dont l'information des patients et l'éducation thérapeutique. Cette matrice reste un outil d'amélioration pour les équipes et un objectif vers lequel tendre, optimal (58).

Au niveau des équipes, la coordination est un effort collectif qui inclut tous les professionnels de santé du parcours de soins. Cela ne se limite donc pas à la relation entre le pharmacien et le médecin. Ce développement de la coordination crée même de nouveaux métiers. Par exemple, pour les infirmières, le dispositif Action de santé libérale en équipe (Asalée) « a pour objectif d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville » (59) par une coopération entre le médecin généraliste et une infirmière spécialement formée. Ainsi, depuis 2004, l'infirmière Asalée peut à partir de protocole de coopération libérer du temps médical via une délégation de tâches<sup>17</sup>. Récemment, la formation d'infirmières en pratique avancée (IPA) a été généralisée en France, et permet aux infirmières de continuer leur formation avec en dernière année une spécialisation possible en pathologies chroniques stabilisés par exemple (60). Cela permet à l'IPA de suivre des patients orientés par le médecin pour renouveler leur prescription et assurer le suivi trimestriel (60). Finalement, des métiers spécifiques à la coordination émergent comme les coordinatrices en MSP. Pour former ces nouveaux professionnels, un « dispositif d'appui aux équipes de soins primaires » (61) a été créé en 2014 par la HAS et l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP). Cette formation dénommée *PACTE Soins Primaires* donne des outils à ces professionnels pour consolider les équipes et les projets de coordination.

---

<sup>17</sup> Par exemple : réalisation d'un électrocardiogramme, d'une spirométrie, prescription d'examen biologiques, réaliser un examen du pied diabétique et des tests de mémoire. (59)

La coordination doit pouvoir se mettre en place à différents niveaux, celui du patient, des professionnels et du territoire. Ces trois niveaux sont simultanément présents et interagissent entre eux. La coordination reste une notion complexe qui peut prendre différentes formes selon le professionnel, l'équipe ou le territoire.

Pour aller plus loin, on peut imaginer que cette communication, cette confiance et cette coopération présente entre les médecins et les pharmaciens exerçant en MSP puissent être développées au sein de tous les binômes de médecins et de pharmaciens dans les soins primaires. Pour cela, ce comportement doit être favorisé dès la formation initiale en multipliant les occasions de travail collaboratif entre les étudiants en médecine et les étudiants en pharmacie. En 2017, un état des lieux des « formations interprofessionnelles » a mis en évidence 13 UFR de médecine et de pharmacie déjà investis dans l'éducation interprofessionnelle que ce soit par la mise en place d'une formation initiale commune aux deux professions et/ou par des formations continues (62). Cette étude a également révélé l'« intérêt » et l'« enthousiasme » des UFR sur le sujet (62). D'autres initiatives sont en cours, telles qu'« un stage pratique de découverte de l'exercice pharmaceutique par les internes en médecine générale et de l'exercice du médecin généraliste par les étudiants en sixième année de pharmacie filière officine à Grenoble » (62). Ces travaux démontrent une fois de plus l'intérêt actuel de ces professions pour le travail collaboratif et le changement que cela représente pour la prise en charge du patient.

## CONCLUSION

---

Le système de santé français se transforme pour faire face aux nouveaux défis liés à la transition épidémiologique. Cela se traduit par une réorganisation du premier recours et la volonté de créer un parcours de soins efficace et efficient. La coordination et les pratiques de travail pluridisciplinaire sont des moyens utilisés pour réaliser cet objectif. Ces pratiques sont promues par le gouvernement à travers des lois, des plans nationaux mais aussi des moyens financiers et des modes de coopération de plus en plus nombreux.

Au cœur des MSP, les pharmaciens d'officine ont un rôle à jouer dans la réalisation du parcours de soins des patients. Pour ce faire, la coordination et la communication avec les médecins est nécessaire. C'est pourquoi cette étude vise à étudier l'impact du regroupement en exercice coordonné sur la collaboration entre les médecins et les pharmaciens d'officine. Pour cela un questionnaire auto-administré a été diffusé par *mailing list* aux médecins et aux pharmaciens français. Au total, 406 professionnels ont répondu à l'enquête dont 144 médecins (35,5%) et 262 pharmaciens (64,5%). Parmi eux, 44 (10,8%) exercent en MSP dont 14 pharmaciens (5,3%) et 30 médecins (20,8%). Dans l'ensemble, les médecins et les pharmaciens exerçant en MSP ont la perception d'échanger plus régulièrement, de manière plus ouverte avec le professionnel partenaire. Ils ont également un point de vue plus favorable concernant les soins, les décisions et les attentes professionnels du partenaire. D'après les pharmaciens exerçant en MSP, le rôle de chacun, les buts et les objectifs communs semblent mieux définis au sein des MSP, au même titre que la confiance mutuelle. Toutefois, cet avis est plus modéré du point de vue des médecins exerçant en MSP.

Ainsi, les médecins et les pharmaciens exerçant dans une même MSP communiquent davantage, se connaissent mieux et se font donc plus confiance, ce qui facilite leur travail coopératif et la coordination des parcours de soins. La coopération permet d'aller dans le sens de la prise en charge personnalisée et globale du patient. La collaboration entre le médecin et le pharmacien est un maillon important du parcours de soins. Il serait donc intéressant de

réaliser de nouvelles études dans ce domaine et d'approfondir les pratiques collaboratives des professionnels.

Au sein des MSP, les pratiques sont toujours variables d'une équipe à l'autre, mais l'affinement du cadre législatif et les moyens de rémunération alternatifs de la tarification à l'acte définissent de plus en plus les contours d'un travail pluri-professionnel en plaçant au centre le projet de santé destiné à la population du territoire. Ce travail collaboratif était déjà réalisé auparavant par les professionnels de santé mais de façon plus informelle. Cette reconnaissance législative de la coordination permet d'apporter un cadre commun de travail et de continuer à généraliser cette pratique.

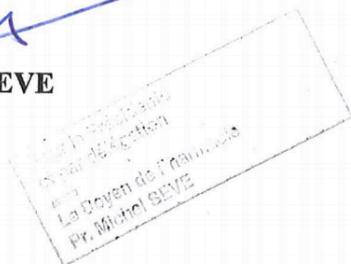
En replaçant le patient et ses besoins au centre de la pratique professionnelle collaborative, de nouvelles coopérations émergent comme par exemple, la dispensation sous protocole. L'élaboration de ces arbres décisionnels se base sur un travail commun entre le médecin et le pharmacien d'une même équipe de soin. Cette pratique existe déjà à l'étranger, c'est le cas par exemple en Suisse avec le système « Net Care » ou encore au Canada avec la Loi 41. Cependant en France, la dispensation sous protocole reste encore à l'état de projet. On peut se demander si ce type de collaboration sera effective en France dans les prochaines années.

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

Grenoble, le : 3103120

**LE DOYEN**

**Michel SEVE**



**LE DIRECTEUR DE THESE :**

**LE TUTEUR UNIVERSITAIRE :**

## BIBLIOGRAPHIE

1. Mousquès J, Bourgueil Y. L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012. Rapp Irdes [Internet]. 1 déc 2014 [cité 27 févr 2020];(559). Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/2014/rapport-559-l-evaluation-de-la-performance-des-maisons-poles-et-centres-de-sante-dans-le-cadre-des-enmr.html>
2. Institut national d'études démographiques. Transition épidémiologique [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. 2019 [cité 17 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/lexique/transition-epidemiologique/>
3. Institut national d'études démographiques. La population en graphiques [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. 2009 [cité 17 déc 2019]. Disponible sur: [https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/population\\_graphiques/](https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/population_graphiques/)
4. Pison G. France 2004 : l'espérance de vie franchit le seuil de 80 ans. Ined - Inst Natl D'études Démographiques. 2005;410:4.
5. Insee. Population par âge – Tableaux de l'Économie Française [Internet]. 2016 [cité 22 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743>
6. Omran A-R. The epidemiologic transition : a theory of the epidemiology of population change. Bull World Health Organ Int J Public Health 2001 792 161-170 [Internet]. 2001 [cité 29 janv 2020]; Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/58102>
7. Evin C. Des évolutions nécessaires pour notre système de santé. Le Monde.fr [Internet]. 17 sept 2013 [cité 17 déc 2019]; Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/idees/article/2013/09/17/des-evolutions-necessaires-pour-notre-systeme-de-sante\\_3478676\\_3232.html](https://www.lemonde.fr/idees/article/2013/09/17/des-evolutions-necessaires-pour-notre-systeme-de-sante_3478676_3232.html)
8. Macron E. Discours sur la transformation du système de santé « Prendre soin de chacun » du Président de la République, Emmanuel Macron [Internet]. 2018 [cité 19 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2018/09/18/discours-sur-la-transformation-du-systeme-de-sante-prendre-soin-de-chacun-du-president-de-la-republique-emmanuel-macron>
9. Ministère des solidarités et de la santé. Ma santé 2022 un engagement collectif - dosier de presse [Internet]. France; 2018 [cité 17 déc 2019] p. 52. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma\\_sante\\_2022\\_pages\\_vdef\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf)
10. Ministère des solidarités et de la santé, Ministère de l'action et des comptes publics. Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2019 - dossier de presse [Internet]. France; 2018 [cité 17 déc 2019] p. 44. Disponible sur: [https://www.economie.gouv.fr/files/files/PDF/2018/dp\\_plfss2019.pdf](https://www.economie.gouv.fr/files/files/PDF/2018/dp_plfss2019.pdf)

11. Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère de l'action et des comptes publics. Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2018 [Internet]. France; 2017 [cité 29 janv 2020] p. 44. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp\\_plfss\\_28-09-17vdef.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_plfss_28-09-17vdef.pdf)
12. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie de transformation du système de santé - dossier de presse [Internet]. 2018 [cité 19 déc 2019] p. 16. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_de\\_presse\\_strattransformationsystemesante\\_13022018.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_strattransformationsystemesante_13022018.pdf)
13. Institut national de la statistique et des études économiques. Professionnels de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2017 [Internet]. 2018 [cité 19 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#titre-bloc-3>
14. Vergier N, Chaput H. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? Doss Drees [Internet]. mai 2017 [cité 19 déc 2019];(17). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd17.pdf>
15. Ouest France. Près d'un médecin traitant sur deux refuse de nouveaux patients. 2019 [cité 27 févr 2020]; Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/sante/pres-d-un-medecin-traitant-sur-deux-refuse-de-nouveaux-patients-6619011>
16. Code de la santé publique - Article L6321-1. Code de la santé publique.
17. DGOS. Les réseaux de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2016 [cité 27 févr 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-reseaux-de-sante>
18. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
19. FEMAS Haut-de-France. Equipe de soins primaires, maison de santé, CPTS : définition et législation [Internet]. Fédération des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France. [cité 19 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.femas-hdf.fr/definition/>
20. ARS. Communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. [cité 19 déc 2019]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche\\_12.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_12.pdf)
21. Inspection générale des affaires sociales. Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé. Appui à la DGOS [Internet]. 2018 [cité 12 août 2019]. Report No.: 2018-041R. Disponible sur: <https://www.ffmps.fr/wp-content/uploads/2018/11/igas2018-041r-.pdf>
22. Code de la santé publique - Article L6323-3. Code de la santé publique.
23. FEMAS Haut-de-France. Fédération des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France [Internet]. Fédération des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France. [cité 29 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.femas-hdf.fr/>

24. Conseil national de l'ordre des médecins. Enquête sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés [Internet]. France; 2019 [cité 27 janv 2020] p. 16. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/Dossier-de-presse-Enqu%C3%AAted%C3%A9terminants-installation-CNOM-CJM-1.pdf>
25. URPS médecins lorraine. Expérimentation nouveaux modes de rémunération [Internet]. [cité 29 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.urpsmedecinslorraine.fr/enmr.html>
26. IRDES, CERMES, SFMG. PROSPERE. Partenariat pluridisciplinaire de recherche sur l'organisation des soins de premiers recours [Internet]. 2008 [cité 27 févr 2020] p. 33. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/partenariats/prospere-partenariat-pluridisciplinaire-de-recherche-sur-l-organisation-des-soins-de-premiers-recours/projet.pdf>
27. Alsène E, Pichault F. La coordination au sein des organisations: éléments de recadrage conceptuel. *Gérer Compr* [Internet]. 2007 [cité 29 janv 2020];87(mars). Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/3906>
28. Gangloff-Ziegler C. Les freins au travail collaboratif. *Marche Organ.* 2009;N° 10(3):95-112.
29. Nof S. Design of effective e-Work: Review of models, tools, and emerging challenges. *Prod Plan Control.* 1 janv 2004;14:681-703.
30. Van C, Costa D, Mitchell B, Abbott P, Krass I. Development and initial validation of the Pharmacist Frequency of Interprofessional Collaboration Instrument (FICI-P) in primary care. *Res Soc Adm Pharm.* 1 sept 2012;8(5):397-407.
31. Van C, Costa D, Abbott P, Mitchell B, Krass I. Community pharmacist attitudes towards collaboration with general practitioners: development and validation of a measure and a model. *BMC Health Serv Res.* 16 sept 2012;12(1):320.
32. Van C, Costa D, Mitchell B, Abbott P, Krass I. Development and validation of the GP frequency of interprofessional collaboration instrument (FICI-GP) in primary care. *J Interprof Care.* 1 juill 2012;26(4):297-304.
33. Van C, Costa DS, Mitchell B, Abbott PA, Krass I. Development and validation of a measure and a model of general practitioner attitudes toward collaboration with pharmacists. *Res Soc Adm Pharm.* 2013;688-99.
34. Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. France: Ordre National des Médecins; 2018 [cité 14 janv 2020] p. 165. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/hb1htw/cnom\\_atlas\\_2018\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf)
35. Ordre National des Pharmaciens. Démographie des pharmaciens [Internet]. France; 2019 [cité 14 janv 2020] p. 100. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/layout/set/print/layout/set/print/content/download/458867/2117170/version/1/file/la-demographie-2019-brochure-web.pdf>

36. Cardoux J-N, Daudigny Y. Rapport d'information sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées [Internet]. Sénat; 2017 [cité 14 janv 2020] p. 129. Report No.: 686. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r16-686/r16-6861.pdf>
37. Ministère des Solidarité et de la Santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. France; 2018 [cité 27 janv 2020] p. 54. Disponible sur: [https://www.ars.sante.fr/system/files/2018-01/2017-12-29\\_dossier\\_sns\\_2017\\_vdefpost-consult.pdf](https://www.ars.sante.fr/system/files/2018-01/2017-12-29_dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf)
38. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale [Internet]. France; 2011 [cité 27 janv 2020] p. 30. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/souhaits-exercice-img.pdf>
39. ARS. Maisons de santé pluriprofessionnelles - cahier des charges [Internet]. France; 2018 [cité 27 janv 2020] p. 20. Disponible sur: [https://www.femas-hdf.fr/wp-content/uploads/2019/02/Cahier\\_des\\_charges\\_MSP\\_290518.pdf](https://www.femas-hdf.fr/wp-content/uploads/2019/02/Cahier_des_charges_MSP_290518.pdf)
40. Assurance maladie. Structures de santé pluriprofessionnelles [Internet]. 2019 [cité 27 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/structures-sante-pluriprofessionnelles/structures-sante-pluriprofessionnelles>
41. Bardet J-D, Vo T-H, Bedouch P, Allenet B. Physicians and community pharmacists collaboration in primary care: A review of specific models. *Res Soc Adm Pharm RSAP*. oct 2015;11(5):602-22.
42. Bardet J-D. Les pratiques pharmaceutiques collaboratives en soins de premier recours dans le contexte de l'émergence des TIC [Internet] [thesis]. Grenoble Alpes; 2016 [cité 29 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2016GREAS027>
43. Boschma R. Proximity and Innovation: A Critical Assessment. *Reg Stud*. 1 févr 2005;39(1):61-74.
44. Fournier C, Frattini M.o, Naiditch M. Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. Recherche qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération en maisons et pôles de santé (ENMR). *Rapp Irdes* [Internet]. 1 sept 2014 [cité 29 janv 2020];(557). Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/2014/rapport-557-dynamiques-et-formes-du-travail-pluriprofessionnel-dans-les-maisons-et-poles-de-sante.html>
45. Académie française. Dictionnaire de l'Académie française - 9e édition [Internet]. [cité 27 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9C3500>
46. Lewis JD, Weigert A. Trust as a Social Reality. *Soc Forces*. juin 1985;63(4):967.
47. Karsenty L. Confiance interpersonnelle et communications de travail. *Trav Hum*. 30 juin 2011;Vol. 74(2):131-55.
48. O'Daniel M, Rosenstein AH. Professional Communication and Team Collaboration [Internet]. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 [cité 28 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2637/>

49. Huard P, Schaller P. Innovation organisationnelle et prise en charge des maladies chroniques. 1. La coopération entre partenaires distants. *Prat Organ Soins*. 1 déc 2011;Vol. 42(2):111-8.
50. Michot P, Catala O, Supper I, Boulieu R, Zerbib Y, Colin C, et al. Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique de la littérature. *Sante Publique (Bucur)*. 6 août 2013;Vol. 25(3):331-41.
51. Ministère des Solidarités et de la Santé. Le service sanitaire [Internet]. 2018 [cité 27 janv 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/le-service-sanitaire>
52. Mousques J., Daniel F. L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes. Résultats de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). *Quest Econ SANTE IRDES*. 08 2015;(211):1-6.
53. Locca J-F, Krähenbühl J-M, Niquille A, Figueiredo H, Bugnon O. Qualité de la prescription médicamenteuse : des progrès grâce à la collaboration médecins-pharmaciens. *Rev Médicale Suisse*. 2009;5:2382-7.
54. Mousques J., Lenormand M.C. L'expérience américaine des Accountable Care Organizations : des enseignements pour la France ? *Quest Econ SANTE IRDES*. avr 2017;(227):1-8.
55. Ministère des Solidarité et de la Santé, Assurance maladie, ARS. Présentation de l'expérimentation d'un paiement en équipe de professionnels de santé PEPS [Internet]. 2018 [cité 31 janv 2020]; France. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_webinaire\\_peps\\_050618.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_webinaire_peps_050618.pdf)
56. Afrite A., Bourgueil Y., Daniel F., Mousques J. L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins. Objectifs et méthode d'une évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. *Quest Econ SANTE IRDES*. 08 2013;(189):1-6.
57. Mousques J., Daniel F. L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses. Résultats de l'évaluation des sites participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). *Quest Econ SANTE IRDES*. juin 2015;(210):1-6.
58. Haute Autorité de santé. Matrice de maturité en soins primaires : présentation du référentiel [Internet]. 2014 [cité 31 janv 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires-presentation-du-referentiel](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires-presentation-du-referentiel)
59. Afrite A., Franc C., Mousques J. Des organisations et des pratiques coopératives diverses entre médecins généralistes et infirmières dans le dispositif Asalée : une typologie des binômes. *Quest Econ SANTE IRDES*. févr 2019;(239):1-8.

60. Ministère des Solidarité et de la Santé. L'infirmier en pratique avancée [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 31 janv 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
61. Schweyer F-X. Les médecins avec l'État pour former à la coordination des maisons de santé pluriprofessionnelles : entre instrumentation et professionnalisation. *J Gest Econ Sante*. 12 avr 2019;N° 1(1):33-53.
62. Algayres L, Fournier C. Conception d'un stage ambulatoire afin de favoriser la collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine [Thèse d'exercice]. [2016-2019, France]: Université Grenoble Alpes; 2017.

