

Le pharmacien au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles en Bretagne

Hélène Salsmann

▶ **To cite this version:**

Hélène Salsmann. Le pharmacien au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles en Bretagne. Sciences pharmaceutiques. 2019. dumas-03270054

HAL Id: dumas-03270054

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03270054

Submitted on 24 Jun 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.

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE

U.F.R. de Pharmacie

THESE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Soutenue publiquement le Lundi 21 Octobre 2019

Par

Hélène SALSMANN

LE PHARMACIEN AU SEIN DES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES EN BRETAGNE

Jury

Président : Monsieur P. SONNET, Professeur à l'Université d'Amiens
Membres : Madame C. DEMAILLY, Professeur à l'Université d'Amiens
Madame H. COLLET, Docteur en Pharmacie

Thèse n°64

Remerciements

Je remercie chaleureusement toutes les personnes qui m'ont aidée pendant l'élaboration de ma thèse et notamment ma directrice Madame le professeur Catherine Demailly, pour son intérêt et son soutien, sa grande disponibilité et ses conseils durant la rédaction de ma thèse.

Je tiens aussi à remercier Monsieur le professeur Pascal Sonnet pour son accompagnement et sa confiance durant l'ensemble de mon cursus. Je n'aurais pas eu ce parcours sans ses encouragements.

Je remercie aussi chaleureusement Monsieur François-Xavier Schweyer pour sa confiance, les échanges que nous avons pu avoir et ses conseils.

Au terme de ce long parcours, je remercie enfin celles et ceux qui me sont chers. Leurs attentions et encouragements m'ont accompagnée tout au long de ces années. A Pierre pour son soutien, son amour et sa patience, à mes parents et mon frère, pour leur soutien moral et matériel et leur confiance indéfectible dans mes choix. Merci à l'ensemble des personnes qui ont accompagné ce chemin (plus particulièrement à Aude et Romain). Enfin, j'ai une pensée toute particulière pour Salomé, dont la rencontre est arrivée à la fin de ce cursus mais qui l'a rendu d'autant plus passionnant.

Sommaire

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION 9

2. LE SYSTEME DE SANTE FRANÇAIS : RAPPELS HISTORIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES 13

3. LE PHARMACIEN D'OFFICINE : LES EVOLUTIONS D'UNE PROFESSION ANCREE DANS LES SOINS PRIMAIRES 19

3.1. LA PROFESSION DE PHARMACIEN D'OFFICINE 19
3.1.1. SON STATUT ET COMPETENCES 19
3.1.2. MONOPOLES 21
3.1.3. INSTALLATION 22
3.1.4. NOUVELLES MISSIONS : LA LOI HOPITAL PATIENT SANTE TERRITOIRE (HPST) 23
3.1.5. LA STRATEGIE NATIONALE DE SANTE 26
3.2. EVOLUTION DE LA PROFESSION 28
3.2.1. MENACES PESANT SUR LA PROFESSION 28
3.2.2. LES SCANDALES DE SANTE PUBLIQUE 31
3.2.3. EVOLUTION DU MODE D'EXERCICE 32
3.2.4. RELATION AVEC LE PATIENT 33
3.2.5. RAPPORT AUX AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE 35

4. LES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES : UN ENJEU POUR LES PHARMACIENS 38

4.1. LE CADRE LEGISLATIF D'UN NOUVEL INSTRUMENT D'ACTION PUBLIQUE 38
4.1.1. DEFINITION 38
4.1.2. LES CONDITIONS D'ELIGIBILITE A UN FINANCEMENT PUBLIC 39
4.1.3. L'ACCORD CONVENTIONNEL INTERPROFESSIONNEL 41
4.2. UNE SITUATION REGIONALE : LA BRETAGNE 43
4.2.1. L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION BRETONNE 43
4.2.2. LA SITUATION DES PHARMACIENS BRETONS 48
4.2.3. LA SITUATION DES MEDECINS GENERALISTES BRETONS 50
4.2.4. LES MSP EN BRETAGNE ET LES PROFESSIONNELS IMPLIQUES 52
4.2.5. MOTIVATIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTE ET DU PHARMACIEN A ENTRER DANS UNE MSP 56
4.3. LA SOCIETE INTERPROFESSIONNELLE DE SOINS AMBULATOIRES (SISA) 58
4.3.1. STRUCTURATIONS JURIDIQUES PREEXISTANTES 58
4.3.2. OBJECTIFS DE LA SISA 59
4.3.3. STATUTS ET CONSTITUTION DE LA SISA 60

4.3.4. LA SISA ET LE PHARMACIEN 61
4.3.5. LA STRUCTURATION JURIDIQUE CONSEILLEE AUX MSP 62
4.4. LES SYSTEMES D'INFORMATION PARTAGES ET LA MESSAGERIE SECURISEE 63
4.4.1. LES ENJEUX LIES AU PARTAGE DES INFORMATIONS 63
4.4.2. LES SYSTEMES D'INFORMATION PARTAGES AU SEIN DES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES 64
4.4.3. LE PHARMACIEN ET LES SYSTEMES D'INFORMATION PARTAGES AU SEIN DE LA MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE 65
4.4.4. UTILISATION DES SYSTEMES D'INFORMATION PARTAGES 67

5. REFLEXION 69

5.1. LES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES 70
5.1.1. UN DISPOSITIF EN REPONSE AUX ENJEUX DES SOINS PRIMAIRES ET DES BESOINS DES PROFESSIONNELS DE SANTE 70
5.1.2. POUR UN DECLOISONNEMENT ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTE EXCLUSIVEMENT ? 71
5.1.3. POUR QUELLE EVALUATION ? 73
5.2. LES PHARMACIENS EN BRETAGNE 74
5.2.1. UN PILIER DES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES 74
5.2.2. L'ENJEU DE LA FORMATION DU PHARMACIEN ET DES PROFESSIONNELS DE SANTE 75
5.3. LES MSP, LABORATOIRES D'EXPERIMENTATIONS POUR FAIRE EVOLUER LE METIER DE PHARMACIEN ? 77
5.3.1. LE PHARMACIEN CORRESPONDANT 77
5.3.2. LE PHARMACIEN PRESCRIPTEUR 78
5.3.3. LA TELEMEDECINE 79
5.3.4. LE BILAN DE MEDICATION PARTAGE 80

6. CONCLUSION 82

TABLE DES FIGURES

FIGURE 1 : PYRAMIDE DE GRADATION DE LA PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS 17

FIGURE 2: POPULATION TOTALE PAR SEXE ET AGE AU 1ER JANVIER 2013 (EN %) [48] 44

FIGURE 3 : ÉVOLUTION DES TAUX STANDARDISES DE MORTALITE PAR CANCERS ET MALADIES CARDIO-VASCULAIRES ENTRE 1982-1984 ET 2011-2013 [48] 46

FIGURE 4 : ÉVOLUTION DES TAUX STANDARDISES DE MORTALITE PAR SUICIDE SELON LE SEXE EN BRETAGNE ET EN FRANCE DE 2000 A 2013 [48] 47

FIGURE 5 : ACCESSIBILITE DES PHARMACIES A MOINS DE 15 MINUTES PAR LA ROUTE [48] 48

FIGURE 6 : CARTOGRAPHIE REGIONALE DES TITULAIRES AGES DE 55 ANS OU PLUS [48] 49

FIGURE 7 : CARTOGRAPHIE REGIONALE DU NOMBRE DE PHARMACIENS ADJOINTS PAR OFFICINE EN BRETAGNE [48] 50

FIGURE 8 : ZONAGE DES MEDECINS - CARTE SOUMISE A CONCERTATION PAR L'ARS BRETAGNE 51

FIGURE 9 : MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES RECENSEES AU 1ER MAI 2018 [52] 53

FIGURE 10 : EVOLUTION DU NOMBRE DE MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES EN FONCTIONNEMENT EN BRETAGNE [52] 54

FIGURE 11 : STRUCTURATION JURIDIQUE CONSEILLEE POUR LES MSP (SOURCE : TRAVAIL PERSONNEL) 62

TABLE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : TYPOLOGIE DES OFFICINES FRANCAISES SELON ALLIANCE HEALTHCARE [31] 29

TABLEAU 2 : REPARTITION DEPARTEMENTALE DES 100 MSP REPERTORIEES AU 1ER JANVIER 2018 EN FONCTION DU ZONAGE DE L'ARS [52] 55

TABLEAU 3 : PROFESSIONNELS DE SANTE IMPLIQUES DANS LES MSP DU TERRITOIRE BRETON [50] 56

Liste des sigles utilisés

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

AME : Aide Médicale d'Etat

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

ARS : Agence Régionale de Santé

ASIP : Agence des systèmes d'information partagés de santé

AVK : Anti-Vitamines K

BNC : Bénéfices Non Commerciaux

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CMU-c : Couverture Maladie Universelle complémentaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSG : Contribution Sociale Généralisée

CSP : Code de la Santé Publique

DMP : Dossier Médical Partagé

DP : Dossier Pharmaceutique

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ECG : ElectroCardioGramme

EHPAD : Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes

GIE : Groupement d'Intérêts Economiques

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patient, Santé et Territoire

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

LAD : Logiciel d'Aide à la Dispensation

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

ONDAM : Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie

OOP : Out of Pocket Payments

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

PAERPA : Parcours de santé des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

PIB : Produit Intérieur Brut

PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

PPI : Plan Particulier d'Intervention

PRS : Plan Régional de Santé

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

CLS : Contrat Local de Santé

ROME : Répertoire Opérationnel des Métiers

SCM : Société Civile de Moyens

SCP : Société Civile Professionnelle

SEL : Société d'Exercice Libéral

SIP : Système d'Information Partagé

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SNS : Stratégie Nationale de Santé

SPFPL : Société de Participation Financière de Professions Libérales

SROS : Schéma Régional de l'Offre de Soins

TPE : Très Petite Entreprise

Uncam : Union nationale des caisses d'assurance maladie

1. Introduction

En France, second pays le plus peuplé de l'Union Européenne avec 66 992 699 millions d'habitants [1], les indicateurs d'état de santé de la population sont globalement satisfaisants : l'espérance de vie moyenne à la naissance est par exemple de 82,4 ans (80,6 ans dans l'Union Européenne) [2]. Cependant, certains indicateurs témoignent d'inégalités dans l'accès aux soins, notamment sur la base de critères socioéconomiques et géographiques.

L'espérance de vie moyenne cache des inégalités en termes de mortalité. Par exemple, la mortalité prématurée chez les hommes due notamment à des conduites addictives telles que le tabagisme ou l'alcoolisme [3]. Ces inégalités à la fois en matière d'accès aux soins et de conduites à risques sont à mettre en lien avec une recomposition de l'offre des soins dont les raisons sont multiples.

En premier lieu, la part des personnes âgées dans la population française augmente et nécessite une évolution de leur prise en charge. Au 1er janvier 2018, la part des personnes âgées de plus de 65 ans représentait ainsi près de 19,6% [4] de la population française, part qui va augmenter dans les années à venir et atteindrait en 2050, 27,1% [4] de personnes âgées de plus de 65 ans. Cette augmentation entraine un nouveau risque social, la perte d'autonomie étant souvent prise en charge par la famille. Dans un second temps, cette population est fréquemment touchée par des polypathologies et des pathologies chroniques, entraînant des changements dans la prise en charge et la nécessité pour de nombreux acteurs de la politique de santé d'une coopération plus complète et pérenne.

Les professionnels de santé de la nouvelle génération souhaitent majoritairement une évolution des pratiques professionnelles. Ainsi, les médecins généralistes libéraux et les pharmaciens souhaitent une meilleure articulation entre vie professionnelle et vie personnelle, grâce notamment à la mise en place de lieux de pratique professionnelle regroupée [5]. En effet malgré un nombre de médecins généralistes au plus haut et un nombre de pharmaciens assurant

un maillage territorial fin, la répartition est parfois inégale selon les territoires [6].

Enfin, l'arrivée sur le marché de nouveaux outils numériques favorisant une meilleure coordination entre professionnels de santé constitue un réel levier pour la recomposition de l'offre de soins et la coordination entre les différents professionnels de santé, dont le pharmacien. En effet, l'orientation actuelle des politiques en matière de santé tend vers une prise en compte de la notion de parcours de santé et non plus de parcours de soins qui ne tiendrait pas compte des dimensions sociales et médico-sociales inhérentes à une prise en charge complète de l'usager. La loi de modernisation de notre système de santé (Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016) a ainsi permis la création de nombreux dispositifs de coordination du parcours de soins oscillant entre une approche populationnelle via les dispositifs PAERPA (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie), les CLIC (centres locaux d'information et de coordination gérontologique) ou la méthode MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) et une approche holistique avec des dispositifs tels que les plateformes territoriales d'appui (PTA) ou les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).

La coordination des soins autour du patient apparaît comme une nécessité mais soulève la question d'une coordination de l'ensemble des professionnels conduisant à une prise en charge globale incluant les dimensions sociales et médicosociales de l'usager du système de soins. Cette question de la coordination a aussi affecté la profession de pharmacien d'officine, acteur clé des soins primaires ou soins de premiers recours. Ainsi, l'actualité témoigne des changements et des questionnements en cours pour cette profession. Récemment, dans le cadre du vote du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale 2019 (PLFSS), un amendement à l'article 43 du projet de loi a été déposé afin de lancer une expérimentation de 3 ans sur la dispensation par les pharmaciens de médicaments de prescription obligatoire dans le cadre de protocoles. Cet amendement a, dans un premier temps, été voté et finalement rejeté le 26

octobre 2018 suite à une mobilisation notamment du corps médical, et des médecins plus particulièrement. A la place de cette proposition, a été adoptée une autre expérimentation : le pharmacien pourra être amené à renouveler les traitements pour des pathologies chroniques ou ajuster des posologies en accord avec le médecin. Ce débat dans le cadre du vote du PLFSS témoigne du questionnement existant autour de la place du pharmacien dans le système de santé, dans l'élaboration des politiques publiques liées à la santé, suscitant à la fois débats et controverses.

C'est sur la base de ce questionnement que j'ai choisi de travailler pour cette thèse, et plus particulièrement sur la place du pharmacien au sein d'un dispositif que j'ai eu l'occasion d'étudier en Bretagne, les maisons de santé pluriprofessionnelles. Celles-ci se développent en France et interrogent sur la coordination entre professionnels de santé, dont les pharmaciens, particulièrement actifs au sein de ce dispositif.