## **LISTE DES ANNEXES**

<b>ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE .....</b>	<b>69</b>
<b>ANNEXE 2 : RESULTATS DU GROUPE THEMATIQUE « STRATEGIES THERAPEUTIQUES » .....</b>	<b>97</b>
<b>ANNEXE 3 : RESULTATS DU GROUPE THEMATIQUE « PATIENTS » .....</b>	<b>104</b>

## ANNEXE 1 : Questionnaire

### Partie A: Critères d'inclusion et consentement

Les critères d'inclusions dans l'étude sont les suivants :

- Parler français
- Etre médecin ou pharmacien
- Etre médecin ou pharmacien non thésé remplaçant

J'ai lu et compris les objectifs et modalités de l'étude. Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude. Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi. J'ai bien compris qu'aucune donnée nominative ne sera collectée.

Si vous comprenez l'objet de l'étude et vous souhaitez participer, cliquez sur "Oui" pour commencer l'étude. En complétant le questionnaire, vous donnez votre consentement à participer à l'enquête. Si vous ne souhaitez pas participer à l'étude, cliquez sur "Non" puis sur le bouton "Suivant" pour quitter l'étude.

**A1. J'ai lu le formulaire de consentement et j'accepte librement et volontairement de participer à l'enquête qui m'est proposée :**

Oui

Non

### Partie B: Informations générales

**B1. Quel est votre sexe ?**

Féminin

Masculin

**B2. Quel âge avez-vous ?**

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

**B3. Dans quel département exercez-vous ?**

01 - Ain

02 - Aisne

03 - Allier

04 - Alpes de Haute-Provence

05 - Hautes-Alpes

06 - Alpes-Maritimes

07 - Ardèche

08 - Ardennes

09 - Ariège

10 - Aube

11 - Aude

12 - Aveyron

13 - Bouches du Rhône

14 - Calvados

15 - Cantal

16 - Charente

17 - Charente Maritime

18 - Cher

19 - Corrèze

21 - Côte d'Or

22 - Côtes d'Armor

23 - Creuse

24 - Dordogne

25 - Doubs

26 - Drôme

27 - Eure

28 - Eure-et-Loir

29 - Finistère

30 - Gard

31 - Haute-Garonne

**B4. Quelle est la taille de la ville dans laquelle vous exercez ?**

- Commune rurale
- < 5000 habitants
- de 5000 à 10 000 habitants
- de 10 000 à 20 000 habitants
- de 20 000 à 50 000 habitants
- de 50 000 à 100 000 habitants
- de 100 000 à 200 000 habitants
- de 200 000 à 2 000 000 habitants
- Paris

**B5. Par quels types de patientèles êtes-vous concerné ?**

- Population pédiatrique
- Population âgée
- Population ouvrière
- Population agricole
- Jeunes familles
- Population favorisée d'un point de vue socio-économique
- Population mixte d'un point de vue socio-économique
- Population défavorisée d'un point de vue socio-économique

**Partie C: Profession**

**C1. Quelle est votre profession ?**

- Médecin
- Pharmacien

**C2. Depuis combien de temps exercez-vous ?**

- < 1 ans
- 1 ans
- 2 ans
- 3 ans
- 4 ans
- 5 ans
- 6 ans
- 7 ans
- 8 ans
- 9 ans
- 10 ans
- 11 ans
- 12 ans
- 13 ans
- 14 ans
- 15 ans
- 16 ans
- 17 ans
- 18 ans
- 19 ans
- 20 ans
- 21 ans
- 22 ans
- 23 ans
- 24 ans
- 25 ans
- 26 ans
- 27 ans
- 28 ans
-

## Partie D: Pharmacien

**D1. Vous êtes :**

Pharmacien titulaire

Pharmacien adjoint

Pharmacien intérimaire

Pharmacien mutualiste

**D2. Dans quel type de pharmacie exercez-vous ?**

Pharmacie de centre-ville

Pharmacie de quartier

Pharmacie de quartier HLM

Pharmacie en zone urbaine sensible

Pharmacie de bourg

Pharmacie de centre commercial

Pharmacie en zone touristique

**D3. Dans combien d'officine(s) exercez-vous actuellement ?**

0

1

2

> 2

**D4. Combien d'entretiens avez-vous réalisés au cours des 6 derniers mois ?**

Entretien AVK

Entretien Asthme

Entretien BPCO

## Partie E: Officine

**E1. Combien de pharmaciens titulaires participent à la gestion de l'officine ?**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- >5

**E2. Combien de pharmaciens adjoints travaillent dans l'officine ?**

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- >10

**E3. Combien de préparateurs/trices travaillent dans l'officine ?**

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- >15

## Partie F: Médecin

F1. Quelle est votre spécialité médicale ?

- Biologie médicale
- Cardiologie et maladies vasculaires
- Dermatologie et vénérologie
- Endocrinologie et métabolismes
- Gastro-entérologie et hépatologie
- Gériatrie
- Gynécologie médicale
- Médecine générale
- Médecine d'urgence
- Néphrologie
- Neurologie
- Pneumologie
- Psychiatrie
- Rhumatologie
- Autre

Autre

F2. Quel est votre mode d'exercice ?

- Exercice libéral
- Exercice salarié
- Exercice mixte
- Vous n'exercez plus

F3. Dans quel environnement exercez-vous ?

- Cabinet de groupe
- Cabinet seul

Etablissement public de santé

Etablissement privé de santé

Institution

Autre

Autre

## Partie G: Généralités

**G1. Participez-vous à un réseau de soins ?**

Oui

Non

**G2. Exercez-vous dans une maison de santé ?**

Oui

Non

## Partie H: Relation et échanges médecins-pharmaciens

**H1. Pour ce groupe de question, pensez au médecin avec lequel vous avez le plus d'interactions et estimez le nombre de fois où les propositions suivantes ont eu lieu au cours du dernier mois.**

**Le médecin et vous avez communiqué de manière ouverte (spontanée, directe et sincère) :**

Jamais

1 à 2 fois

3 à 4 fois

5 à 6 fois

7 fois et plus

**H2. J'ai informé le médecin sur les nouveaux produits / services qui sont disponibles / que je fournis :**

*Pensez au médecin avec lequel vous avez le plus d'interactions et estimez le nombre de fois où les propositions suivantes ont eu lieu au cours du dernier mois.*

- Jamais
- 1 à 2 fois
- 3 à 4 fois
- 5 à 6 fois
- 7 fois et plus

**H3. Le médecin m'a contacté pour me demander une information précise sur un médicament :**

*Pensez au médecin avec lequel vous avez le plus d'interactions et estimez le nombre de fois où les propositions suivantes ont eu lieu au cours du dernier mois.*

- Jamais
- 1 à 2 fois
- 3 à 4 fois
- 5 à 6 fois
- 7 fois et plus

**H4. Le médecin m'a contacté pour me demander une information précise sur un patient :**

*Pensez au médecin avec lequel vous avez le plus d'interactions et estimez le nombre de fois où les propositions suivantes ont eu lieu au cours du dernier mois.*

- Jamais
- 1 à 2 fois
- 3 à 4 fois
- 5 à 6 fois
- 7 fois et plus

**H5. J'ai contacté le médecin pour lui demander une précision sur son écriture :**

*Pensez au médecin avec lequel vous avez le plus d'interactions et estimez le nombre de fois où les propositions suivantes ont eu lieu au cours du dernier mois.*

- Jamais
- 1 à 2 fois
- 3 à 4 fois
- 5 à 6 fois
- 7 fois et plus

**H6. J'ai contacté le médecin pour discuter d'adaptations de posologie :**

*Pensez au médecin avec lequel vous avez le plus d'interactions et estimez le nombre de fois où les propositions suivantes ont eu lieu au cours du dernier mois.*

- Jamais
- 1 à 2 fois
- 3 à 4 fois
- 5 à 6 fois
- 7 fois et plus

**H7. J'ai contacté le médecin pour recommander une thérapie médicamenteuse alternative (ex : à cause d'un effet indésirable, une contre-indication, etc...) :**

*Pensez au médecin avec lequel vous avez le plus d'interactions et estimez le nombre de fois où les propositions suivantes ont eu lieu au cours du dernier mois.*

- Jamais
- 1 à 2 fois
- 3 à 4 fois
- 5 à 6 fois
- 7 fois et plus

**H8. Le médecin a modifié la thérapie médicamenteuse du patient après ma recommandation :**

*Pensez au médecin avec lequel vous avez le plus d'interactions et estimez le nombre de fois où les propositions suivantes ont eu lieu au cours du dernier mois.*

- Jamais
- 1 à 2 fois
- 3 à 4 fois
- 5 à 6 fois
- 7 fois et plus

**H9. Le médecin a partagé des informations relatives a nos patients avec moi :**

*Pensez au médecin avec lequel vous avez le plus d'interactions et estimez le nombre de fois où les propositions suivantes ont eu lieu au cours du dernier mois.*

- Jamais
- 1 à 2 fois
- 3 à 4 fois
- 5 à 6 fois
- 7 fois et plus

**H10. Le médecin m'a impliqué dans des décisions relatives à la gestion du traitement médicamenteux :**

*Pensez au médecin avec lequel vous avez le plus d'interactions et estimez le nombre de fois où les propositions suivantes ont eu lieu au cours du dernier mois.*

- Jamais
- 1 à 2 fois
- 3 à 4 fois
- 5 à 6 fois
- 7 fois et plus

**H11. La communication professionnelle entre le médecin et moi est ouverte et sincère :**

*Pensez au médecin avec lequel vous avez eu le plus d'interactions au cours du dernier mois.*

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

**H12. Le médecin est ouvert à l'idée de collaborer avec moi sur la gestion du traitement médicamenteux des patients :**

*Pensez au médecin avec lequel vous avez eu le plus d'interactions au cours du dernier mois.*

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

**H13. Le médecin dispense des soins de haute qualité aux patients :**

*Pensez au médecin avec lequel vous avez eu le plus d'interactions au cours du dernier mois.*

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

**H14. Le médecin a le temps de discuter avec moi des questions relatives au traitement médicamenteux des patients :**

*Pensez au médecin avec lequel vous avez eu le plus d'interactions au cours du dernier mois.*

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Ni en désaccord ni d'accord

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

**H15. Le médecin répond aux attentes professionnelles que j'ai à son égard :**

*Pensez au médecin avec lequel vous avez eu le plus d'interactions au cours du dernier mois.*

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Ni en désaccord ni d'accord

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

**H16. Je peux faire confiance aux décisions professionnelles du médecin :**

*Pensez au médecin avec lequel vous avez eu le plus d'interactions au cours du dernier mois.*

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Ni en désaccord ni d'accord

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

**H17. Le médecin remédie activement aux problèmes médicaux des patients :**

*Pensez au médecin avec lequel vous avez eu le plus d'interactions au cours du dernier mois.*

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Ni en désaccord ni d'accord

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

**H18. Les discussions avec le médecin m'aident à dispenser de meilleurs soins aux patients :**

*Pensez au médecin avec lequel vous avez eu le plus d'interactions au cours du dernier mois.*

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Ni en désaccord ni d'accord

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

**H19. Le médecin et moi avons un respect mutuel sur le plan professionnel :**

*Pensez au médecin avec lequel vous avez eu le plus d'interactions au cours du dernier mois.*

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Ni en désaccord ni d'accord

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

**H20. Le médecin et moi partageons des buts et des objectifs communs quant aux soins apportés aux patients :**

*Pensez au médecin avec lequel vous avez eu le plus d'interactions au cours du dernier mois.*

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Ni en désaccord ni d'accord

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

**H21. Mon rôle et celui du médecin dans les soins apportés aux patients sont clairs :**

*Pensez au médecin avec lequel vous avez eu le plus d'interactions au cours du dernier mois.*

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Ni en désaccord ni d'accord

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

**H22. J'ai confiance en l'expertise médicale du médecin :**

*Pensez au médecin avec lequel vous avez eu le plus d'interactions au cours du dernier mois.*

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Ni en désaccord ni d'accord

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

**H23. Le médecin est convaincu que j'ai un rôle dans la sécurisation de la thérapie médicamenteuse (ex : identifier les interactions médicamenteuses, les effets indésirables, les contre-indications etc.) :**

*Pensez au médecin avec lequel vous avez eu le plus d'interactions au cours du dernier mois.*

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Ni en désaccord ni d'accord

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

**H24. Le médecin est convaincu que j'ai un rôle dans l'efficacité de la thérapie médicamenteuse (ex : s'assurer que le médicament le plus approprié est administré à la posologie la mieux adaptée au patient, etc.) :**

*Pensez au médecin avec lequel vous avez eu le plus d'interactions au cours du dernier mois.*

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Ni en désaccord ni d'accord

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

**H25. Ma collaboration avec le médecin bénéficie au patient :**

*Pensez au médecin avec lequel vous avez eu le plus d'interactions au cours du dernier mois.*

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Ni en désaccord ni d'accord

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

**H26. Pour ce groupe de question, pensez au pharmacien avec lequel vous avez le plus d'interactions et estimez le nombre de fois où les propositions suivantes ont eu lieu au cours du dernier mois.**

**Le pharmacien et moi avons échangé de manière ouverte (spontanée, directe et sincère) :**

- Jamais
- 1 à 2 fois
- 3 à 4 fois
- 5 à 6 fois
- 7 fois et plus

**H27. Le pharmacien m'a informé sur les nouveaux produits / nouveaux services qui sont disponibles / qu'il dispense :**

*Pensez au pharmacien avec lequel vous avez le plus d'interactions et estimez le nombre de fois où les propositions suivantes ont eu lieu au cours du dernier mois.*

- Jamais
- 1 à 2 fois
- 3 à 4 fois
- 5 à 6 fois
- 7 fois et plus

**H28. J'ai contacté le pharmacien pour une information précise sur un médicament :**

*Pensez au pharmacien avec lequel vous avez le plus d'interactions et estimez le nombre de fois où les propositions suivantes ont eu lieu au cours du dernier mois.*

- Jamais
- 1 à 2 fois
- 3 à 4 fois
- 5 à 6 fois
- 7 fois et plus

**H29. Le pharmacien m'a contacté pour me demander une information précise sur un patient :**

*Pensez au pharmacien avec lequel vous avez le plus d'interactions et estimez le nombre de fois où les propositions suivantes ont eu lieu au cours du dernier mois.*

- Jamais
- 1 à 2 fois
- 3 à 4 fois
- 5 à 6 fois
- 7 fois et plus

**H30. Le pharmacien m'a contacté pour me demander une précision sur mon écriture :**

*Pensez au pharmacien avec lequel vous avez le plus d'interactions et estimez le nombre de fois où les propositions suivantes ont eu lieu au cours du dernier mois.*

- Jamais
- 1 à 2 fois
- 3 à 4 fois
- 5 à 6 fois
- 7 fois et plus

**H31. Le pharmacien m'a contacté pour discuter d'adaptations de posologie :**

*Pensez au pharmacien avec lequel vous avez le plus d'interactions et estimez le nombre de fois où les propositions suivantes ont eu lieu au cours du dernier mois.*

- Jamais
- 1 à 2 fois
- 3 à 4 fois
- 5 à 6 fois
- 7 fois et plus

**H32. Le pharmacien m'a contacté pour me recommander une alternative thérapeutique (ex : à cause d'un effet indésirable, une contre-indication, etc.) :**

*Pensez au pharmacien avec lequel vous avez le plus d'interactions et estimez le nombre de fois où les propositions suivantes ont eu lieu au cours du dernier mois.*

- Jamais
- 1 à 2 fois
- 3 à 4 fois
- 5 à 6 fois
- 7 fois et plus

**H33. J'ai modifié le traitement médicamenteux du patient après la recommandation du pharmacien :**

*Pensez au pharmacien avec lequel vous avez le plus d'interactions et estimez le nombre de fois où les propositions suivantes ont eu lieu au cours du dernier mois.*

- Jamais
- 1 à 2 fois
- 3 à 4 fois
- 5 à 6 fois
- 7 fois et plus

**H34. J'ai partagé des informations relatives à nos patients avec le pharmacien :**

*Pensez au pharmacien avec lequel vous avez le plus d'interactions et estimez le nombre de fois où les propositions suivantes ont eu lieu au cours du dernier mois.*

- Jamais
- 1 à 2 fois
- 3 à 4 fois
- 5 à 6 fois
- 7 fois et plus

**H35. J'ai impliqué le pharmacien dans des décisions relatives à la gestion de la thérapie médicamenteuse :**

*Pensez au pharmacien avec lequel vous avez le plus d'interactions et estimez le nombre de fois où les propositions suivantes ont eu lieu au cours du dernier mois.*

- Jamais
- 1 à 2 fois
- 3 à 4 fois
- 5 à 6 fois
- 7 fois et plus

**H36. La communication professionnelle entre le pharmacien et moi est ouverte et sincère :**

*Pensez au pharmacien avec lequel vous avez eu le plus d'interactions au cours du dernier mois.*

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

**H37. Le pharmacien est ouvert à l'idée de collaborer avec moi sur la gestion de la thérapie médicamenteuse des patients :**

*Pensez au pharmacien avec lequel vous avez eu le plus d'interactions au cours du dernier mois.*

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

**H38. Le pharmacien dispense des soins de haute qualité aux patients :**

*Pensez au pharmacien avec lequel vous avez eu le plus d'interactions au cours du dernier mois.*

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Ni en désaccord ni d'accord

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

**H39. Le pharmacien a le temps de discuter avec moi des questions relatives à la thérapie médicamenteuse des patients :**

*Pensez au pharmacien avec lequel vous avez eu le plus d'interactions au cours du dernier mois.*

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Ni en désaccord ni d'accord

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

**H40. Le pharmacien répond aux attentes professionnelles que j'ai à son égard :**

*Pensez au pharmacien avec lequel vous avez eu le plus d'interactions au cours du dernier mois.*

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Ni en désaccord ni d'accord

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

**H41. Je peux faire confiance aux décisions professionnelles du pharmacien :**

*Pensez au pharmacien avec lequel vous avez eu le plus d'interactions au cours du dernier mois.*

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Ni en désaccord ni d'accord

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

**H42. Le pharmacien remédie activement aux problèmes médicaux des patients :**

*Pensez au pharmacien avec lequel vous avez eu le plus d'interactions au cours du dernier mois.*

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Ni en désaccord ni d'accord

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

**H43. Le pharmacien et moi avons un respect mutuel sur le plan professionnel :**

*Pensez au pharmacien avec lequel vous avez eu le plus d'interactions au cours du dernier mois.*

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Ni en désaccord ni d'accord

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

**H44. Le pharmacien et moi partageons des buts et des objectifs communs quant aux soins à apporter aux patients :**

*Pensez au pharmacien avec lequel vous avez eu le plus d'interactions au cours du dernier mois.*

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Ni en désaccord ni d'accord

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

**H45. Mon rôle et celui du pharmacien dans les soins apportés aux patients sont clairs :**

*Pensez au pharmacien avec lequel vous avez eu le plus d'interactions au cours du dernier mois.*

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Ni en désaccord ni d'accord

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord





16.	Combien y-a-t-il de patient de 16 ans et plus dans la file active de cette maison de santé ?	<input type="text"/>
17.	Y-a-t-il un/une secrétaire employé pour gérer l'organisation interne de la maison de santé ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
18.	Y-a-t-il un/une gestionnaire de projet employé pour gérer l'organisation interne de la maison de santé ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
19.	Dans ce cas, qui s'occupe de la gestion interne de la maison de santé ?	<input type="text"/>
I10.	La maison de santé est-elle :	Monosite <input type="checkbox"/> Multisite <input type="checkbox"/>
I11.	Existe-t-il une salle de réunion commune ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
I12.	Où les réunions ont-elles lieu ?	<input type="text"/>
I13.	Un pharmacien d'officine est-il présent dans la maison de santé ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
I14.	Le pharmacien est-il présent dans la maison de santé depuis sa création ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
I15.	Depuis quand le pharmacien est-il présent dans la maison de santé ? (en années)	<input type="text"/>

**I16. Le pharmacien adjoint est-il impliqué dans les collaborations inter-professionnelles au sein de la maison de santé ?**

Oui

Non

## **Partie J: Collaborations pluriprofessionnelles**

**J1. Le pharmacien a-t-il accès au dossier patient ?**

Oui

Non

**J2. L'accès du pharmacien au dossier patient est-il limité ?**

Oui

Non

**J3. A quelles options le pharmacien n'a-t-il pas accès ?**

Données socio-démographiques

Informations médicales (anamnèse, allergies, antécédents...)