Pour l'écriture de cette thèse, j'ai réalisé une revue de littérature sur le métier de pharmacien et sur son rôle de coordination dans d'autres pays que la France, en Europe et sur le continent américain. Sur le système de santé français et les différentes réformes en cours, j'ai pris le parti d'arrêter ce travail à la fin de l'année 2018. Ainsi celui-ci ne tient pas compte des évolutions de 2019 en la matière. Enfin, afin d'avoir une approche plus centrée sur les professionnels de santé et sur la région Bretagne, j'ai rencontré plusieurs personnes dans le cadre d'entretiens semi-directifs :

- le responsable de l'offre ambulatoire au sein de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bretagne,
- une pharmacienne inspectrice de santé publique à l'ARS Bretagne,
- deux pharmaciens exerçant au sein d'une MSP,
- et une médecin généraliste impliquée dans une MSP avec des pharmaciens.

Afin d'aborder la place du pharmacien au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles en Bretagne, je m'attacherai dans un premier temps à établir un état des lieux du système de santé français et de la législation actuelle en matière de santé publique. Ensuite, il s'agira de comprendre la dynamique actuelle de la profession du pharmacien d'officine en France, et à titre d'exemple en Bretagne, et de la relation entre le pharmacien et le patient. La troisième partie portera sur les maisons de santé pluriprofessionnelles, et une attention particulière sera portée à la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) et les systèmes d'informations partagés (SIP), outils indispensables à la participation du pharmacien au projet de MSP. Dans un dernier temps, des réflexions concernant les évolutions envisagées pour le pharmacien d'officine, notamment en matière de coordination, et les maisons de santé pluriprofessionnelles seront discutées.

2. Le système de santé français : rappels historiques et bibliographiques

Le système de santé français est un système particulier au sein de l'Europe et dans le monde. Son objectif est d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population française grâce à deux fonctions :

- la fonction production de soins et de services qui regroupe les différentes composantes de l'offre de soins du territoire (hospitalière, médecine de ville, médecine ambulatoire) ;
- la fonction veille et sécurité sanitaire qui s'exerce au travers des agences de sécurité sanitaire (ANSM, HAS…).

En France, la sécurité sociale et l'assurance maladie furent créées en 1945 à la fin de la seconde guerre mondiale. Le système français repose sur un système "mixte" et donc unique car basé sur deux approches historiques opposées : une approche bismarckienne et une approche beveridgienne. Le système bismarckien est organisé sous la forme d'assurance sociale nécessitant des contributions sociales. Il fut créé en 1880 en Allemagne par Otto von Bismarck, l'objectif étant de mettre en place un système d'assurance sociale qui garantisse les risques liés à la santé (étendus ensuite à la vieillesse) pour les ouvriers. Le système bismarckien couvre donc les actifs qui cotisent pour avoir droit à une prestation de santé, une part des dépenses restant à charge (ticket modérateur). Le patient conserve en contrepartie une liberté totale dans le système de santé. Le système beveridgien est lui un système national centré sur l'Etat, qui a une philosophie universaliste avec des contributions par l'impôt. Il fut créé par William Beveridge en 1942 au Royaume-Uni et avait pour premier objectif de lutter contre la pauvreté durant cette période de guerre. Il va créer un modèle étatiste, garantissant à tous le droit à la protection sociale (sans reste à charge), organisé autour d'un système national de santé qui

délivre les soins et les produits de santé, limitant ainsi les libertés des patients en matière de choix [7].

Ainsi, le système français couvre quasiment la totalité de la population française mais un reste à charge existe toujours pour le patient (ticket modérateur, franchise sur les médicaments, forfaits pour les actes lourds) qui doit aussi avancer ses frais de santé (remboursés en partie par la suite).

Afin de financer le système de santé et ce qu'on nomme la dépense courante de santé, la France consacre une part conséquente de son produit intérieur brut (PIB) au domaine de la santé : 11,5% du PIB en 2016 (pourcentage supérieur à la moyenne européenne qui était de 10,4 la même année) [8]. Ce financement est réalisé grâce à différents prélèvements [9] :

- les contributions sociales principalement (pour 61% du total) provenant à la fois de contributions des employés et des employeurs,
- les impôts basés sur le revenu et les impôts comme la CSG (contribution sociale généralisée) qui est basée sur l'ensemble des revenus et non sur les seuls revenus du travail (24%),
- les contributions publiques provenant de l'Etat (à hauteur de 12%) et d'autres contributions.

Ces dernières années, les impôts prélevés sur les revenus et les contributions telles que la CSG ont eu tendance à augmenter entrainant une diminution relative de la part des contributions sociales [9].

L'assurance maladie en France est l'organisme permettant de solvabiliser l'accès aux soins, elle couvre 95% de la population en fonction du travail occupé (régime général, régime agricole et régimes spéciaux qui incluent les fonctionnaires, les salariés des grandes entreprises nationales, les électriciens et les gaziers…) et comprend 3 composantes [7] :

- La sécurité sociale qui couvre plusieurs risques : maladie, vieillesse et famille et ce depuis 1945. Le dispositif d'assurance chômage date quant à lui de 1958. Cette composante représente environ 190 milliards d'euros soit 75,9% des dépenses de santé en 2014 [11] .
- Les assurances complémentaires obligatoires (mutuelles et prévoyances) : elles sont chargées de couvrir l'ensemble des frais liés à la santé des Français. Ces assurances complémentaires permettent de rembourser les co-paiements requis par le système public, une couverture pour certains biens médicaux (lunettes, appareils auditifs…) et des services peu couverts par le système d'assurance maladie. Pour les Français à faibles revenus, existe depuis 2000 la couverture mutuelle universelle complémentaire (CMU-c), permettant de couvrir les dépenses complémentaires liées à la santé.
- L'aide médicale d'état est un dispositif d'accès aux soins pour les personnes en situation irrégulière résidant sur le territoire français de manière stable depuis plus de 3 mois et sous condition de ressources.

De manière générale, les patients paient leurs fournisseurs de soins directement et sont ensuite remboursés par l'assurance maladie. Ainsi, le reste à charge des patients français correspond à 7% de la dépense courante de santé, se situant en dessous de la moyenne de l'Union Européenne. La France se situe ainsi parmi les pays de l'OCDE avec la plus importante dépense en matière de santé et le plus faible reste à charge pour sa population [10].

Les niveaux de régulation du système de santé français sont multiples [7] :

- au niveau central et national, le gouvernement et le Premier Ministre avec le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale et le Ministère de l'Action et des comptes publics sont chargés de définir les politiques de santé et de maîtriser les dépenses de santé ; l'Assemblée Nationale est chargée de voter le budget annuel alloué aux dépenses de

l'assurance maladie via le vote de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), qui définit également l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM).

- Au niveau régional via les Agences Régionales de Santé, créées en 2010 par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009. Elles sont chargées de planifier et d'allouer les ressources au niveau régional.

Les soins en France sont délivrés de manière mixte entre :

- Le secteur privé ;
- Les hôpitaux publics ;
- Le secteur libéral ;
- Les hôpitaux privés à but non lucratif ;
- Les hôpitaux privés à but lucratif.

On comptait en 2015 environ 1 900 000 de professionnels de santé en France dont 319 médecins pour 100 000 habitants et 1000 infirmières pour 100 000 habitants (chiffres comparés aux moyennes de l'Union Européenne : 347 médecins et 850 infirmières pour 100 000 habitants). Plus spécifiquement, la densité de médecins généralistes sur le territoire national est de 298 pour 100 000 habitants en 2014 [12].

Il existe aussi une grande inégalité de répartition sur le territoire français, notamment pour les médecins spécialistes. Cette inégalité de répartition peut s'expliquer partiellement par la non-régulation géographique des professionnels médicaux dont les médecins (généralistes et spécialistes) (cf. 3.1.3.) mais aussi par la limitation du nombre d'étudiants pouvant rentrer dans les filières de santé par le numerus clausus. En pharmacie, ce numerus clausus s'élevait en 2018 à 3124 places sur l'ensemble du territoire français.

Une plus grande densité de professionnels de santé est ainsi observée en région parisienne, dans les régions du Sud de la France, les régions du Nord et de l'Est souffrant d'un déficit de professionnels de santé. Au sein même de certaines régions, des disparités existent, laissant des territoires démunis en termes d'accès aux soins. Cependant, il est intéressant de noter que malgré ces apparents déserts médicaux, le nombre de professionnels médicaux est en constante progression.

Au sein du système de santé français, les soins primaires, traduction française du « *primary care* » anglais, permettent de délivrer les soins essentiels à la population et sont délivrés en France par des médecins généralistes libéraux travaillant dans leurs propres cabinets, par des pharmaciens travaillant dans des officines, des infirmières libérales et des masseurs-kinésithérapeutes travaillant seuls ou en cabinet….

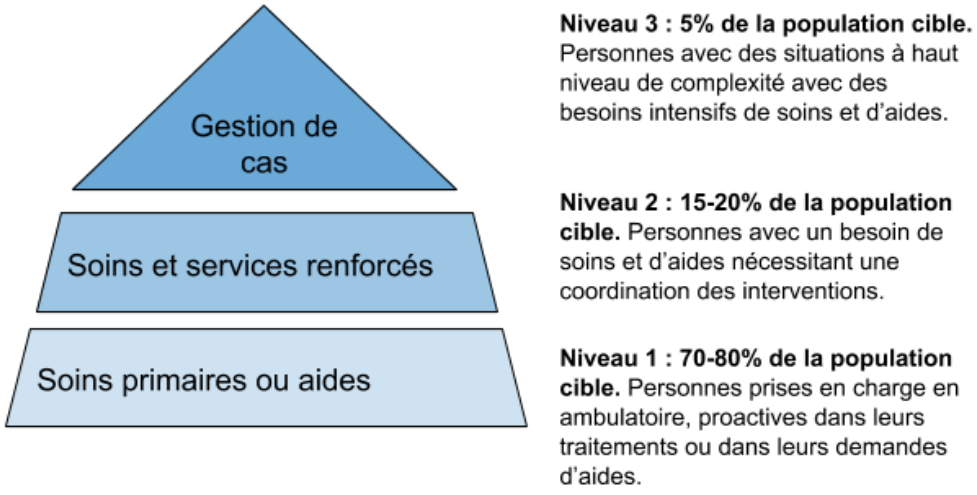


FIGURE 1 : PYRAMIDE DE GRADATION DE LA PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS

Le patient est quant à lui libre de choisir son médecin traitant. En contre-partie de cette obligation de désignation de son médecin, le patient peut obtenir un remboursement optimal de la part de l'assurance maladie. Ainsi, en France, comme dans d'autres pays (le Canada, l'Angleterre ou les Pays-Bas), le médecin généraliste est considéré comme le pivot, la porte d'entrée du système de soins, le *gate-keeper,* permettant aux malades de rentrer dans le système

de soins et d'accéder aux professionnels de santé, dont le pharmacien, et de progresser dans la pyramide de gradation de la prise en charge sanitaires des populations (Figure 1).

3. Le pharmacien d'officine : les évolutions d'une profession ancrée dans les soins primaires

Au 1er janvier 2018, en France, 74 115 pharmaciens étaient inscrits à l'Ordre National des Pharmaciens, assurant un maillage territorial dense sur l'ensemble de la France (soit une densité de 32,3 officines pour 100 000 habitants au 1er mars 2019). Entre 2008 et 2018, le nombre de pharmaciens inscrits à l'Ordre national des pharmaciens a progressé de 1,9% [13].

Les pharmaciens d'officine (sections A pour les titulaires d'officines et D pour les adjoints et autres modes d'exercice) représentent plus de 70% de l'ensemble des pharmaciens en activité sur le territoire [13]. Ainsi, 97% des Français ont accès à une officine en voiture en moins de quinze minutes. Un tiers des officines et des effectifs salariés sont situés en Ile-de-France, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur. Le pharmacien d'officine relève d'une profession réglementée, bénéficiant de monopoles lui assurant jusqu'à présent une sécurité d'exercice. La profession évolue naturellement par le renouvellement des générations mais aussi et surtout grâce aux évolutions législatives.

3.1. La profession de pharmacien d'officine

3.1.1. Son statut et compétences

Le pharmacien est « *celui ou celle qui est titulaire du diplôme d'État délivré par une faculté de pharmacie* » [14], diplôme remis après six années d'études, combinant des stages en officine et/ou industrie, des apprentissages théoriques et des stages en milieu hospitalier. La profession de pharmacien est actuellement divisée en trois secteurs : le pharmacien d'officine, le pharmacien travaillant dans l'industrie pharmaceutique, et le pharmacien hospitalier (biologiste ou non). Quel que soit le secteur, le pharmacien est un **professionnel de santé** au sens du Code de la Santé Publique, avec les médecins, les paramédicaux. La profession dispose d'un code de déontologie décrivant les missions et les obligations inhérentes à la profession.

Le pharmacien d'officine est un professionnel de santé à part du fait de son double statut de professionnel de santé et de gestionnaire d'entreprise. Il travaille au sein d'une officine, définie comme suit : « *établissement affecté à la dispensation au détail des médicaments, produits et objets mentionnés à l'article 4211-1 ainsi qu'à l'exécution des préparations magistrales ou officinales* » [15]. Le métier de pharmacien d'officine a évolué, passant d'un métier de préparateur de remèdes (à base de plantes puis à partir de procédés chimiques) à celui d'un dispensateur de médicaments chargé de donner des conseils et de l'information à sa patientèle. La profession de pharmacien s'articule autour du médicament, défini par l'article L.5111-1 du code de la santé publique (CSP) [16] : « *substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que […] pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique* ».

C'est donc logiquement que l'exécution des préparations magistrales ou officinales a tendance à représenter une part de plus en plus faible de l'activité du pharmacien d'officine. La dispensation du médicament est l'acte définissant le rôle du pharmacien d'officine et celle-ci se distingue de la délivrance qui est une remise physique des médicaments et des autres produits suite à la dispensation. De nouvelles missions du pharmacien ont été définies par la suite et seront détaillées plus loin dans ce travail (cf. *3.1.4. Nouvelles missions : la loi Hôpital Patient Santé et territoires*). La dispensation obéit donc à deux exigences : un devoir d'analyse et un pouvoir de décision, exigences spécifiant de manière claire le devoir du pharmacien en tant que professionnel de santé au regard de ses patients et affirmant son rôle d'expert du médicament.

Cette transformation dans la nature du métier de pharmacien s'est accompagnée d'une évolution profonde de ses compétences. En effet, aujourd'hui, le pharmacien dispose d'un statut

hybride : il est à la fois un professionnel de santé dont l'expertise scientifique est reconnue mais aussi un commerçant, inscrit au registre du commerce. Son activité économique et sa rémunération dépendent des revenus de la vente de produits pharmaceutiques.