Informations relatives à la personnes et ses habitudes de vies

Dossier de soins paramédicaux (ex : soins infirmiers, diététiciens, orthophonistes...)

Autre

Autre

**J4. Des consultations pluridisciplinaires sont-elles réalisées au sein de la maison de santé ?**

Oui

Non

**J5. Quelles professions y sont représentées ?**

Médecin généraliste

Médecin spécialiste

Pharmacien

Infirmier

Kinésithérapeute

- Diététicien
- Opticien
- Audioprothésiste
- Ergothérapeute
- Orthophoniste
- Maïeuticien
- Pédicure podologue
- Dentiste
- Orthophoniste

**J6. Des réunions pluridisciplinaires sont-elles réalisées au sein de la maison de santé ?**

Oui

Non

**J7. A quelle fréquence ?**

< 1 réunion par mois

1 par mois

2 par mois

3 par mois

4 par mois

> 4 par mois

**J8. A quelle fréquence le pharmacien titulaire participe-t-il aux réunions pluridisciplinaires organisées au sein de la maison de santé ?**

Toujours

Souvent

Parfois

Rarement

Jamais

**J9. A quelle fréquence le pharmacien adjoint est-il présent aux réunions pluridisciplinaires organisées dans la maison de santé ?**

Toujours

Souvent

Parfois

Rarement

Jamais

Quand le pharmacien titulaire n'est pas disponible

**J10. Comment le pharmacien d'officine participant aux réunions prépare-t-il les réunions pluridisciplinaires ?**

Aucune préparation

Prend connaissance et imprime l'ordonnance du patient

Prend connaissance et imprime l'ordonnance du patient et l'historique de délivrance

Prépare un bilan de médication

Apporte un compte-rendu d'entretien d'étudiant

Apporte les notes de l'équipe

Autre

Autre

**J11. A qui le compte-rendu de la réunion est-il envoyé ?**

A tous les membres de la maison de santé

A ceux qui ont le patient comme "client"

A ceux présent à la réunion

Il n'y a pas de compte-rendu

**J12. Des transmissions sont-elles faites à l'équipe officinale ?**

Oui

Non

**J13. A quelle fréquence ces transmissions sont-elles faites à l'équipe officinale ?**

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

**J14. Sous quelle forme ces transmissions sont-elles faites ?**

- A l'oral
- Note dans le dossier patient
- Au cas par cas
- Dans un compte rendu écrit accessible à tous (mail, classeur...)
- Autre

Autre

**J15. Comment le médecin prépare-t-il les réunions pluridisciplinaires ?**

*Comment le médecin se prépare-t-il aux réunions pluridisciplinaires ?*

- Prend connaissance et imprime la dernière ordonnance du patient
- Prend connaissance et imprime l'historique des prescriptions du patient
- Apporte des notes
- Pas de préparation
- Autre

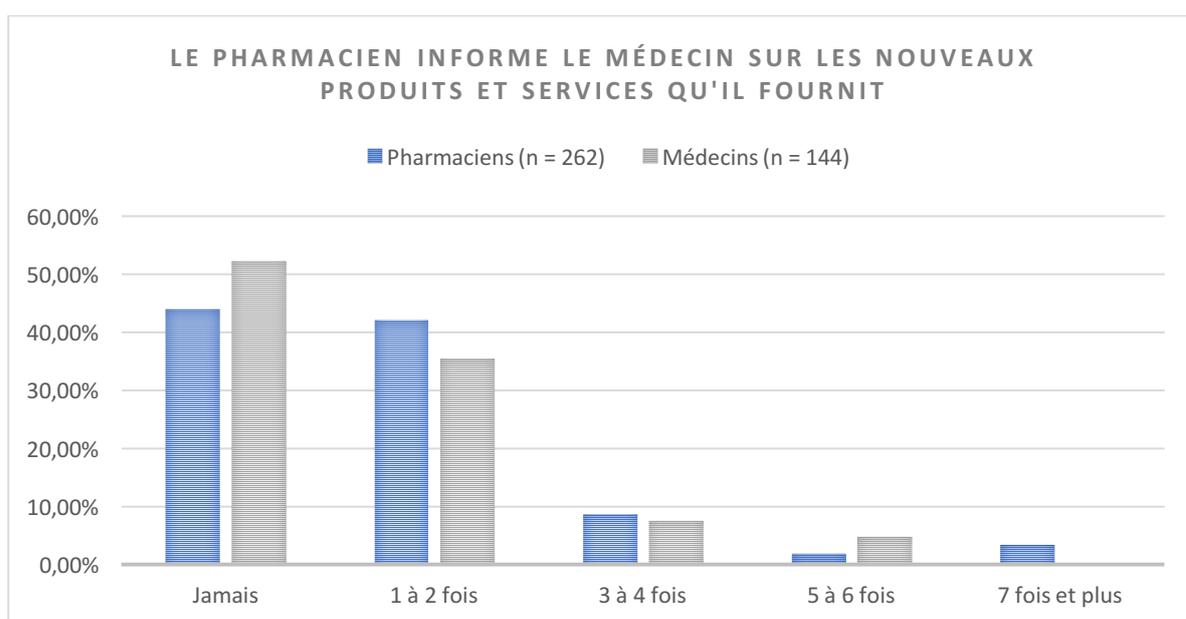
Autre

**J16. Le compte rendu est-il diffusé au pharmacien d'officine en charge du patient ?**

- Oui
- Non

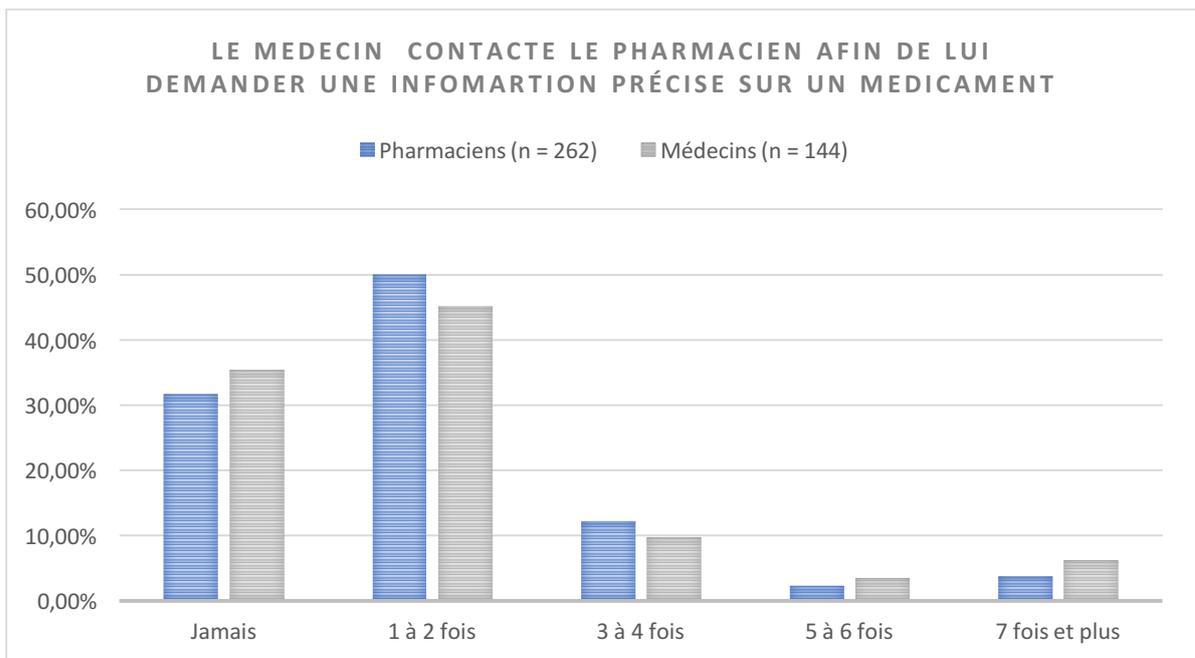
## ANNEXE 2 : Résultats du groupe thématique « stratégies thérapeutiques »

Ce premier groupe de résultats est axé autour des stratégies thérapeutiques. Concernant la première question, il s'agit de connaître la fréquence à laquelle le pharmacien informe le médecin sur les nouveaux produits et services qu'il fournit. La distribution de la fréquence est sensiblement identique entre les médecins et les pharmaciens avec en majorité « jamais » et « 1 à 2 fois » au cours du dernier mois (Figure 21).



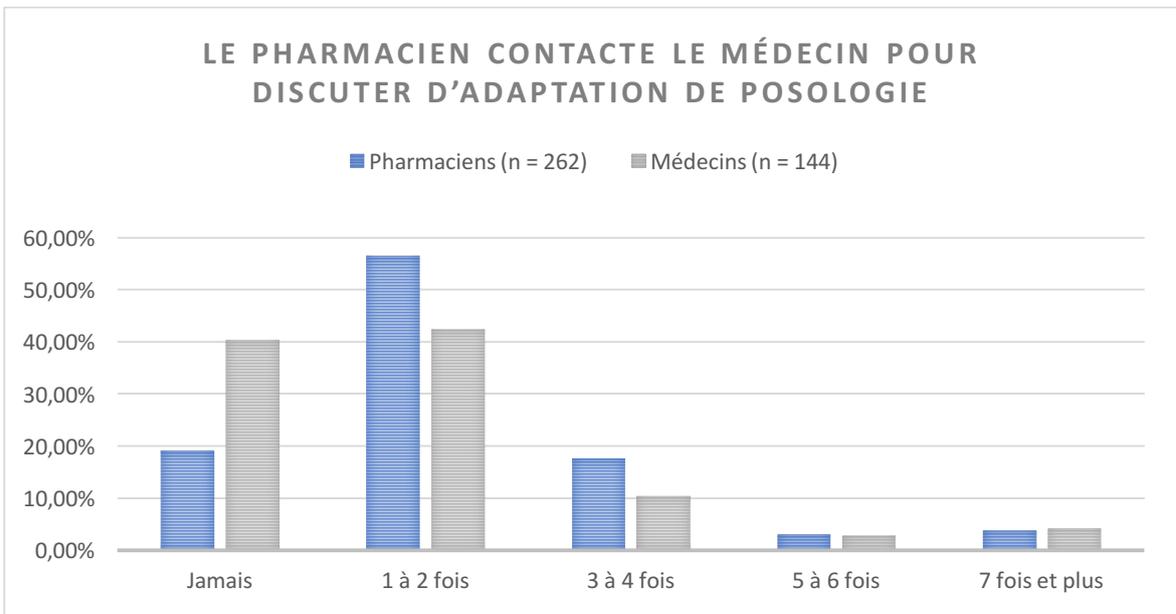
*Figure 21 : Fréquence à laquelle le pharmacien informe le médecin sur les nouveaux produits et services qu'il fournit*

La question suivante cherche à connaître la fréquence à laquelle le médecin contacte le pharmacien afin de lui demander une information précise sur un médicament. De la même manière que précédemment, les réponses « jamais » et « 1 à 2 fois » au cours du dernier mois sont en tête (Figure 22).