Le pharmacien d'officine est donc à la fois un expert en matière de santé et un gestionnaire d'entreprise. Ont ainsi été identifiés trois éléments constitutifs du métier de pharmacien d'officine : le pilotage de son entreprise, la garantie de la distribution du médicament et la détention de compétences à la fois techniques et managériales [17]. Il est intéressant de noter que la nomenclature du répertoire opérationnel des métiers et des emplois (ROME) fait état des activités du pharmacien comme suit : « *vérification, délivrance et conseil en matière de médicaments* » [18]. Les compétences de management d'une entreprise, et notamment d'une très petite entreprise (TPE), pourtant nécessaires à la gestion d'une officine ne sont pas décrites dans la nomenclature ROME, ce qui est en cohérence avec le fait que cette partie du métier du pharmacien est peu enseignée durant le cursus d'études pharmaceutiques.

3.1.2. Monopoles

Le pharmacien d'officine, possède jusqu'à présent deux monopoles distincts et complémentaires :

- le monopole pharmaceutique de la délivrance du médicament,
- le monopole officinal qui oblige la distribution du médicament par les officines.

Ces deux monopoles assurent au pharmacien la prérogative du marché de la distribution du médicament en France, prérogative différant dans d'autres pays[1]. A ce jour, la structure du capital d'une officine est réservée aux pharmaciens diplômés, garantissant l'acquisition des

[1] Exemple de la Suisse où le marché est concurrentiel et la dispensation de médicaments peut être effectuée par des officines, des pharmacies de vente par correspondance et des médecins [20].

officines par des pharmaciens et uniquement des pharmaciens. Cette non-ouverture du capital des officines à des professionnels autres que des pharmaciens a été réaffirmée par la Cour de Justice Européenne en 2009 [19], liant ainsi la compétence professionnelle pharmaceutique à la propriété économique. Ce type de monopole est peu répandu en Europe, seules l'Espagne et de la Grèce possèdent le même modèle que la France. Cependant, à l'heure où l'Union Européenne étend ses prérogatives en matière de santé, il est impossible d'exclure à terme une uniformisation des missions du pharmacien au niveau européen, uniformisation qui ne serait pas en faveur du monopole français. Afin de conserver ce monopole, les pharmaciens français ont pris conscience de la nécessité absolue de faire évoluer leurs pratiques, leurs missions et donc leur métier c'est-à-dire de s'engager dans une prospective métier[2] [21].

D'ailleurs, la profession bénéficie encore actuellement du système du *numerus clausus*, susceptible jusqu'à présent de maintenir une sélection et un nombre de pharmaciens suffisant pour renouveler les générations et assurer un maillage territorial dense. Ce système est toutefois appelé à évoluer puisque le *numerus clausus* sera supprimé en septembre 2020 par la nouvelle loi Santé.

3.1.3. Installation

Les règles d'installation permettent de réguler l'offre et d'éviter une concentration d'officines dans des zones déjà suffisamment dotées en officines [23]. Cette réglementation fut instaurée en 1941 : pour s'installer un pharmacien doit se faire délivrer une licence par un représentant de l'État (dorénavant, les ARS) après avis du Conseil régional de l'Ordre des pharmaciens (CROP). Ces règles ont évolué pour atteindre les seuils observés aujourd'hui. Ils

[2] La prospective métier est une démarche d'anticipation des futurs possibles en termes de compétences, d'activités, de responsabilités d'un métier [22].

sont déterminés par rapport au nombre d'habitants : actuellement, l'« *ouverture d'une pharmacie, par transfert ou création est possible dans les communes de plus de 2500 habitants (ou 3500 en Guyane, en Moselle et en Alsace* ») [24]. Par la suite, une officine est autorisée à s'installer par tranche supplémentaire de 4500 habitants. Cependant, cette règle pose un problème important pour les communes de moins de 2500 habitants, soit une majorité des communes en France. De nombreuses officines y sont implantées et la réglementation actuelle empêche leur reprise. C'est pourquoi au cours des dernières années, de nombreuses dérogations ont été accordées afin de maintenir la présence des pharmaciens au sein de ces communes. Le transfert d'une officine est lui aussi soumis à avis du CROP et à autorisation par les ARS. Il donne aussi lieu à la délivrance d'une licence.

3.1.4. Nouvelles missions : la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST)

La loi Hôpital Patient Santé et Territoire du 21 juillet 2009, dans son titre II, "*Accès de tous à des soins de qualité*" [25] via ses articles 36 et 38 a précisé le rôle du pharmacien et notamment celui du pharmacien d'officine en lui attribuant de nouvelles missions, renforçant son rôle d'acteur de santé publique.

L'article 36 décrit l'organisation des soins de premier recours et les institutions référentes (les ARS) conformément au Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS). Il permet aussi de définir précisément ce que sont les soins de premier recours :

- "*la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;*
- *la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;*
- *l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;*
- *l'éducation pour la santé*".

Cet article spécifie ainsi le conseil pharmaceutique comme partie intégrante du métier du pharmacien.

Il est intéressant de noter que les soins mentionnés, à part le diagnostic et le traitement, sont des soins qui pourraient être effectués par le pharmacien d'officine, tout à fait à même de remplir une partie de ces fonctions notamment sur les actions de prévention, de dépistage, de suivi des patients ou d'orientation dans le système de soins et dans le secteur médico-social et d'éducation pour la santé. Ce même article mentionne l'ensemble des professionnels de santé comme acteurs de cet accès aux soins pour tous, mais dans la majorité des textes qui seront cités dans ce travail, le médecin traitant en tant que référent et ses missions (notamment d'orientation des patients et de coordination) sont mentionnés plus particulièrement.

L'article 38 traite lui spécifiquement de la pharmacie d'officine et des rôles du pharmacien d'officine.

Ainsi, les pharmaciens d'officine :

"*1. Contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 ;*

2. Participent à la coopération entre professionnels de santé ;

3. Participent à la mission de service public de la permanence des soins ;

4. Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;

5. Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 ;

6. Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit la convention pluriannuelle visée au I de l'article L. 313-12 du même code qui ne

dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ;

7. Peuvent, dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1 du présent code, être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médications destinés à en optimiser les effets ;

8. Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes."

Cet article élargit le spectre d'activité du pharmacien via notamment la fonction de pharmacien correspondant, désigné par le médecin généraliste en accord avec le patient. Cette fonction lui permet de renouveler les prescriptions et d'effectuer des bilans de médication, renforçant son action de santé publique auprès du patient. L'entrée dans la loi de la dispensation à domicile est aussi une avancée, cette pratique étant déjà effectuée par plus de la moitié des officines en France.

Le suivi vaccinal et la vaccination à l'officine sont également des avancées importantes pour la profession puisqu'en plus de lui donner de nouvelles prérogatives, ils lui permettent de répondre à un objectif de santé publique national : augmenter la couverture vaccinale de la population française. Dans le contexte actuel où la parole des « anti-vax » est relayée de plus en plus dans l'espace public, la délégation de cette tâche par les pouvoirs publics au pharmacien témoigne de leur confiance en la profession. La vaccination a été soumise à expérimentation dans deux régions pilotes (Nouvelle-Aquitaine et Auvergne-Rhône Alpes) en 2017-2018. Cette phase pilote a concerné la vaccination contre le virus de la grippe des personnes âgées et de leurs aidants, population particulièrement à risque et dont la non-vaccination contribue de façon importante à augmenter le nombre de décès liés à la grippe observés chaque hiver. Les premiers

résultats publiés sont concluants avec une augmentation du nombre de patients vaccinés, atteignant 159 000 vaccinations environ dans les deux régions, dépassant largement les prévisions des pouvoirs publics. Cette expérimentation a permis de démontrer la mobilisation des pharmaciens dans le développement de leurs nouvelles missions : ce sont ainsi 59% des pharmacies de la région Auvergne-Rhône-Alpes et presque 50% des pharmacies de la Nouvelle-Aquitaine qui ont participé à l'expérimentation, soit 2808 officines [26]. Cette expérience a donc été étendue en 2018-2019 pour une généralisation prévue en 2019-2020.

Enfin dans le cadre de l'article 38 de la loi HPST, le pharmacien peut aussi se saisir du rôle de relais de campagne en santé publique sur différents sujets (la prévention des consommations à risque chez la femme enceinte, prévention des infections par le virus de l'hépatite C, campagnes de lutte contre l'obésité, promotion de l'arrêt du tabac...).

Ces nouvelles missions tendent à renforcer le rôle d'acteur primordial de santé publique du pharmacien à la fois auprès des patients et des professionnels de santé de soins primaires. Ces évolutions législatives entrainent une transformation de la pratique du pharmacien et des nouvelles missions qui nécessitent une rémunération différente. Ainsi, le pharmacien d'officine qui s'est emparé de ces nouvelles missions bénéficie d'une rémunération mixte depuis 2011 : la marge sur les médicaments qui représente aujourd'hui environ 80% de l'activité économique du pharmacien [27] et les honoraires pour les actes définis ci-dessus. Cette rémunération sur des honoraires reste cependant très minoritaire par rapport à celle représentée par la marge sur les médicaments.

3.1.5. La Stratégie Nationale de Santé

Plus récemment, la Stratégie nationale de Santé (SNS) 2018-2022 [28] a arrêté les quatre axes qui définiront le cadre de la politique en matière de santé pour les quatre années à venir :

- l'axe 1 consacre l'importance de la prévention et de la promotion de la santé,

- l'axe 2 met l'accent sur la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, lutte indispensable pour atteindre un état de santé élevé pour la population française,

- l'axe 3 vise à assurer la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge dans un objectif global d'efficience des soins,

- l'axe 4 instaure la promotion de l'innovation visant à la transformation du système de santé, en consacrant la place des usagers comme acteurs de leur prise en charge.

Comme en témoigne l'axe 1, une place capitale est accordée à la promotion et à la prévention de la santé, ce qui constitue un changement de paradigme dans un système de santé plutôt axé actuellement sur le curatif que sur le préventif. Ces changements sont favorables à la profession de pharmacien d'officine comme en témoigne la réaction de l'Ordre des pharmaciens qui « *se félicite de l'importance accordée à la prévention et la promotion de la santé et souhaite se mobiliser auprès des pouvoirs publics impliquant potentiellement le pharmacien dans de nombreuses mesures* » [29].

Grâce à l'évolution des textes législatifs, le pharmacien dispose d'une opportunité pour faire face au vieillissement de la population dû à la fois à l'augmentation de l'espérance de vie et donc à l'augmentation de la part des personnes âgées dans la population française. Cette population va en effet nécessiter une attention particulière de la part des professionnels de santé, dont les pharmaciens en raison de leur consommation importante de médicaments.

Il est important de noter que la France est le premier consommateur de médicaments en Europe et notamment de psychotropes. Cette surconsommation de médicaments donne des responsabilités supplémentaires au pharmacien en matière d'éducation thérapeutique et de

conseil pharmaceutique ce qui constitue une opportunité pour le pharmacien de renforcer encore davantage sa crédibilité en tant que professionnel de santé publique.

3.2. Evolution de la profession

3.2.1. Menaces pesant sur la profession

Depuis plusieurs années une accélération de la disparition des pharmacies a pu être observée, notamment en milieu rural. Ainsi, en 2016, 188 officines ont fermé, confirmant en partie l'adage qu'"*une pharmacie ferme tous les 3 jours*" [30]. Les raisons de ces fermetures d'officine sont multiples, comme nous allons maintenant l'exposer.

Quatre types d'officines ont été identifiés selon leur patientèle et leur implantation : l'officine rurale, l'officine de centre-ville, l'officine de quartier et l'officine de centre commercial [31]. Celles-ci connaissent des évolutions et des contraintes différentes (Tableau 1).

TABLEAU 1 : TYPOLOGIE DES OFFICINES FRANCAISES SELON ALLIANCE HEALTHCARE [31]

Officines / Critères	RURALE	QUARTIER	CENTRE-VILLE	CENTRE COMMERCIAL
Clientèle	Fidèle voire captive, recherchant le service de proximité Forte demande de conseil face à la désertification médicale	Fidèle, recherchant le conseil, l'écoute et la disponibilité	De passage, cherchant le choix, le prix et la disponibilité	De passage, volatile, cherchant le choix, le prix, la disponibilité, la rapidité et le côté pratique
Produits	Taux de parapharmacie faible, taux de produits remboursables et médicaments familiaux élevé. Largeur de services	Taux de parapharmacie faible, taux de produits remboursables élevé	Taux de parapharmacie et de conseil élevé (exemple les pathologies d'hiver)	Taux de parapharmacie et de conseil élevé Taux de produits remboursables faible
Charges	Frais généraux souvent faibles, faible masse salariale	Frais généraux et masse salariale souvent modérés	Frais généraux et masse salariale importants	Frais généraux (loyer important) et masse salariale importants

Couplée à la disparition des officines, les pharmaciens d'officine observent un ralentissement de la progression de leur chiffre d'affaires (passant de + 5,7% en 2004 à +0,1% en 2015) et de leur excédent brut d'exploitation depuis 2006 [33], dont l'impact se fait sentir depuis dix ans environ. Cette diminution du chiffre d'affaires peut être expliquée par plusieurs facteurs dont la réduction des volumes de vente et du prix des remboursements qui résultent de la politique globale de maîtrise des dépenses de santé voulue par l'État.

Autre phénomène important, les grandes surfaces représentent une concurrence vive pour les pharmacies. Depuis la perte du monopole du secteur de la parapharmacie par les pharmaciens d'officine en 1988, démarche initiée par le groupe Leclerc, la grande distribution a contribué à la baisse du chiffre d'affaires des officines via la vente des produits parapharmaceutiques dans ses grandes surfaces [17]. Jusqu'à présent, malgré une volonté affichée d'assurer la distribution des médicaments à prescription facultative, le monopole du pharmacien d'officine est resté intouché.

La vente de produits pharmaceutiques par internet a aussi pu constituer dans un premier temps une nouvelle menace pour la situation financière des officines mais il semble que ce

nouveau mode de vente peine à se développer [34], et n'a que très peu d'impact sur la baisse du chiffre d'affaires officinal.

Au-delà des menaces pesant sur la rentabilité de l'officine, un des problèmes auquel est confrontée la profession est la disparition des médecins généralistes des petites communes, appelée « désertification médicale ». Cette désertification médicale est en réalité plus une problématique liée à la répartition des professionnels de santé sur le territoire et plus particulièrement celle de la répartition des médecins généralistes [35]. Certains territoires, notamment ruraux mais aussi au sein de certains quartiers de la capitale française et d'autres grandes villes, se retrouvent au fil des années avec un nombre décroissant de médecins généralistes libéraux jusqu'à les laisser complètement dépourvus, relevant ainsi de la terminologie de désert médical. Les raisons invoquées pour expliquer la désertion par certaines professions médicales sont multiples et concernent plus généralement l'attractivité de territoires en difficulté sur plusieurs domaines (économiques, culturels…). De plus, si la profession de médecin généraliste a su assurer numériquement son renouvellement, il est important de souligner que de nombreux médecins partent et partiront à la retraite prochainement et notamment dans des territoires déjà en difficulté. Il sera alors difficile d'attirer les nouvelles générations, à la recherche de nouveaux modes d'exercice notamment en matière de coopération.

Cette tendance impacte directement les officines dites « rurales » ou certaines officines de quartier qui perdent ou perdront leur prescripteur, capital pour la survie de leurs officines. En effet, les pharmacies rurales souffrent particulièrement de la disparition des médecins généralistes, prescripteurs pivot, et de la réduction de la marge sur les médicaments, rendant plus prégnante la nécessité de regroupement [32]

Ainsi, toutes ces menaces ont un impact sur la rentabilité et l'existence de certaines officines et expliquent les fermetures constatées. La mobilisation par le pharmacien de compétences de gestionnaire est nécessaire mais sera sans doute insuffisante pour enrayer le phénomène de fermeture. La diversification des compétences et des missions de la profession devient une nécessité absolue non seulement dans l'intérêt de la profession mais aussi dans celui des patients.

3.2.2. Les scandales de santé publique

La place du pharmacien dans le système de santé en tant que professionnel de santé a été partiellement remise en cause par certains scandales de santé publique tels que ceux du Médiator®, des prothèses PIP, l'essai clinique Biotrial du laboratoire Bial[3] ou encore au niveau international le scandale provoqué par le prix de vente du Solvadi[4]. Le pharmacien, par son lien indispensable avec l'industrie pharmaceutique, a subi par ricochet la méfiance de l'opinion publique envers le médicament et son industrie.

Cette industrie jouit en effet d'une image négative dans l'opinion publique [36]. L'industrie pharmaceutique doit satisfaire à sa mission première : « *découvrir, développer et commercialiser des produits innovants pour prévenir et guérir des maladies, soulager la souffrance et améliorer la qualité de vie* » [37] tout en garantissant sa rentabilité économique. Elle se retrouve ainsi dans la même position que le pharmacien d'officine : devoir répondre à des enjeux de santé publique tout en tenant compte de son statut de société privée répondant à des contraintes de performances financières [38]. De manière involontaire, l'industrie pharmaceutique participe à la décrédibilisation de la profession de pharmacien d'officine en

[3] Essai clinique de phase I mené par Biotrial évaluant la toxicité du « BIA 10-2474 » interrompu suite au décès d'un volontaire sain.

[4] Médicament destiné à traiter le virus de l'hépatite C, vendu par le laboratoire 41 000€ alors que son coût de production avoisinait les 200€.

tant que professionnel de santé, indépendant de la puissance du lobby de l'industrie pharmaceutique [38].

3.2.3. Evolution du mode d'exercice

Le renouvellement des générations (dont l'âge moyen des pharmaciens en France est de 46,7 ans) semble aujourd'hui assuré avec une part majoritaire des pharmaciens âgés de moins de 33 ans, part qui permettrait de compenser les départs à la retraite à venir, retraite prise à 64 ans en moyenne. La profession de pharmacien s'est particulièrement féminisée, les femmes représentant près des deux tiers des effectifs au global, toutes filières confondues (officine, industrie, hospitalière). Cependant, depuis quelques années est observée une décrue nette du nombre d'étudiants choisissant la filière officine [13]. En effet, il y a plus de 10 ans, quasiment deux tiers des étudiants de pharmacie choisissaient la filière officinale à la fin de la quatrième année des études pharmaceutiques. En 2017, un peu plus d'un tiers seulement des étudiants choisissaient cette filière, signant un désintéressement de la nouvelle génération de pharmaciens pour cette voie auparavant très attractive [39]. Ainsi, les nouvelles missions du pharmacien et les différentes réformes en cours du cursus pharmaceutique répondent à cet impératif de revalorisation du métier.

Ces jeunes générations souhaitent pour leur majorité un changement de leur mode d'exercice : on observe ainsi une diminution du nombre de pharmaciens adjoints en officine couplée à une volonté de plus en plus précoce de devenir titulaire chez les jeunes pharmaciens [39]. Dans le même temps, les jeunes pharmaciens cherchent à se regrouper dans des officines qui adoptent de fait de nouvelles structurations juridiques. Ainsi, en 2016, le nombre de sociétés d'exercice libéral (SEL) a quadruplé pour atteindre 9461 sociétés et le nombre de sociétés de participations financières de professions libérales (SPFPL) a lui aussi augmenté sur cette période, atteignant 1282 structures en 2016 [13]. La SEL permet aux pharmaciens de bénéficier d'un régime fiscal avantageux car ce type de société relève de l'impôt sur les sociétés. La SEL

permet aussi d'augmenter la somme empruntée, de faciliter son remboursement ainsi que d'associer des pharmaciens non exploitants. La SPFPL est une holding de la SEL, facilitant la reprise des officines puisque dans le cas de la SPFPL, le pharmacien emprunte via la SPFPL, bénéficiant ainsi de taux d'intérêts réduits.

Découlant de ce phénomène de regroupement des pharmaciens, la taille moyenne des officines et le nombre de salariés ont augmenté. Ainsi, si la majorité des officines du territoire comptent encore moins de 5 salariés (65%), le mouvement de regroupement des officines se poursuit [13]. Les structures de grande taille sous les formes citées supra se multiplient et permettent de répondre partiellement au nombre croissant de besoins et d'obligations incombant aux pharmaciens et à leurs équipes [39].

Exercer en groupe induit des changements positifs pour le secteur : l'exercice groupé est en premier lieu un gage de sécurité financière grâce à une mutualisation du risque, des économies d'échelle mais il permet aussi un meilleur équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle (équilibre recherché par l'ensemble des professionnels de santé libéraux dont les pharmaciens).

3.2.4. Relation avec le patient

Son rôle d'acteur de proximité de santé a permis au pharmacien d'officine de construire depuis des années une relation de confiance avec ses patients. Il bénéficie donc d'une crédibilité basée sur ses connaissances et son expertise scientifique. La pharmacie d'officine apparait être pour les patients un lieu de santé de proximité, accessible « *physiquement et culturellement* » [40]. Ce sont ainsi jusqu'à 100% des patients chroniques qui font confiance à leur pharmacien, patients nécessitant une prise en charge sur le long terme d'un point de vue médical et social. Ces patients ont exprimé lors de cette étude la demande que leur pharmacien soit leur coordinateur en termes de santé [42].

Cependant, la relation entre le patient et les professionnels de santé a évolué : le patient est passé d'un récepteur passif du savoir des professionnels de santé, dont le pharmacien, à un acteur réflexif impliqué dans la réflexion autour de sa prise en charge [20]. Le patient a aujourd'hui gagné en autonomie et en connaissances notamment grâce à l'arrivée d'Internet. Ce changement de positionnement du patient a pu contribuer à un sentiment d'inutilité et de dépréciation du pharmacien face à ces patients de plus en plus autonomes. Pour le pharmacien, cette relation patient est d'autant plus complexe qu'il est un professionnel de santé et un commerçant, instaurant une ambivalence dans le rapport de confiance, notamment dans la distribution du médicament : celle-ci se fait-elle entièrement sur la base de l'expertise du pharmacien ou son rôle de commerçant prend-il une place dans la décision de dispensation ?

Ainsi, la grande majorité de l'expertise du pharmacien se fait sur le conseil et la dispensation, expertise non rémunérée par la marge commerciale sur le médicament. Ce paradoxe contribue à nourrir le sentiment de dépréciation et de non-valorisation du métier puisqu'il n'est pas nécessaire pour être rémunéré d'apporter son expertise de pharmacien. Cette question de la légitimité du pharmacien est donc prégnante dans sa relation avec le patient.

Dans cette même étude [42], ont été recensés les différents atouts du pharmacien selon ses patients : crédibilité auprès de la population, une expérience reconnue d'expert de la santé et une relation de proximité avec les patients. Ce sont ainsi 50% des patients qui souhaitaient que leur pharmacien prenne en charge leurs rendez-vous avec les autres professionnels de santé libéraux, qu'il soit informé lors d'une hospitalisation ou qu'il s'occupe des aspects administratifs de santé [42]. Le pharmacien apparait donc comme un professionnel de santé de confiance, relai de santé publique et conseiller et expert reconnu.

3.2.5. Rapport aux autres professionnels de santé

Plusieurs études témoignent de la volonté du pharmacien de travailler avec les autres professionnels de santé et plus particulièrement avec le médecin généraliste [43]. En effet, historiquement, les médecins généralistes, les professionnels paramédicaux et le pharmacien sont liés dans des « réseaux informels » de soins de santé primaires [35].

Cette relation historique est renforcée actuellement par les défis que rencontrent l'ensemble des professionnels de santé, à savoir le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence de pathologies chroniques et de patients souffrant de polypathologies. Ces enjeux nécessitent de modifier les pratiques afin d'améliorer les parcours des patients. Cette nécessité est renforcée par le constat que ces évolutions populationnelles vont augmenter les dépenses de santé alors que le contexte actuel tend à leur maîtrise. L'efficience des prises en charge devient donc une question centrale et celle de l'efficacité et de l'efficience de l'interprofessionnalité se pose [35].

Plusieurs expérimentations notamment dans le domaine de l'éducation thérapeutique sur des problématiques précises (femmes enceintes, personnes âgées et adolescents) ont permis de montrer qu'une collaboration constructive était possible dans l'intérêt du patient quand les professionnels de santé font preuve d'un intérêt et d'une volonté de faire évoluer leurs pratiques professionnelles [43].

La coordination du pharmacien avec le médecin généraliste est capitale en raison de son rôle de pivot du système de soins [44]. En effet, la création du parcours de soin et du médecin traitant par la réforme de l'assurance maladie en 2005 a fait du médecin généraliste l'acteur incontournable du parcours de soins. Cependant, il peut parfois être compliqué de se coordonner avec ces professionnels en raison de leurs souhaits parfois contradictoires. Certains médecins généralistes souhaitent en effet absolument conserver leur liberté et leur indépendance vis-à-vis

des patients et du système de santé alors que d'autres souhaitent avoir une place centrale dans le système, combinée à une modification des modes de rémunération (par exemple, une sortie de la tarification à l'acte).

En fait, une opposition entre deux visions du rôle du médecin est observée : une vision de la médecine « ultra-libérale » (réfractaire à toute intervention des pouvoirs publics : incitation aux génériques, contrôles des pratiques, liberté d'installation…) et une vision d'une médecine « socialisée », régulée par le système via notamment une régulation des dépenses et des pratiques et une reconnaissance du médecin généraliste comme acteur de soins primaires [45]. Cette vision d'une médecine socialisée peut en partie répondre au sentiment d'isolement du médecin généraliste. En effet, la profession se retrouve devant la nécessité de partager les tâches car la coordination du parcours est une démarche chronophage rendue plus difficile par la méconnaissance de l'ensemble des dispositifs à disposition, des professionnels et des professions.

Une illustration de la difficulté parfois rencontrée par le pharmacien lors du travail en coordination avec le médecin est celle de la délégation de la vaccination au pharmacien mentionnée supra. Dans ce cas précis, certains médecins généralistes se sont opposés à la délégation et la rémunération de cette tâche aux pharmaciens, estimant qu'ils réalisaient déjà cette vaccination dans le cadre de consultations, ne générant pas de coût supplémentaire pour le système de santé. Une des raisons mentionnées par le syndicat MG France réside dans le manque de communication avec le pharmacien ou l'infirmier, communication pourtant indispensable pour un suivi efficace de la vaccination [46]. Sans généraliser, cette situation témoigne de la difficulté parfois rencontrée par des professionnels de santé autres que le médecin traitant (pharmaciens, infirmiers libéraux…) à se voir déléguer des tâches réservées auparavant au médecin. La profession peut se montrer parfois réticente à se voir retirer certaines

tâches malgré le constat du manque de temps de ces praticiens à effectuer l'ensemble de leurs missions.

4. Les maisons de santé pluriprofessionnelles : un enjeu pour les pharmaciens

Dans le cadre de l'évolution du système de santé et de la profession de pharmacien d'officine, se pose la question de l'intégration des pharmaciens au sein de dispositifs tels que les MSP. Cette question peut apparaitre comme un challenge notamment au travers de deux spécificités propres aux MSP : leur structuration juridique via la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) et les systèmes d'information partagés. Ces deux dispositifs, indispensables à une coordination efficace et rémunérée, placent le pharmacien dans une position particulière par rapport à celle des autres professionnels de santé.

4.1. Le cadre législatif d'un nouvel instrument d'action publique

4.1.1. Définition

Depuis une dizaine d'années le Parlement a adopté plusieurs lois qui ont pour objet d'adapter le système de soins aux évolutions démographiques et techniques relevées supra.

Les MSP ont ainsi été inscrites dans le Code de la Santé Publique en 2007 [47]. Elles y sont définies comme suit : "*les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales*". Malgré la dénomination « maisons » de santé pluriprofessionnelles, il n'est pas nécessaire que le projet se traduise par une maison physique, un projet immobilier concret pour devenir une MSP. Les professionnels de santé peuvent garder leur structures existantes (cabinets de médecins généralistes, d'infirmières libérales, de kinésithérapeutes…) et travailler en coordination au sein d'une MSP. Il est aussi possible de créer un projet immobilier pour réunir physiquement certains professionnels de la MSP, projet immobilier qui sera adossé au projet de coordination.

Les MSP sont considérées comme un des leviers à la disposition des pouvoirs publics

pour assurer un égal accès et une qualité de soins à tous. Un des objectifs de la MSP est donc de permettre une meilleure coordination autour de cas complexes. Ceux-ci représentent une minorité des patients mais leur prise en charge plus ardue nécessite une coordination entre les acteurs à tous les niveaux. Ce sont notamment ces situations qui aujourd'hui interrogent les professionnels de santé, laissant des patients avec des problèmes de santé, sociaux ou médico-sociaux non résolus.

Les MSP peuvent être à l'initiative soit des professionnels de santé eux-mêmes, soit d'élus locaux désireux d'améliorer l'accès aux soins de leurs populations. Elles s'implantent en majorité dans des territoires ruraux, constituant ainsi des leviers propres à améliorer l'attractivité médicale et la couverture des besoins de santé. Depuis 2007, de nombreuses MSP se sont constituées sur le territoire français, vouées à devenir des dispositifs permettant de restructurer et coordonner l'offre de soins de premier recours.

Elles sont constituées de professionnels de santé libéraux et à minima :

- de deux médecins généralistes ;
- un infirmier.