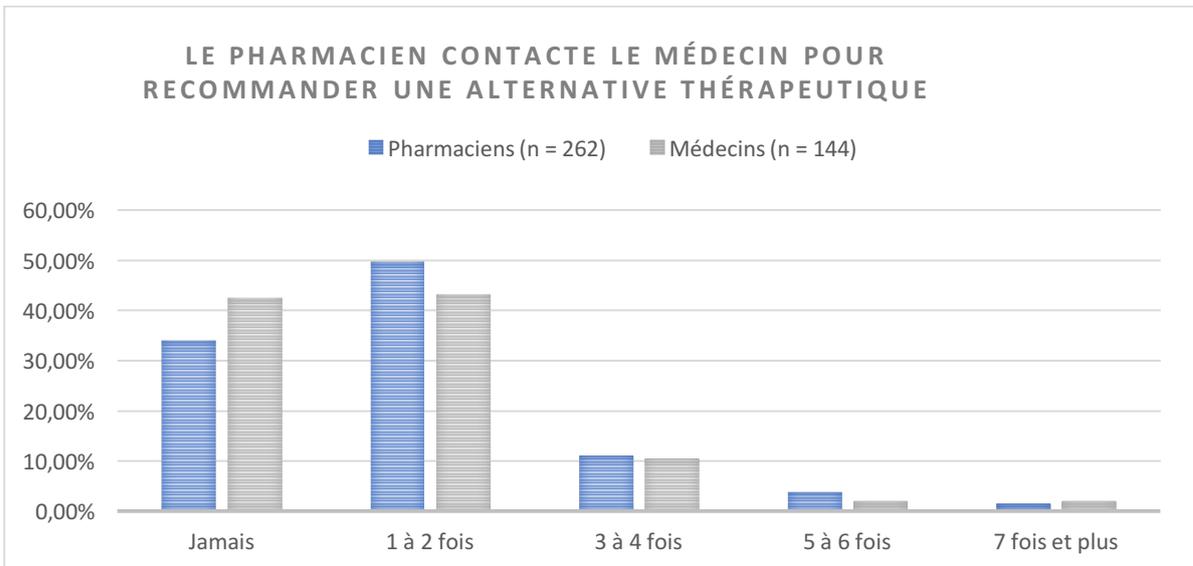
*Figure 22 : Fréquence à laquelle le médecin contacte le pharmacien afin de lui demander une information précise sur un médicament*

La prochaine question s'intéresse à la fréquence avec laquelle le pharmacien a contacté le médecin pour discuter d'adaptation de posologie. Du côté des pharmaciens, la fréquence « 1 à 2 » fois au cours du dernier mois est la plus importante avec 148 pharmaciens sur 262 présents dans l'échantillon. Pour les médecins, les fréquences « jamais » et « 1 à 2 fois » par mois sont proches avec respectivement, 58 et 61 médecins sur les 144 présents dans l'échantillon (Figure 23).



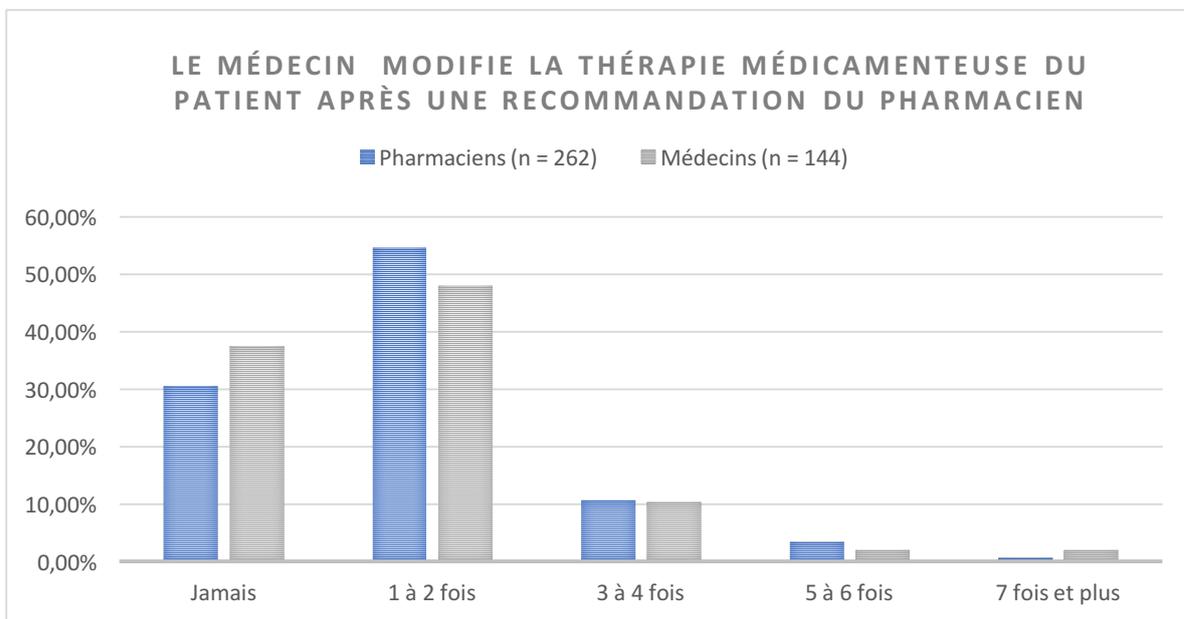
*Figure 23 : Fréquence à laquelle le pharmacien contacte le médecin pour discuter d'adaptation de posologie*

La fréquence avec laquelle le pharmacien contacte le médecin pour recommander une alternative thérapeutique, par exemple, à cause d'un effet indésirable ou encore d'une contre-indication fait l'objet de cette prochaine question. Une fois encore, les fréquences « jamais » et « 1 à 2 fois » sont les principales dans les deux catégories de professionnels (Figure 24).



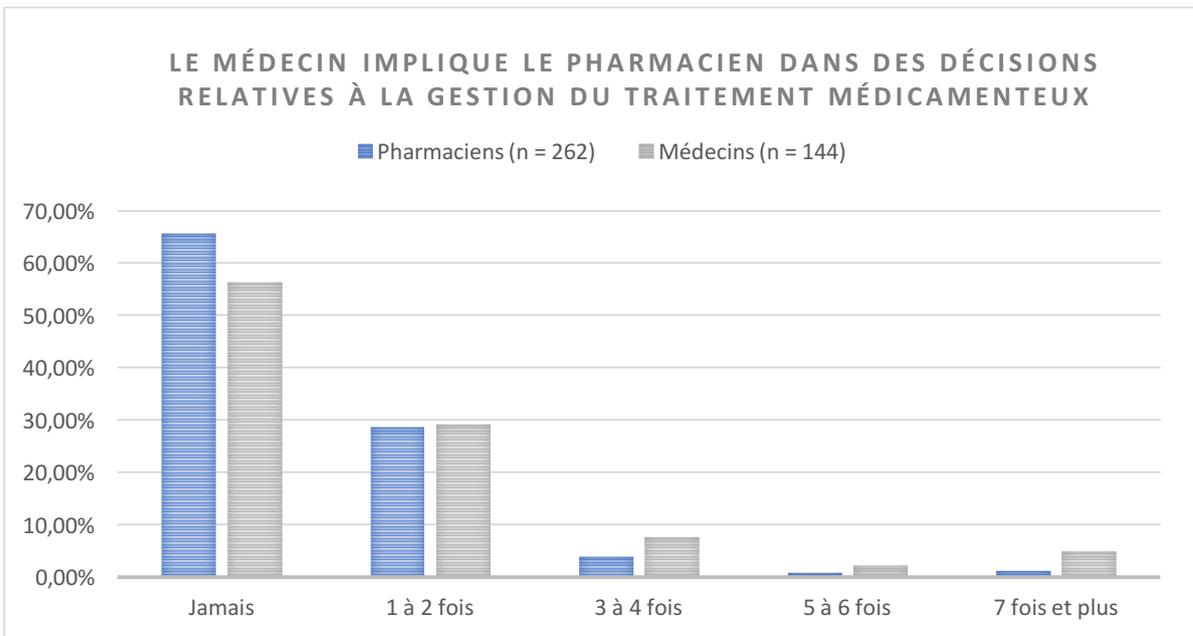
*Figure 24 : Fréquence à laquelle le pharmacien contacte le médecin pour recommander une alternative thérapeutique*

Par la suite, nous avons cherché à connaître la fréquence avec laquelle, dans notre échantillon, le médecin a modifié la thérapie médicamenteuse du patient après une recommandation du pharmacien au cours du dernier mois. C'est le cas majoritairement « 1 à 2 fois » d'après les médecins (48%) et les pharmaciens (54,6%) (Figure 25).