Ces structures doivent permettre un exercice pluriprofessionnel et coordonné, exercice formalisé dans un projet de santé validé par l'Agence Régionale de Santé. Elles ont comme mission d'assurer des soins de premier recours.

4.1.2. Les conditions d'éligibilité à un financement public

La création d'une MSP comporte deux grandes phases :

- L'élaboration du projet de santé. Il peut nécessiter un accompagnement par des cabinets de consultants et être financé par l'ARS. Cette phase vise à l'élaboration des axes structurant du projet de santé. Au terme de cette phase les ARS sont chargées de la validation des projets.

- La mise en œuvre du projet de santé qui permettra l'entrée dans l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) et donc le financement des actions de coordination et des professionnels de santé. Le projet de santé est financé par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), qui valide, *in fine*, l'entrée dans l'ACI. L'ARS peut aussi financer l'accompagnement à la mise en œuvre par un cabinet de conseil pour cette deuxième phase, si les professionnels de la MSP en expriment le besoin.

Dans un premier temps, le projet de santé doit formaliser les nouvelles organisations et les projets pluriprofessionnels de l'association de professionnels de santé et donc identifier :

- les problématiques rencontrées par les professionnels ;
- les axes identifiés pour y répondre ;
- les moyens utilisés ;
- les valeurs qui nourrissent le collectif.

Il est structuré autour de 3 axes principaux en matière de coordination professionnelle :

1. L'accès aux soins ;
2. Le travail en équipe ;
3. Le partage d'informations.

Chaque axe doit répondre à certaines exigences.

Le projet de santé a ainsi pour objectif de favoriser la continuité de l'accès aux soins auprès des patients et précise donc les modalités d'accessibilité aux différentes structures et professions du territoire, les actions de prévention et les missions de santé publique, les horaires d'ouverture et l'organisation des soins (notamment pour l'accès aux soins non programmés) et la permanence des soins ambulatoires.

S'agissant du travail en équipe, les professionnels doivent s'organiser de manière à favoriser le travail en équipe en mettant en place des réunions pluriprofessionnelles et des

protocoles de prise en charge sur les problématiques identifiées sur le territoire. Dans cet axe, doit aussi être indiqué de quelle façon les professionnels de l'association se coordonnent avec les structures sanitaires, médicosociales et sociales extérieures (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Centre Communal d'action sociale, Services de Soins infirmiers à domicile, Centre Hospitalier…). Enfin, cet axe intègre la notion de formation des futurs professionnels (stagiaires, internes…).

Le partage d'informations est aussi formalisé au sein du projet de santé et doit permettre aux professionnels d'échanger des informations sur les prises en charge de leurs patients. Le projet de santé précise donc le système d'information partagé et la messagerie sécurisée qui sont ou seront utilisés par les professionnels.

La formalisation de ces 3 axes permet aux professionnels, une fois le projet de santé validé de répondre à des appels à projet touchant notamment à la santé publique, d'obtenir des subventions pour un projet immobilier (par exemple d'une maison de santé) et de bénéficier des nouveaux modes de rémunération dans le cadre de l'ACI (voir 4.1.3.).

4.1.3. L'accord conventionnel interprofessionnel

Ce dernier fut signé le 20 avril 2017 par 21 syndicats représentatifs de professionnels de santé (dont la Fédération des Médecins Généralistes, la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France, l'Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes, le Syndicat National des Infirmières et Infirmiers libéraux...). Cet accord permet aux professionnels membres de MSP de recevoir les rémunérations (appelées nouveaux modes de rémunération) de la part des Caisses primaires d'assurance maladie, selon des modalités précises de contractualisation. Ainsi, la MSP s'engage, comme pour un Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, à atteindre un certain nombre d'objectifs évalués sur la base d'indicateurs fixés en amont dans son projet de santé. C'est sur la base de la réalisation de ces objectifs que sont

attribués des points (fixes, en fonction de la patientèle de la structure ou en fonction du nombre de professionnels de la structure) et donc les rémunérations que recevront les professionnels membres de la maison de santé pluriprofessionnelle (1 point correspondant à 7€). Cette rémunération peut être utilisée comme le souhaitent les professionnels : soit pour rémunérer les professionnels de santé, soit pour financer un poste de coordinateur, rémunérer des intervenants extérieurs…

Plusieurs axes sont indispensables pour obtenir les rémunérations, reprenant les axes du projet de santé :

- L'axe 1 concerne l'accès aux soins. La structure doit être ouverte de 8h à 20h, le samedi matin, les congés scolaires et proposer des plages horaires de soins non programmés (c'est-à-dire sans rendez-vous). Il est possible pour les structures de diminuer cette amplitude horaire mais cela entraînera une diminution de la rémunération.

- L'axe 2 concerne le travail en équipe et la coordination. Pour formaliser ce travail de coordination, l'équipe de professionnels de santé doit élaborer des protocoles pluriprofessionnels et organiser des réunions de concertation pluriprofessionnelles autour de cas complexes nécessitant une prise en charge concertée. De plus, une fonction de coordination doit être prévue dans le fonctionnement de la MSP.

- L'axe 3 concerne le système d'information. La structure, afin de pouvoir rentrer dans l'ACI, doit utiliser un système d'information de niveau standard labellisé (niveau 1) par l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP).

Il existe en plus des indicateurs optionnels pour les 3 axes donnant accès à des rémunérations supplémentaires comme par exemple l'offre de consultations de second recours, la mise en place d'outils de satisfaction des patients ou la formation de jeunes professionnels (internes de médecine générale, stagiaires infirmiers ou étudiants en pharmacie).

Cependant, les réalités que recouvrent l'appellation « maisons de santé pluriprofessionnelles » sur le territoire breton et le territoire national peuvent être très variables. Les MSP au sens du cadre législatif énoncé supra apparaissent plus comme un objectif à atteindre par rapport à la réalité de la situation observée. Ainsi, la question de la dynamique et de la coordination des professionnels derrière des projets de santé validés et formalisés se pose.

Au travers de la question de la MSP, ce qui est interrogé est donc la différence entre un cadre théorique précis construit autour d'axes identifiés et d'indicateurs à atteindre et la réalité observée sur le terrain. L'appellation « maison de santé pluriprofessionnelle » recouvre ainsi des réalités différentes selon les territoires et les professionnels impliqués.

Ce travail a été réalisé en prenant le parti de se limiter à la région Bretagne. Pour approfondir l'analyse, il convient donc de revenir à la situation régionale, particulière à plusieurs titres : la répartition de l'offre sanitaire, la situation des MSP bretonnes et les motivations des professionnels du territoire rencontrés.

4.2. Une situation régionale : la Bretagne

4.2.1. L'état de santé de la population bretonne

La région Bretagne est particulièrement à l'initiative de projets favorisant la dynamique de coordination des soins du premier recours visant, à terme, à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. La première inégalité est territoriale : en effet la population bretonne est concentrée sur le littoral et dans le centre de la Bretagne, créant dans certains endroits un besoin

accru de soins et générant ainsi une inégalité en matière d'accès aux soins.

La population bretonne est globalement plus âgée que la population française (les personnes âgées de 75 ans et plus représentant 10,5% de la population bretonne) [48] et cette part de personnes âgées tendra à augmenter à l'avenir. Le figure ci-dessous met en évidence que la population bretonne, masculine ou féminine, est plus âgée que la population française. La part des hommes âgés de plus de 65 ans est plus importante que dans la population française et c'est encore plus vrai pour la population féminine.

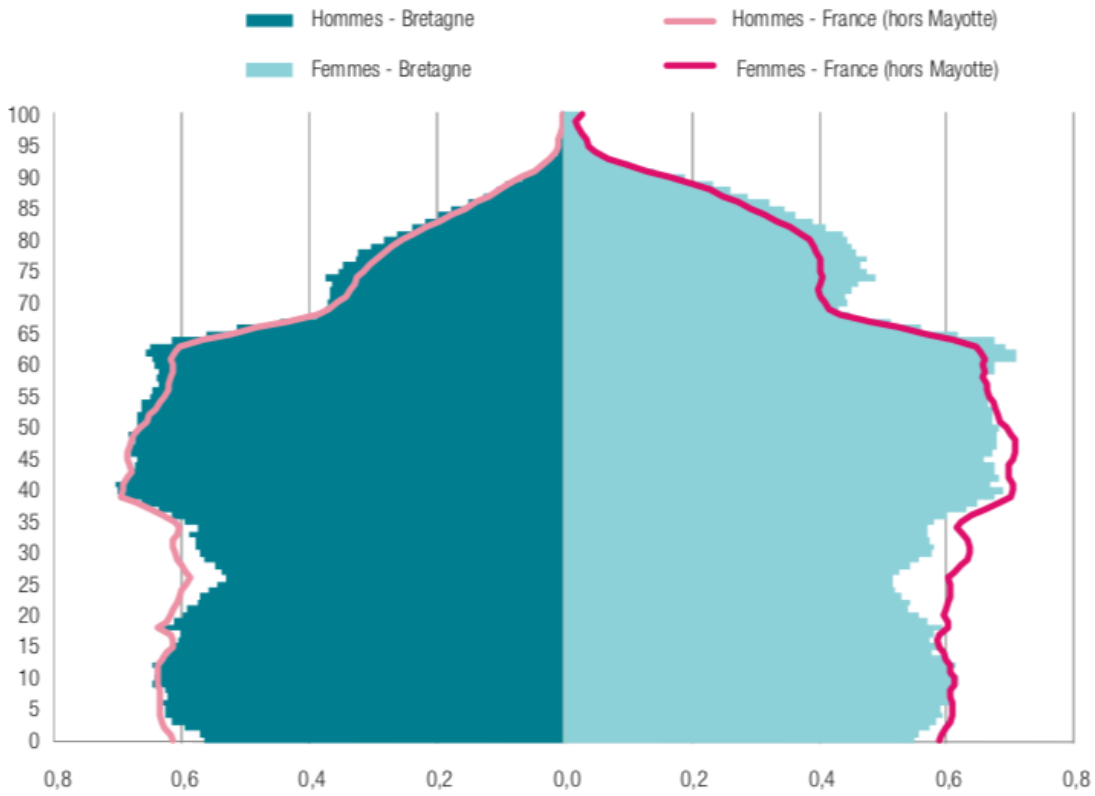


FIGURE 2: POPULATION TOTALE PAR SEXE ET AGE AU 1ER JANVIER 2013 (EN %) [48]

La Bretagne est une région densément peuplée et bénéficie d'une croissance démographique positive et même supérieure à ce qui est observé au niveau national (la croissance démographique est de 0,7%/an en Bretagne (contre 0,5% en France) [48]. De plus, les Bretons ont une espérance de vie légèrement inférieure à celle observée au niveau national, chez les hommes et les femmes (l'espérance de vie chez les hommes en Bretagne est de 78,6 années et chez les femmes de 85,0 années) [48].

L'ensemble de la population bretonne est touché de manière plus prononcée par des pathologies touchant l'appareil circulatoire et les cancers. Les disparités régionales observées en matière de cancers et de maladies cardiovasculaires sont importantes, avec pour point commun une préservation de la partie est de la Bretagne autour de l'Ille-et-Vilaine (cf. Annexes 1 et 2). Pour les cancers, les littoraux sont plus touchés, plus particulièrement à l'Ouest de la Bretagne. Quant aux maladies cardiovasculaires, à l'inverse, elles touchent plus le centre de la Bretagne, les littoraux ayant tendance à être plus préservés.

L'évolution des taux standardisés pour ces pathologies témoigne bien de la mortalité accrue consécutives à ces pathologies, une situation observée depuis les années 1980 (Figure 3). Cependant, pour les cancers, sur les dernières années, les taux standardisés sur l'âge entre la Bretagne et la France se rejoignent, reflétant de l'amélioration de la santé des Bretons en matière de cancers. Pour les maladies cardiovasculaires, même si les courbes de taux standardisés ont tendance à se rejoindre sur les dernières années, la situation en Bretagne est toujours nettement plus défavorable à celle observée en France en matière de mortalité (Figure 3).

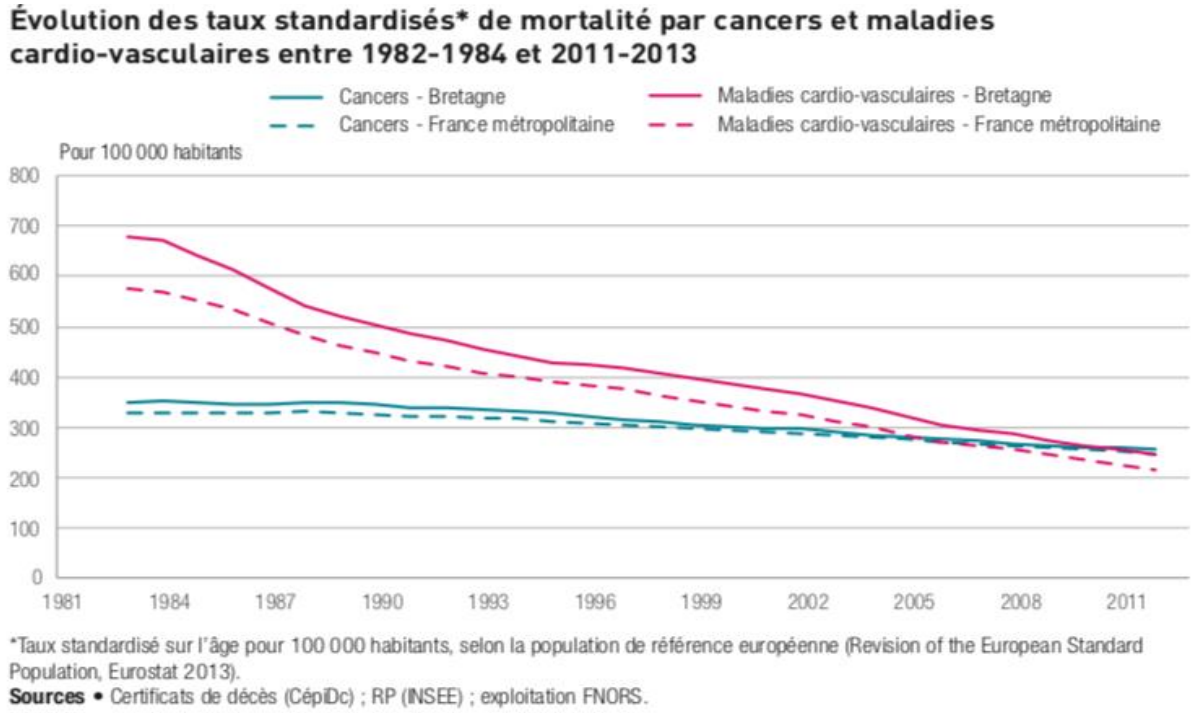


FIGURE 3 : ÉVOLUTION DES TAUX STANDARDISES DE MORTALITE PAR CANCERS ET MALADIES CARDIO-VASCULAIRES ENTRE 1982-1984 ET 2011-2013 [48]

La situation en Bretagne en matière de consommation à risque est là-aussi particulière [48]. Le tabac et l'alcool sont des facteurs de risque importants. Pour ces deux produits à risque, une différence est observée entre l'Est et l'Ouest de la Bretagne. L'Ouest est ainsi plus touché en matière de mortalité liée à ces deux produits que l'Est, l'Ille-et-Vilaine étant encore une fois préservée par rapport aux autres cantons bretons (cf. Annexes 3 et 4).