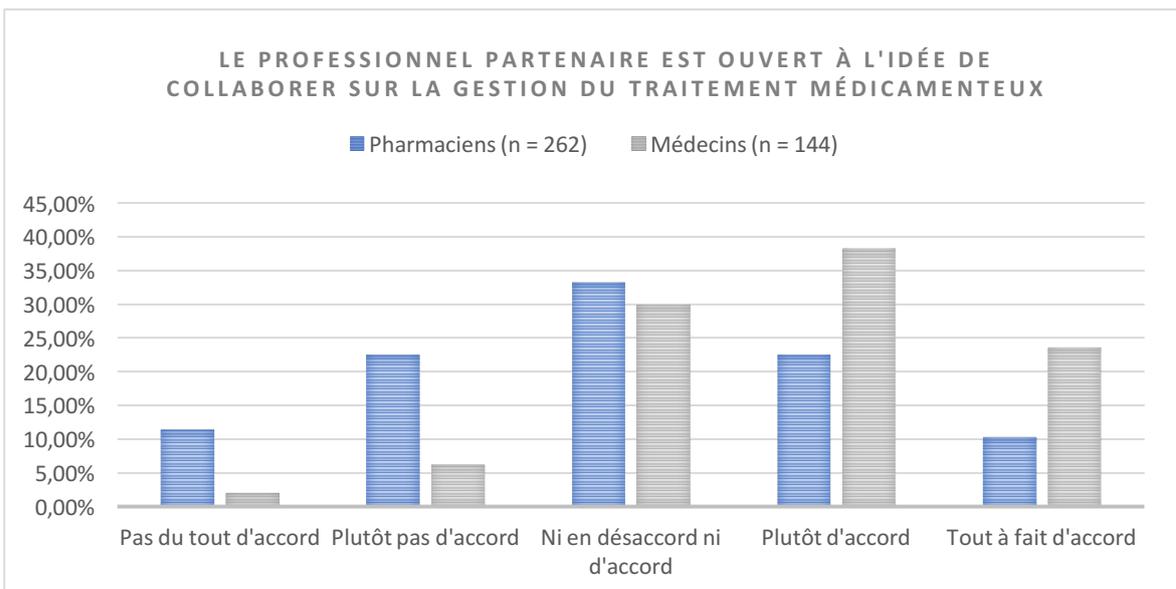
*Figure 25 : Fréquence à laquelle le médecin modifie la thérapie médicamenteuse du patient après une recommandation du pharmacien*

La prochaine question s'intéresse à la fréquence à laquelle le médecin implique le pharmacien dans des décisions relatives à la gestion du traitement médicamenteux. La fréquence « jamais » est la plus répandue chez les deux professionnels avec 81 médecins sur 144 et 172 pharmaciens sur 262 ayant opté pour celle-ci (Figure 26).



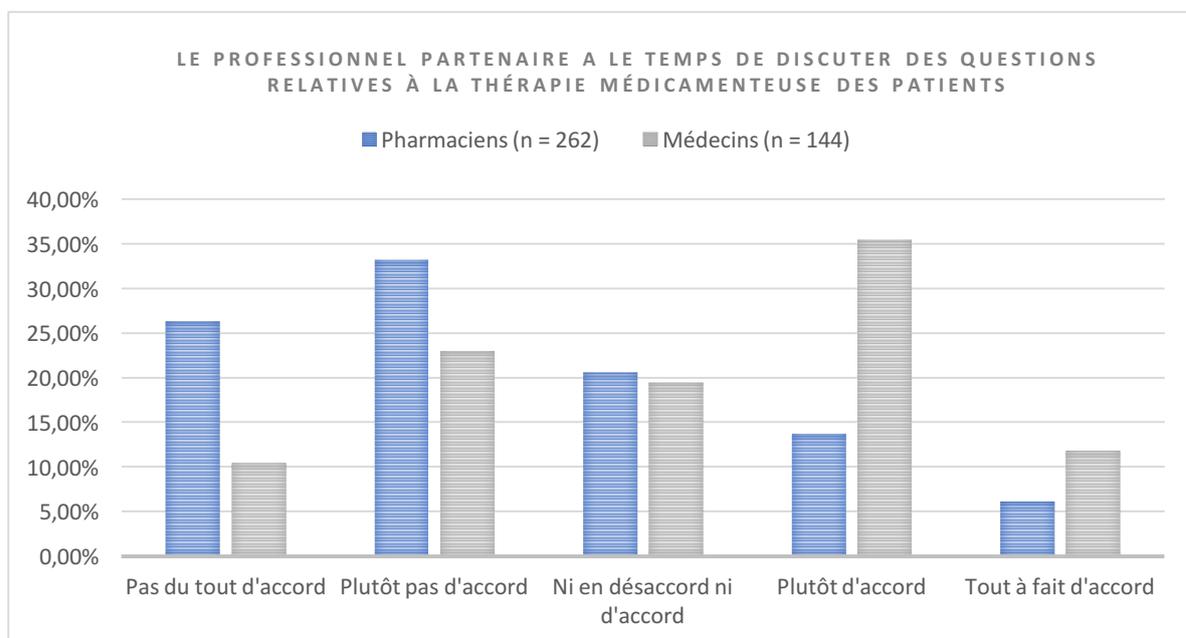
*Figure 26 : Fréquence à laquelle le médecin implique le pharmacien dans des décisions relatives à la gestion du traitement médicamenteux*

Par la suite, le questionnaire cherche à savoir si le médecin (pour les pharmaciens) ou le pharmacien (pour les médecins) est ouvert à l'idée de collaborer sur la gestion du traitement médicamenteux de patients. On remarque que les médecins sont dans l'ensemble « plutôt d'accord » avec 38,2% des répondants alors que les pharmaciens semblent plutôt partagés avec une majorité de « ni en désaccord ni d'accord » à 33,2% (Figure 27).



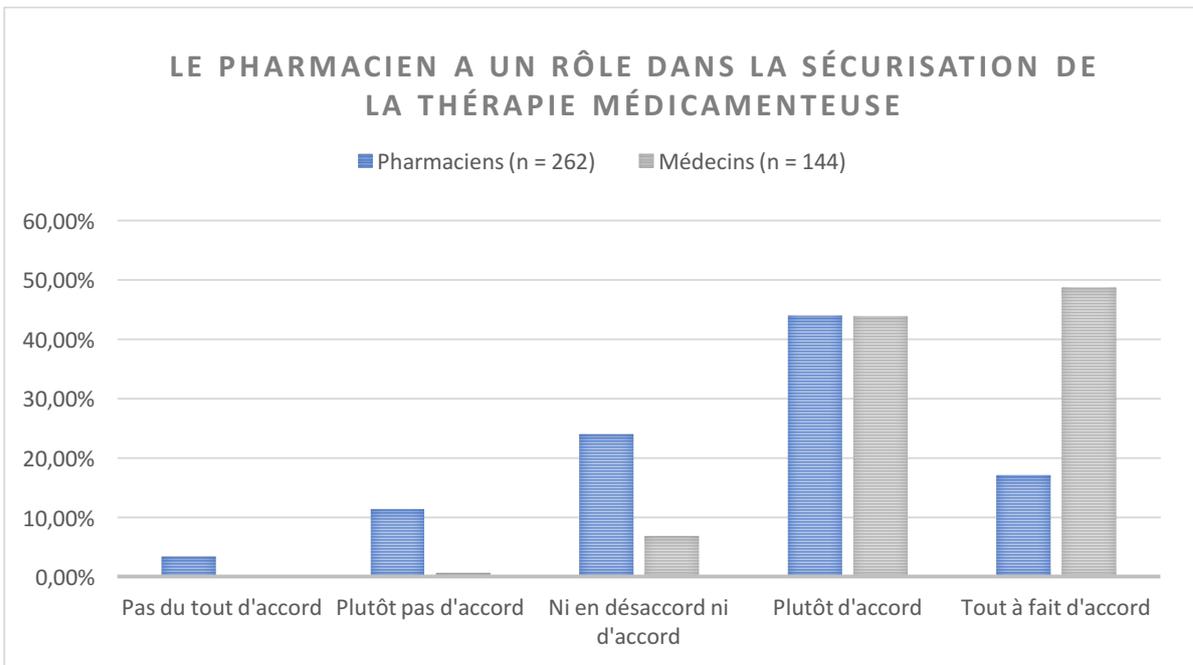
*Figure 27 : Le professionnel partenaire est ouvert à l'idée de collaborer sur la gestion du traitement médicamenteux*

De la même manière, la question suivante vise à étudier si le professionnel partenaire a le temps de discuter des questions relatives à la thérapie médicamenteuse des patients. Encore une fois l'avis est partagé avec les médecins qui semblent « plutôt d'accord » (35,4 %) et les pharmaciens, eux, ne sont « plutôt pas d'accord » (33,2%) (Figure 28).