En matière de santé mentale, la Bretagne se différencie par rapport au national avec une situation très défavorable en matière de suicides et de tentatives de suicide. Cette problématique est associée pour plus de 50% des patients à des problématiques de dépression ou d'alcoolisme. Il est aussi important de noter que cette problématique touche plus particulièrement les jeunes âgés de 25 à 34 ans qui représentent quasiment 30% des suicides et des tentatives de suicide.

Là encore, la Bretagne n'est pas également touchée, les Côtes d'Armor se démarquent avec un taux de décès supérieur à la moyenne régionale (cf. Annexes 3 et 4).[5]

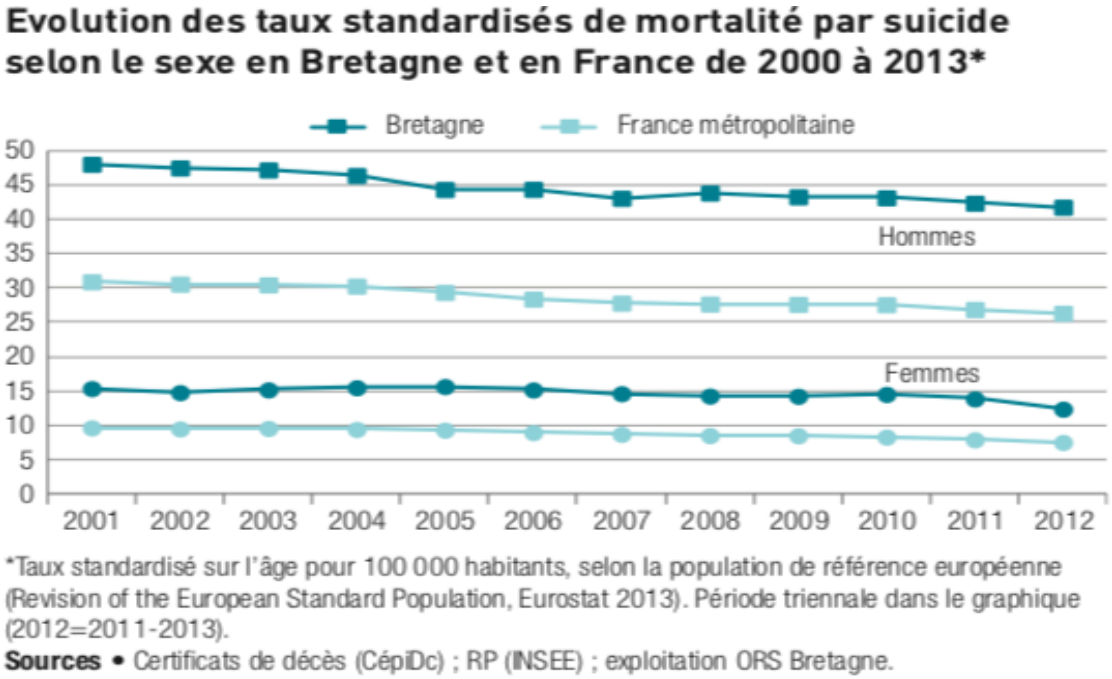


FIGURE 4 : ÉVOLUTION DES TAUX STANDARDISES DE MORTALITE PAR SUICIDE SELON LE SEXE EN BRETAGNE ET EN FRANCE DE 2000 A 2013 [48]

La figure 4 témoigne de l'écart important entre la situation observée en Bretagne chez la population masculine et féminine et ce depuis plus de 10 ans. L'écart est encore plus important chez les hommes que chez les femmes. La situation n'est pas homogène dans la région : le littoral et l'Ille-et-Vilaine présentent une situation moins défavorable que le centre de la Bretagne (cf. Annexe 5).

Le vieillissement de la population, la prévalence de certaines pathologies, de certains comportements à risque combinés à des disparités régionales nécessite donc une prise en charge coordonnée et locale de la part de l'ensemble des acteurs de santé, dont les pharmaciens.

[5] 31 décès pour 100 000 habitants.

4.2.2. La situation des pharmaciens bretons

En Bretagne, la situation démographique est favorable comparée à la France entière avec une densité pharmaceutique par habitant (titulaires, adjoints, intérim) variant entre 85 et 94,9 pharmaciens pour 100 000 habitants, positionnant la région au-dessus de la moyenne française (83,3 pharmaciens pour 100 000 habitants).

Concernant l'accès aux pharmacies d'officine, selon une étude l'ARS Bretagne menée en 2014 [49], 99,6% des Bretons vivaient à moins de 10 minutes en voiture d'une officine (exception faite de certaines îles), se situant ainsi nettement au-dessus de la moyenne nationale (97%). La figure 5 témoigne cependant de disparités au sein même des départements bretons. Encore une fois, l'Ille-et-Vilaine présente assez peu de difficultés. Le Finistère et les Côtes-d'Armor présentent des disparités et il apparait que certains habitants de ces territoires ne disposent pas d'une pharmacie à moins de 15 minutes de leur domicile.



FIGURE 5 : ACCESSIBILITE DES PHARMACIES A MOINS DE 15 MINUTES PAR LA ROUTE [48]

Le nombre d'officines a suivi la même tendance qu'au national, avec une perte de 63 officines entre le 1er janvier 2013 et le 31 décembre 2017, atteignant 1059 officines en juillet 2018 [13]. Sur l'année 2018 seulement, la Bretagne a perdu 19 officines, ramenant la Bretagne

à une densité de 32,2 officines pour 100 000 habitants.

Les communes comportant moins de 2500 habitants, contraintes par la réglementation des quotas, concentrent 23% des officines du territoire breton et participent donc à un accès aux soins de qualité de la région Bretagne en matière de dispensation pharmaceutique [49].

Le pharmacien d'officine peut travailler au sein d'une officine selon deux statuts : soit il est propriétaire de son officine et il en est donc le titulaire (pharmacien titulaire), soit il est salarié au sein de l'officine et dans ce cas il est pharmacien adjoint.

Les pharmaciens titulaires d'officine sont plus nombreux qu'en France (41% en Bretagne, 37% en France), représentant au total 1387 pharmaciens, en majorité des femmes (59%) avec un âge moyen comparable au national (50,3 ans). La figure 6 illustre les disparités observées sur le territoire : l'Ille-et-Vilaine concentre la part la plus faible de titulaires âgés de 55 ans ou plus, contrairement au Morbihan qui possède plus de 45% de pharmaciens âgés de 55 ans ou plus.



FIGURE 6 : CARTOGRAPHIE REGIONALE DES TITULAIRES AGES DE 55 ANS OU PLUS [48]

Concernant la situation des pharmaciens adjoints d'officine, ils étaient 1270 en 2017, âgés en moyenne de 44 ans (légèrement plus élevé que la moyenne nationale). La situation pour les pharmaciens adjoints est similaire à celle observée en France (37% en Bretagne et 38% en France). Dans la figure 7, deux départements se démarquent : l'Ille-et-Vilaine et le Morbihan

bénéficiant tous deux de situations plus favorables que le Finistère et les Côtes d'Armor.



FIGURE 7 : CARTOGRAPHIE REGIONALE DU NOMBRE DE PHARMACIENS ADJOINTS PAR OFFICINE EN BRETAGNE [48]

4.2.3. La situation des médecins généralistes bretons

Il est aussi important de parler des médecins généralistes, prescripteurs dont dépendent en partie les pharmaciens et professionnels de santé indispensables à la création d'une maison de santé pluriprofessionnelle.

Ainsi, l'offre de premier recours en Bretagne de médecins généralistes libéraux est favorable avec 3052 médecins généralistes libéraux installés sur le territoire, soit une densité de 94 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants, densité conforme à la densité nationale. Malgré une augmentation du nombre de médecins généralistes libéraux jusqu'en 2010, une baisse s'est amorcée, liée en partie au vieillissement des médecins généralistes actuellement installés. Ainsi, les médecins généralistes libéraux âgés de plus de 60 ans représentent un quart des effectifs généraux en Bretagne [50].

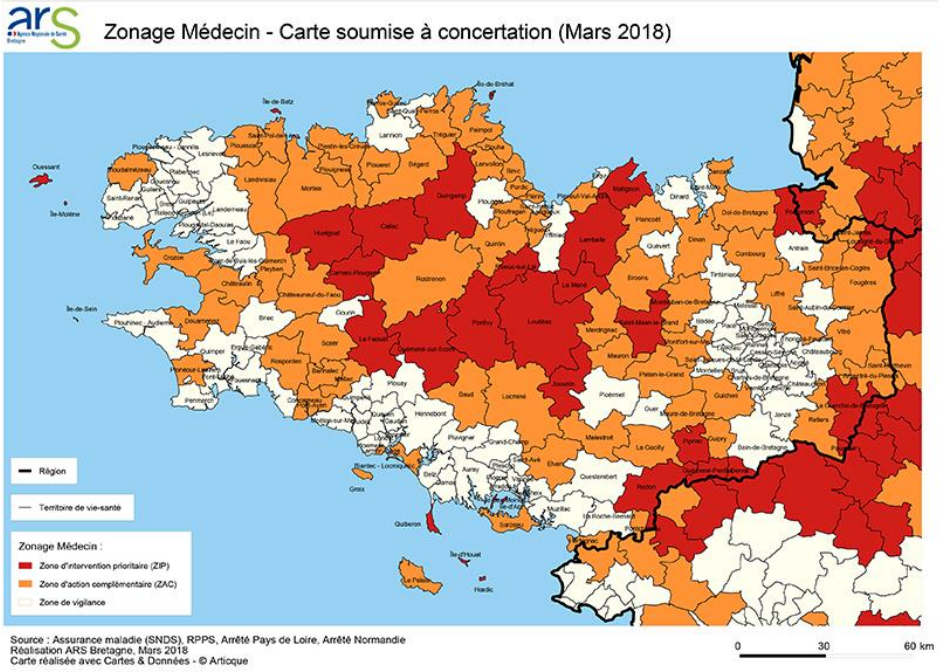


FIGURE 8 : ZONAGE DES MEDECINS - CARTE SOUMISE A CONCERTATION PAR L'ARS BRETAGNE

Le zonage soumis à concertation par l'ARS Bretagne propose 3 zones différentes :

- Zone d'intervention prioritaires ;
- Zone d'action complémentaire ;
- Zone de vigilance.

Ce zonage présente les disparités observées au sein de la région en matière de présence de médecins généralistes (Figure 8). La situation est favorable en Ille-et-Vilaine et sur la majorité du littoral. Le centre de la Bretagne concentre quant à lui les zones à prioriser en matière d'installation de médecins généralistes.

L'installation de médecins généralistes dans ces zones et dans l'ensemble de la Bretagne est donc une priorité afin d'assurer un égal accès aux soins aux Bretons. Leur installation est en partie conditionnée par la promotion de l'évolution des pratiques professionnelles. Ces évolutions, souhaitées par une majorité de la nouvelle génération des médecins et de pharmaciens, tendent à assurer une meilleure qualité de vie et donc une meilleure articulation entre vie professionnelle et vie personnelle. Ainsi, les initiatives telles que les MSP dont la

finalité est de promouvoir l'exercice coordonné avec d'autres professionnels de santé, répondent en partie à ce besoin d'évolution de la fonction de coordination de l'ensemble des professionnels de santé. Il est intéressant de noter qu'à ce jour une telle carte n'existe pas pour les pharmaciens d'officine.

4.2.4. Les MSP en Bretagne et les professionnels impliqués

Comme vu ci-dessus, le territoire breton est assez inégalement doté en matière d'offre sanitaire. Ont ainsi été soumises à concertation par l'ARS Bretagne, les nouvelles « zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins » pour les médecins.

Trois zones seront définies : les zones d'intervention prioritaire, les zones d'action complémentaire et les zones de vigilance. Ainsi, les zones d'intervention prioritaires concerneront 10% de la population bretonne (Figure 9).

C'est notamment dans cette perspective qu'ont été décrits dans le Cadre d'Orientation stratégique de l'Agence Régionale de Santé Bretagne (dans sa version en consultation) « les 7 objectifs stratégiques pour accompagner les transformations du système de santé au service de la population bretonne » [51]. Parmi eux, nombreux sont ceux qui touchent à l'exercice coordonné et donc aux MSP :

- « prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie ;
- garantir l'accès à une offre de santé adaptée et de qualité au plus près du domicile ;
- faciliter les parcours de soins, de santé et de vie par une organisation plus coordonnée» ;
- ...

Sont répertoriées sur le territoire breton au 1er mars 2018, 100 MSP en fonctionnement et en projet (figure 9) impliquant au total 2285 professionnels de santé (soit 12% du nombre total de professionnels de santé libéraux présents sur le territoire breton) [52]. Ce nombre est en constante augmentation depuis 2008 comme en témoigne la figure 10.