*Figure 28 : Le professionnel partenaire a le temps de discuter des questions relatives à la thérapie médicamenteuse des patients*

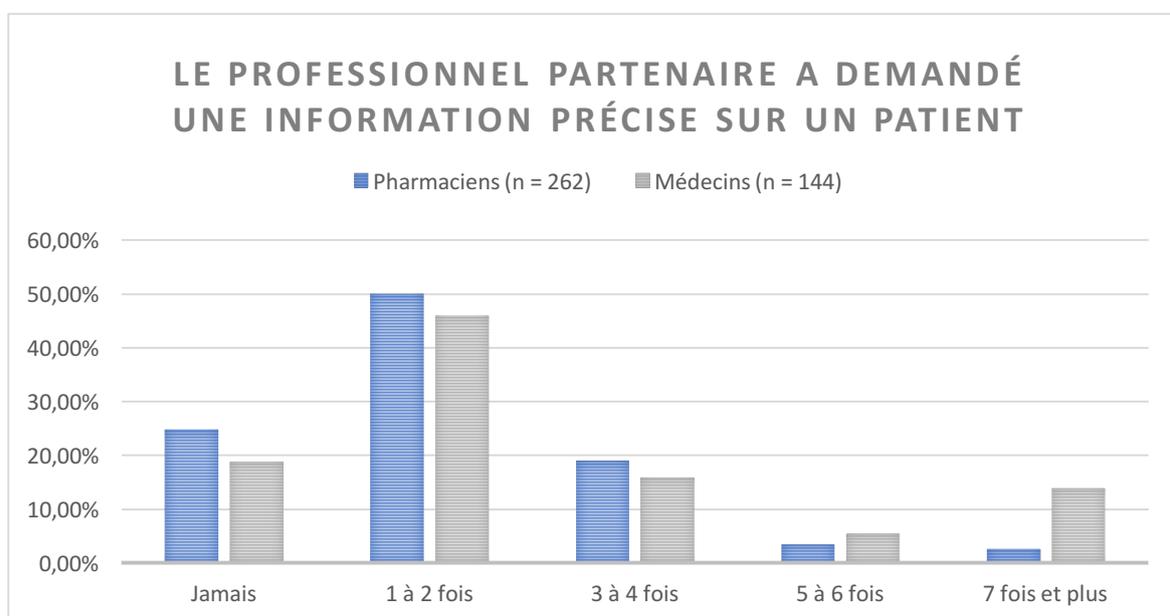
Enfin, la dernière question de cette première partie s'intéresse au point de vue des professionnels sur le rôle du pharmacien dans la sécurisation de la thérapie médicamenteuse, par exemple, identifier les interactions médicamenteuses, les effets indésirables ou encore les contre-indications. A cette interrogation les pharmaciens semblent « plutôt d'accord » (43,9%). En ce qui concerne les médecins de l'échantillon, plus de 90% des réponses sont réparties entre la formule « plutôt d'accord » et « tout à fait d'accord » (Figure 29).



*Figure 29 : Le pharmacien a un rôle dans la sécurisation de la thérapie médicamenteuse*

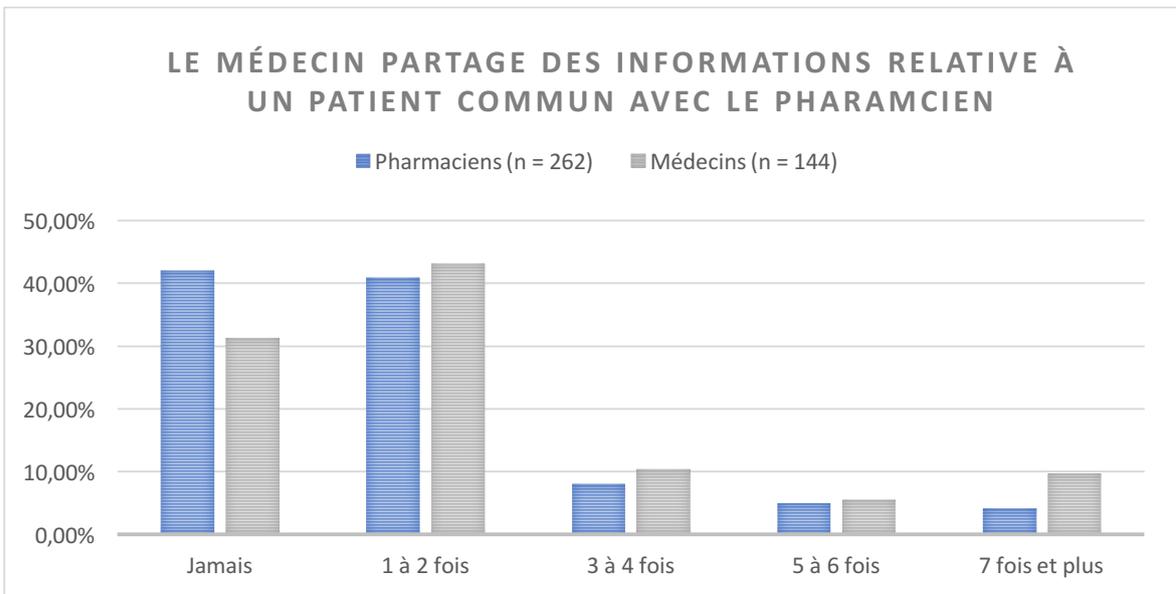
### ANNEXE 3 : Résultats du groupe thématique « patients »

Ce second groupe de résultats est axé sur la coopération entre les professionnels relative au patients communs. Il se compose de trois questions dont la première vise à connaître la fréquence avec laquelle le professionnel partenaire a contacté le professionnel répondant, à savoir le médecin pour le pharmacien et le pharmacien pour le médecin, pour demander une information précise sur un patient. Largement, les deux profils de professionnels sont en accord sur le fait que le professionnel partenaire les a contactés « 1 à 2 fois » (50% pour les pharmaciens et 45,9% pour les médecins) au cours du dernier mois à ce sujet (Cf. Figure 30).



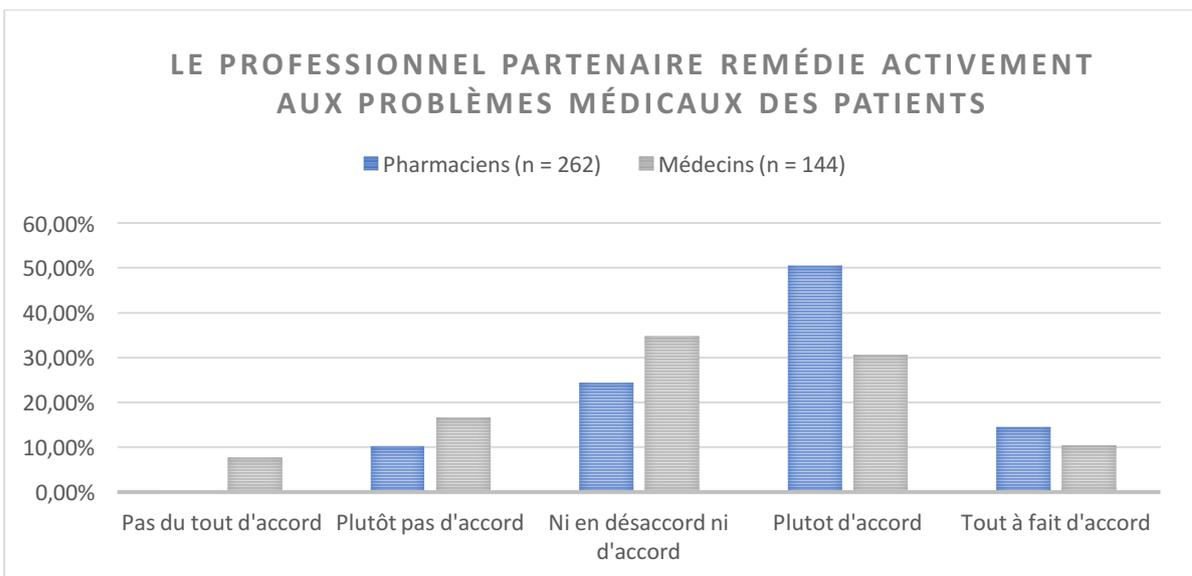
*Figure 30 : Fréquence à laquelle le professionnel partenaire a demandé une information précise sur un patient*

La seconde question de ce groupe concerne la fréquence à laquelle le médecin a partagé des informations relatives à un patient commun avec le pharmacien. On remarque que les pharmaciens et les médecins sont en accord avec le fait que la fréquence est « jamais » (respectivement 42% et 31,2%) ou bien « 1 à 2 fois » (respectivement 40,1% et 43,06%) au cours du dernier mois (Cf. Figure 31).



*Figure 31 : Fréquence à laquelle le médecin partage des informations relatives à un patient commun avec le pharmacien*

Enfin la dernière question de ce groupe spécifique aux patients cherche à recueillir le point de vue des répondants sur le fait que, le professionnel partenaire avec lequel il travaille, remédie activement aux problèmes médicaux des patients. A cette question, les pharmaciens sont « plutôt d'accord » à 50,4%. Les médecins eux, sont plus partagés entre « ni en désaccord ni d'accord » à 34,7% et « plutôt d'accord » à 30,6% (Cf. Figure 32).



*Figure 32 : Le professionnel partenaire remédie activement aux problèmes médicaux des patients*



# 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 ».**

**IMPACT DU REGROUPEMENT PLURIPROFESSIONNEL EN MAISON DE SANTÉ SUR LA COLLABORATION ENTRE LES MÉDECINS ET LES PHARMACIENS D'OFFICINE**

**RÉSUMÉ :**

Le système de santé français se transforme pour faire face aux nouveaux défis liés à la transition épidémiologique. Cela se traduit par une réorganisation du premier recours et la volonté de créer un parcours de soins efficace et efficient. La coordination et les pratiques de travail pluridisciplinaire sont des moyens utilisés pour réaliser cet objectif. Les MSP sont des lieux d'interaction privilégiés entre les médecins et les pharmaciens. C'est pourquoi, dans ce travail nous interrogeons la relation de ce binôme en fonction de son mode d'exercice. Pour cela, un questionnaire auto-administré a été diffusé à destination des médecins et des pharmaciens français. L'échantillon se compose de 406 répondants dont 144 médecins (35,5%) et 262 pharmaciens (64,5%). Parmi eux, 44 (10,8%) exercent en MSP dont 14 pharmaciens (5,3%) et 30 médecins (20,8%). Trois axes stratégiques se distinguent concernant la communication et les relations professionnelles. Premièrement la communication, favorisée par la proximité géographique qu'offrent les MSP, elle est un levier essentiel pour les professionnels ne souhaitant plus exercer de manière isolée. Ensuite la confiance, cette notion évolutive est directement liée à la communication et la connaissance réciproque de l'autre professionnel et de ces pratiques. Enfin la coopération, elle permet à l'équipe interdisciplinaire de mener à bien ces projets de santé dont la finalité est d'améliorer l'état de santé des patients du territoire. Finalement, les MSP favorisent les travaux collaboratifs et font évoluer les pratiques professionnelles traditionnelles afin de créer un parcours de soins coordonné, prenant en compte le patient dans sa globalité.

**MOTS CLÉS :** Pharmaciens, médecins, maison de santé pluridisciplinaire, communication, collaboration, coopération, confiance, coordination, soins primaires

**FILIÈRE :** Pharmacie officine