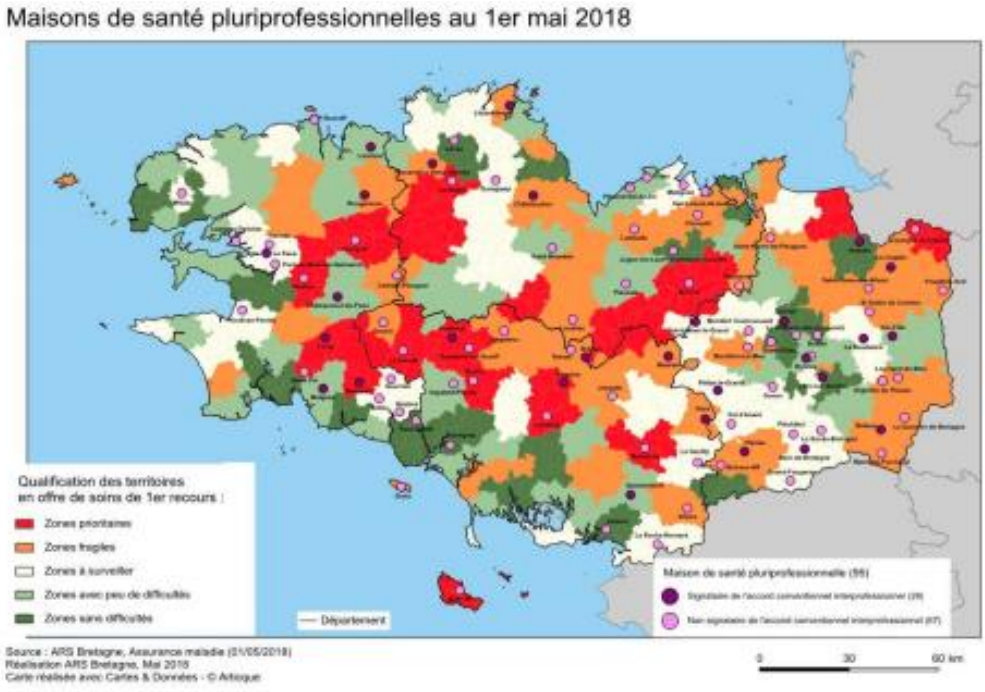


FIGURE 9 : MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES RECENSEES AU 1ER MAI 2018 [52]

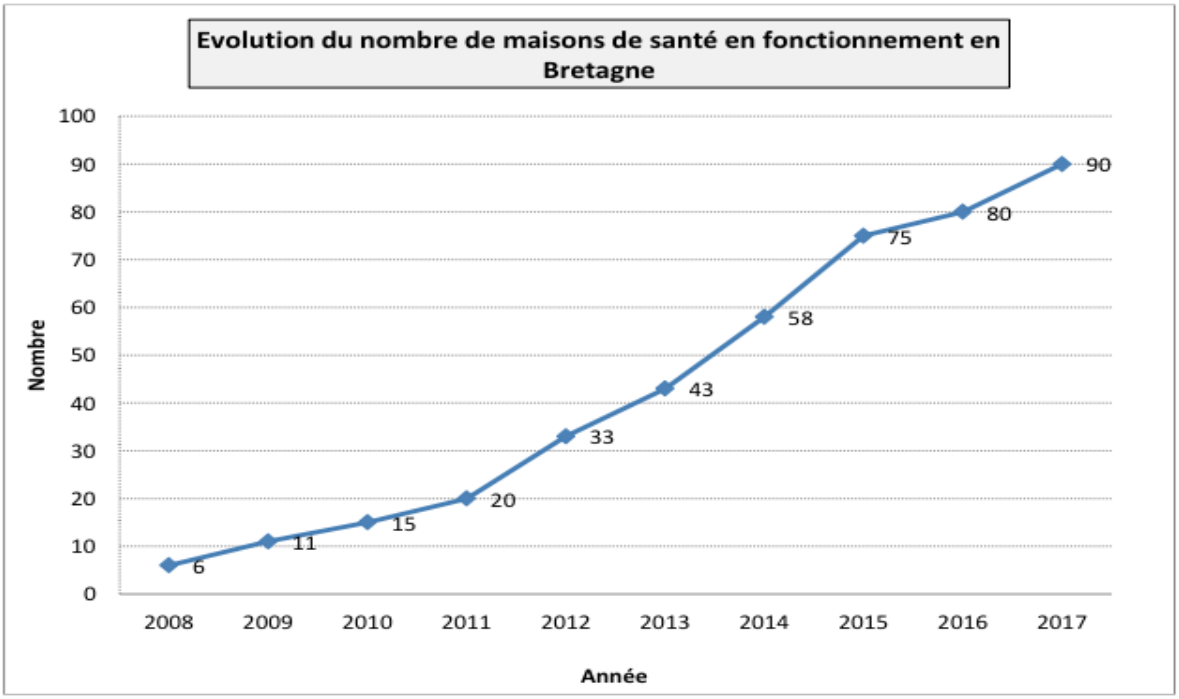


FIGURE 10 : EVOLUTION DU NOMBRE DE MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES EN FONCTIONNEMENT EN BRETAGNE [52]

Sur ce graphique, il est observé une progression réelle du nombre de MSP qui répondent à un volontarisme politique qui ne se dément pas. Il convient cependant de se demander la réalité de leur prise en main par les professionnels de santé et donc la réalité de la coordination.

Les MSP en fonctionnement sont réparties sur les quatre départements bretons comme ceci [52] :

- La majorité est située en Ille-et-Vilaine (34,44%),
- Ensuite, un quart se trouve dans le Morbihan (25,56%),
- Enfin, les Côtes d'Armor et le Finistère avec chacun 20% des MSP présentes sur le territoire breton.

Concernant les 10 MSP en projet, à l'heure où cette thèse est écrite :

- La majorité est située dans le Finistère (4),
- Puis le Morbihan (3), les Côtes d'Armor (2) et l'Ille-et-Vilaine (1).

Ces MSP sont, pour un tiers seulement, signataires de l'ACI, accord permettant pourtant aux

professionnels de santé impliqués dans les MSP de recevoir les nouveaux modes de rémunération.

TABLEAU 2 : REPARTITION DEPARTEMENTALE DES 100 MSP REPERTORIEES AU 1ER JANVIER 2018 EN FONCTION DU ZONAGE DE L'ARS [52]

Structures d'exercice coordonné	Zones prioritaires	Zones fragiles	Zones à surveiller	Zones avec peu de difficultés	Zones sans difficultés	Bretagne
Nombre de structures en fonctionnement	15	31	21	14	9	90
Nombre de structures en projet	0	3	3	2	2	10
Total	15	34	24	16	11	100

Il est intéressant de constater que moins de 50% des MSP sont situées dans des zones prioritaires ou fragiles, et qu'au total 73% des MSP sont situées dans des zones en difficulté (prioritaires, fragiles et à surveiller) (Tableau 2). Cela semble être en cohérence avec l'esprit présidant la mise en place des MSP. Cependant, les zones prioritaires ne concentrent que 18% des MSP, ce qui va à l'encontre de la volonté de l'Etat d'implantation des MSP dans des zones prioritaires.

Dans leurs compositions, les MSP bretonnes représentent l'ensemble des professionnels de santé libéraux : médecins généralistes, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, diététiciens, psychologues et ostéopathes. Avec environ 20% de ses effectifs, la profession la plus engagée est celle de diététicien suivie à égalité par le médecin généraliste, le pharmacien, et les pédicures-podologues (Tableau 3). La profession la plus représentée en termes d'effectifs dans les MSP bretonnes est celle des infirmiers (Tableau 3).

TABLEAU 3 : PROFESSIONNELS DE SANTE IMPLIQUES DANS LES MSP DU TERRITOIRE BRETON [50]

Catégories de professionnels de santé	Nombre de professionnels installés au 1er janvier 2017	Professionnels dans les MSP en fonctionnement		Professionnels dans les MSP en projet		Total	
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Médecins généralistes	3 035	413	14%	35	1%	448	15%
Pharmaciens	1 543	219	14%	22	1%	241	16%
Chirurgiens-dentistes	1 890	111	6%	6	0%	117	6%
Sages-femmes	272	38	14%	1	0%	39	14%
Infimiers	5 311	688	13%	76	1%	764	14%
Masseurs-kinésithérapeutes	3 283	321	10%	16	0%	337	10%
Orthophonistes	986	99	10%	3	0%	102	10%
Orthoptistes	134	7	5%	1	1%	8	6%
Pédicures-Podologues	666	95	14%	7	1%	102	15%
Diététiciens	156	30	19%	2	1%	32	21%
Psychologues	876	60	7%	2	0%	62	7%
Osthéopathes	1 211	32	3%	1	0%	33	3%
TOTAL	19 363	2 113	11%	172	1%	2 285	12%

Il est intéressant de noter que la proportion de pharmaciens et de médecins généralistes est identique, alors même que seule la présence d'un médecin généraliste est obligatoire dans la création d'une MSP. Le pharmacien semble donc impliqué sur le territoire breton dans la dynamique de coordination instaurée par les MSP.

4.2.5. Motivations des professionnels de santé et du pharmacien à entrer dans une MSP

Il a été observé en région Bretagne que les pharmaciens étaient souvent à l'origine ou au sein du projet initial d'association de professionnels de santé, évoluant en MSP par la suite. Cette observation n'est cependant pas une réalité qui a pu être éprouvée plus largement mais elle tend à renforcer la remarque ci-dessus sur le nombre de pharmaciens impliqués dans les MSP par rapport au nombre de médecins. Les pharmaciens semblent ainsi être des professionnels de santé impliqués sur le territoire breton dans la coordination avec les autres professionnels de santé et être parfois à l'initiative des projets de santé coopération pluriprofessionnels. Les motivations de l'implication des professionnels de santé dans des projets de ce type semblent être multiples. Tout d'abord, les différents entretiens menés au cours de mon travail ont permis de mettre en évidence que le pharmacien souhaite « *connaitre les*

professions et les professionnels de santé » sur leur territoire, leurs missions, leurs spécificités, leurs problématiques. Cette volonté de connaître les professionnels travaillant autour de leurs patients est partagée par l'ensemble des professionnels de santé s'impliquant dans des projets de MSP. Il apparait donc qu'afin de mieux se coordonner autour du patient, la première chose dont les professionnels de santé, pharmaciens inclus, ont besoin est d'apprendre à connaître les professionnels évoluant autour d'eux. Ainsi, un pharmacien ayant choisi de travailler dans une MSP, expliquait : « *Je souhaitais travailler différemment, en réseau, avec les autres professionnels de santé présents sur le territoire, pouvoir échanger sur des situations particulières. Pour moi, la coordination avec les autres professionnels de santé est une évidence, elle me permet d'avoir un travail plus enrichissant et plus valorisant ».*

Vient ensuite la nécessité pour certains pharmaciens se situant dans des territoires sous-dotés en médecins généralistes ou à risque de le devenir (avec des médecins généralistes approchant de l'âge de la retraite et sans remplaçant) d'attirer des nouvelles générations de médecins généralistes. Le pharmacien dépend logiquement de la présence de médecins généralistes à proximité, uniques prescripteurs de médicaments, leur disparition mettant en péril les officines et déstabilisant ainsi l'accès aux soins.

Ainsi, dans l'une des MSP en projet sur le territoire breton, le pharmacien qui avait monté une association de professionnels de santé afin d'attirer de jeunes médecins, mettait en place des actions de santé publique telles que le Moi(s) sans tabac. Cette stratégie mise en œuvre avec l'aide de l'Agence Régionale de Santé, s'est avérée payante puisqu'aujourd'hui, dans cette commune qui ne comptait plus de médecins généralistes, trois médecins se sont installés, très impliqués dans l'association de professionnels et à l'initiative de la formalisation d'un projet de santé. A l'inverse, pour un des pharmaciens que j'ai pu rencontrer, l'existence d'un projet de professionnels de santé regroupés dans une association a été un moteur pour le rachat de sa

pharmacie, témoignant selon lui « *d'une dynamique pré-existante de travail en coordination sur la commune* ».

Enfin, les problèmes de santé non résolus de manière récurrente sur certains territoires sont aussi un moteur pour la coordination. A titre d'exemple, sur un territoire comprenant de nombreux ouvriers travaillant dans une industrie agroalimentaire, la problématique des lombalgies était rencontrée par de nombreux professionnels de santé, le manque de communication et de coordination autour des parcours des patients ne favorisait pas une prévention efficace de ces troubles touchant de manière différente les professionnels de santé, dont le pharmacien (pour des problèmes liés à la surconsommation d'antalgiques).

Ainsi il apparait donc que ce dispositif instauré par les pouvoirs publics autour du médecin généraliste implique aussi en Bretagne de façon prononcée les pharmaciens pour des raisons variées. Cependant, les MSP ont un cadre légal et des outils à leur disposition qui laissent le pharmacien dans une position pouvant s'avérer complexe, comme nous allons à présent le montrer.

4.3. La société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA)

La structuration juridique des MSP a connu un tournant en 2011 grâce à la création de la Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), structuration juridique indispensable pour rémunérer la coordination des professionnels de santé impliqués dans les maisons de santé pluriprofessionnelles, dont le pharmacien.

4.3.1. Structurations juridiques préexistantes

Auparavant plusieurs structurations juridiques étaient à disposition des professionnels de santé libéraux travaillant au sein d'une MSP :

- L'association loi 1901: cette structure juridique est à caractère non lucratif. Le caractère non lucratif permet à l'association de recevoir des subventions mais pas de les redistribuer à ses membres.

- La société civile de moyens (SCM): cette structuration juridique permet un exercice pluriprofessionnel mais ne fait que mettre en commun des moyens et donc, ne permet pas aux professionnels de percevoir des recettes, comme les nouveaux modes de rémunération (NMR).

- Le groupement d'intérêt économique (GIE) : cette structuration permet aussi un exercice pluriprofessionnel et de recevoir des subventions. Cependant, les membres d'un GIE ne peuvent pas facturer d'actes à l'assurance maladie et ne peuvent donc pas recevoir les NMR.

D'autres structurations juridiques, en plus de celles mentionnées ci-dessus, existent mais ne permettent pas d'associer différents professionnels de santé. Elles concernent l'exercice coordonné de plusieurs professionnels au sein d'une même profession.

Il existe, pour cette forme d'exercice coordonné, deux structurations juridiques : la Société d'Exercice Libéral (SEL) ou la Société Civile Professionnelle (SCP). La SCP est un groupement d'exercice qui permet une mise en commun des moyens et des recettes, c'est une société de personnes, soumise à l'impôt sur le revenu comme la SISA. Ces deux structures permettent à leurs membres de facturer des actes à l'assurance maladie et donc de recevoir des financements.

4.3.2. Objectifs de la SISA

La SISA, fut créée en 2011 et a été effective en 2012 grâce à un décret d'application [53]. Ce décret d'application permit de préciser les activités exercées en commun dans le cadre de la SISA et les onze mentions obligatoires devant figurer dans les statuts.

En effet, un professionnel de santé libéral, en raison de son statut de professionnel libéral, ne peut recevoir directement de rémunérations provenant d'instances publiques, telles que des ARS ou des CPAM. C'est en partie pour résoudre cette problématique juridique qu'ont été créées les SISA. Les SISA sont, à ce jour, les seules structures juridiques qui peuvent recevoir les NMR au titre de l'ACI. Ces nouveaux modes de rémunération visent à rémunérer le temps de coordination des professionnels de santé et une MSP peut ainsi recevoir une enveloppe annuelle pouvant aller jusqu'à 76 000€.

La SISA répond donc à plusieurs objectifs :

- regrouper des professionnels de santé de professions différentes. Sont considérés comme professionnels de santé selon le Code de la Santé Publique : les médecins, les auxiliaires médicaux : infirmiers diplômés d'état (IDE), masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, podologues, pédicures, les pharmaciens ;

- recevoir des financements d'organismes publics (ARS, CPAM, Conseils départementaux) ;

- octroyer ces NMR aux professionnels impliqués dans la MSP sous la forme de rémunération d'activités en commun, dans le cadre des nouveaux modes de rémunérations dont peuvent bénéficier les professionnels de santé ;

- permettre donc de mutualiser les moyens (comme le ferait une société civile de moyens).

4.3.3. Statuts et constitution de la SISA

La SISA ne peut être constituée que de personnes physiques et *a minima* de deux médecins et d'un auxiliaire médical. Les statuts de l'association doivent désigner un gérant ainsi que les membres statutaires appelés sociétaires. La SISA peut disposer de salariés et de

vacataires, professionnels de santé ou non. La SISA est une société civile, et elle est donc assujettie à l'impôt sur le revenu. Les bénéfices touchés par les associés au titre des NMR sont assujettis au même régime fiscal que les honoraires d'activités, et sont classés dans les Bénéfices non commerciaux (BNC). Les BNC sont des bénéfices tirés d'une activité libérale comme celle des professionnels de santé libéraux par exemple, ou des avocats, des experts comptables... Ces professions qui, par leur nature, sont indépendantes avec une activité intellectuelle prépondérante.

4.3.4. La SISA et le pharmacien

Le pharmacien peut être associé en tant que personne physique, mais sa pharmacie d'officine, qui constitue une personne morale au sens de la loi, ne peut en faire partie. Cette différenciation pourrait tendre à exclure les pharmaciens des MSP du territoire breton. Cependant, comme observé précédemment, les pharmaciens bretons sont très investis dans la coordination avec les autres professionnels impliqués dans le parcours du patient.

Il ne semble ainsi pas que la différenciation entre le pharmacien et son officine pose actuellement problème pour l'intégration des pharmaciens dans la SISA.

Au cours de mes entretiens, j'ai eu l'opportunité d'interroger des pharmaciens sur les motivations du choix d'être intégrés à la SISA. La première raison invoquée fut la volonté d'être pleinement intégré au dispositif jusqu'à son aboutissement que constitue la SISA. En effet, la SISA permet de rémunérer la coordination et constitue donc le seul moyen de valoriser le temps passé à la coordination. Les pharmaciens rencontrés étaient très impliqués dans la coordination depuis le début du projet, au stade de la préfiguration sous forme d'association, et avaient souvent consacré beaucoup de temps à l'instauration d'une dynamique sur le territoire avec les autres professionnels de santé. Ils souhaitaient donc pouvoir obtenir à la fois une rémunération pour le temps passé à monter le projet au travers des NMR, et continuer leur travail au sein de

l'équipe de professionnels de santé. Ainsi, même si la rémunération du temps passé à la coordination semble être importante pour les pharmaciens rencontrés, il apparaît que le « *moteur financier n'est pas la première motivation mais une volonté d'être jusqu'au bout dans le projet* ».

De plus, la redistribution des NMR pour le pharmacien pose la question de la séparation entre le pharmacien et son officine. Pour un des pharmaciens rencontrés qui était membre de la SISA de sa MSP, les bénéfices provenant des NMR lui revenaient, en tant que professionnel de santé et non pour son officine. Les bénéfices tirés de ces NMR ne peuvent donc être utilisés comme des bénéfices liés à l'activité de l'officine.

4.3.5. La structuration juridique conseillée aux MSP

Lors de la création d'une SISA, il peut être conseillé aux professionnels d'adopter la structuration juridique décrite dans la figure 11 :

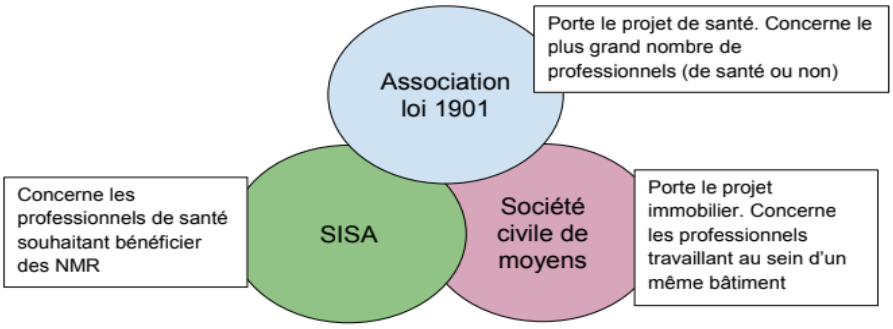


FIGURE 11 : STRUCTURATION JURIDIQUE CONSEILLEE POUR LES MSP (SOURCE : TRAVAIL PERSONNEL)

Cette structuration combinant trois structures juridiques différentes permet aux professionnels de participer à différents niveaux dans la MSP, et d'associer en plus des professionnels de santé, des professionnels intervenant autour du parcours de soins des patients tels que des sophrologues, des psychologues ou des professionnels des secteurs sociaux ou médico-sociaux.

L'organisation sous la forme d'association loi 1901 permet la participation de l'ensemble des professionnels impliqués dans la coordination des patients sur le territoire. L'association porte le projet de santé, qui pourra être validé par l'ARS.

La société civile de moyens permet d'assurer la gestion du ou des bâtiments (loyers, charges…) lorsque l'association possède un bâtiment qui regroupe certains des professionnels de l'association.

La SISA, comme explicité précédemment, permet aux professionnels le souhaitant de percevoir les NMR et de les redistribuer selon leurs souhaits.

Le pharmacien peut donc être impliqué à la fois dans l'association loi 1901 et dans la SISA, lui assurant un rôle important dans la coordination et dans le projet de santé.

4.4. Les systèmes d'information partagés et la messagerie sécurisée

4.4.1. Les enjeux liés au partage des informations

Les systèmes d'information partagés sont des outils indispensables à l'exercice coordonné. Ainsi, depuis à la loi Fourcade de 2011[53], les professionnels qui ont adhéré au projet de santé d'une MSP ont le droit d'accéder aux informations de santé de leurs patients sous réserve que ceux-ci aient exprimé leur consentement. Une Agence est qualifiée pour labéliser les logiciels remplissant les critères d'un système d'information partagé médical, l'Agence Française de la Santé Numérique, l'ASIP Santé.

Grâce à ce label « e-santé Logiciel Maisons et Centres de santé », les logiciels disponibles pour les professionnels de santé garantissent une « adéquation fonctionnelle aux besoins des professionnels » pour l'exercice individuel (gestion du planning des consultations, du dossier patient, de la facturation…), l'exercice coordonné (gestion des accès aux informations des patients, des réunions et des protocoles pluriprofessionnels), le pilotage de l'activité et la gestion de la MSP. La labellisation ASIP assure la « compatibilité avec le dossier

médical partagé » (DMP) et permet donc sa création, sa consultation et son alimentation et ce en « conformité avec la réglementation ».

L'objectif de l'instauration de ces dispositifs est de faire entrer dans les usages la coordination et le partage de données de manière sécurisée entre les professionnels de santé. L'un des enjeux est donc de rendre ces outils facilement appropriables par les professionnels de santé qui possèdent déjà leurs propres outils de coordination. C'est donc aux logiciels de s'adapter aux contraintes de l'exercice de chaque profession afin de répondre au mieux aux besoins et aux contraintes des professionnels.

Un autre enjeu de ces logiciels est la sécurisation des données, d'autant plus prioritaire qu'actuellement les informations concernant des problèmes dans une prise en charge ou une transmission d'information pour le professionnel de santé concerné se font majoritairement par téléphone, par mail ou par SMS de manière non sécurisée. Il apparait donc que le partage des données est autant un atout pour la fluidification des parcours de santé des patients que pour la sécurisation de leurs données médicales.

4.4.2. Les systèmes d'information partagés au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles

Dans le cadre des MSP, les professionnels de santé doivent donc choisir à la fois un système d'information partagé parmi les logiciels proposés par l'ASIP et une messagerie sécurisée afin de garantir la sécurité des données de leurs patients. En pratique, avant la création de la MSP, chaque profession dispose de son propre logiciel métier : les médecins généralistes utilisent par exemple des logiciels comme Axisanté ou Médistory, les infirmières ont un logiciel qui leur permet de facturer, de gérer leurs tournées... Au cours du processus d'entrée dans l'ACI, c'est donc à l'ensemble des professionnels de santé de choisir leur logiciel partagé. Il existe ainsi plusieurs logiciels qui répondent à des besoins différents. Il est capital de recenser les

besoins des professionnels de santé afin de choisir le logiciel qui y répond le mieux, chaque équipe de MSP ayant des besoins différents selon les professions impliquées.

Il est apparu au cours des entretiens que la majorité des professionnels de santé estime que le partage des données est un enjeu majeur de la coordination. Pour certains professionnels de santé le partage d'informations s'impose comme une évidence afin de coordonner et d'améliorer la prise en charge des patients, d'autant plus que rentrer dans l'ACI et bénéficier des NMR sont conditionnés par l'obtention de ces outils de partage.

Cependant il semble qu'il existe un « problème générationnel » concernant l'adhésion à ces outils de partage. Certains professionnels de santé, et en particulier certains médecins généralistes approchant de la retraite, se sont montrés réticents à l'idée de partager des données, invoquant notamment le nécessaire respect du secret médical mais peut-être encore plus les contraintes relatives à l'appropriation d'un nouveau logiciel. À titre d'exemple, pour une des MSP rencontrées, l'ensemble des professionnels de santé a orienté son choix vers un logiciel métier centré sur les médecins généralistes pour qu'il soit le plus appropriable par eux. Ce sont donc les autres professionnels de santé qui se sont adaptés par la suite.

4.4.3. Le pharmacien et les systèmes d'information partagés au sein de la maison de santé pluriprofessionnelle

Le pharmacien est à nouveau dans une position particulière en raison de son statut ambivalent de professionnel de santé et de gestionnaire d'une entreprise. En effet, certains logiciels actuellement proposés par l'ASIP permettent aux professionnels de santé de répondre à l'ensemble de leurs contraintes : gérer un planning de rendez-vous, de tournées pour les infirmiers... Cependant, il est observé qu'actuellement pour une majorité de professionnels de santé (dont les pharmaciens) du territoire breton, l'acquisition d'un nouveau logiciel labellisé par l'ASIP se fait en plus du logiciel métier préexistant.

Pour les pharmaciens, il n'existe pour l'instant pas de logiciel permettant d'intégrer à la fois les modalités de partage et de coordination entre professionnels de santé et la gestion des stocks, des commandes, des fiches des patients et des professionnels de santé, la comptabilité de l'officine inhérente au fonctionnement d'une officine. Il doit donc combiner les deux logiciels afin de gérer son officine et de se coordonner avec les autres professionnels de santé. Afin d'assurer la dispensation du médicament, le pharmacien utilise un logiciel d'aide à la dispensation (LAD) comprenant un module de gestion permettant de gérer le tiers payant, les achats et les stocks et un module métier lui signalant les interactions médicamenteuses, les contre-indications, intégrant le dossier pharmaceutique (DP).

Enfin, parmi les logiciels proposés par l'ASIP, un seul logiciel (disponible aux niveaux standard et avancé) associe le pharmacien sur l'ensemble des logiciels disponibles pour les maisons et centres de santé pluriprofessionnels.

Les pharmaciens que j'ai pu interroger ont tous insisté sur leur volonté d'être intégrés dans les systèmes d'information partagés malgré les contraintes précédemment exposées et ce pour plusieurs raisons : « *avoir accès aux traitements de leurs patients et aux comptes rendus des médecins, changer les prescriptions par voie sécurisée avec regard du médecin généraliste, organiser des réunions de concertation pluriprofessionnelles et avoir accès à une messagerie sécurisée pour communiquer sur l'ensemble des problématiques rencontrées* ».

L'objectif, comme pour l'intégration dans la SISA, est d'être pleinement acteur du projet de coordination dans sa globalité et de disposer des mêmes informations que les autres professionnels de santé afin d'exercer leur fonction au mieux dans l'intérêt du patient.

Les pharmaciens ont ainsi l'habitude de travailler avec des systèmes informatiques performants, obligatoires pour assurer la délivrance du médicament et la gestion de leur

officine. Ils sont donc familiarisés avec cet outil de travail indispensable à leur pratique et disposent ainsi d'une « longueur d'avance » sur l'ensemble des professionnels du secteur libéral. Dans le cadre de la coordination autour du patient, nécessitant de fait un partage des informations, le pharmacien se positionne donc comme un acteur clé du changement.

4.4.4. Utilisation des systèmes d'information partagés

Une fois la question du choix du logiciel réglée, vient celle de son utilisation réelle au quotidien par l'ensemble des professionnels de santé de la MSP. En pratique, il semble que certains professionnels utilisent les outils à leur disposition (notamment en matière de messagerie sécurisée) mais soutiennent que ce mode de communication ne peut remplacer le contact direct par téléphone ou les réunions quotidiennes.

Ainsi, sur l'un des territoires interrogés, les infirmiers et les médecins généralistes communiquaient grâce à la messagerie sécurisée mais les infirmiers et les pharmaciens communiquaient de manière directe et quotidienne, se voyant lors de la collecte des prélèvements biologiques (prises de sang) au sein de la pharmacie.

Ainsi, au-delà de l'installation de ces logiciels, de leur interopérabilité et de leur facilité d'utilisation, il faut considérer que le partage de données et d'informations constitue un changement majeur pour des professions libérales habituées à travailleur seules et très attachées à leur autonomie.

Pour illustrer cette difficulté, lors de l'un des entretiens réalisés, un des professionnels de santé témoignait du refus de certains professionnels de santé, âgés pour la plupart, de partager leurs informations sur des dossiers de patients spécifiques au travers de logiciel de partage pourtant sécurisé, invoquant le secret professionnel. Mais le secret professionnel, principe fondamental de la relation de confiance entre le patient et le professionnel de santé, a évolué

afin de permettre la communication et le partage d'informations entre professionnels de santé [54] dans un premier temps puis dans un deuxième temps avec les professionnels des secteurs médico-social et social [55]. Ainsi, le législateur a donné les moyens de participer au décloisonnement entre professionnels de santé et entre secteurs avec le secteur médico-social et social. Ce décloisonnement est nécessaire pour une prise en charge optimale d'une personne et de l'ensemble des déterminants influant sur la santé d'un individu (conditions socio-économiques, culturelles, environnementales, réseaux sociaux et communautaires, facteurs liés au style de vie personnel et enfin les facteurs liés au sexe, à l'âge et à la constitution).

Ce constat témoigne du manque de connaissance, de l'inertie et du manque d'envie de changement de certains professionnels, habitués à un certain mode de fonctionnement et à une certaine relation avec le patient. C'est pourtant avec l'aide de l'ensemble de ces professionnels que se fera réellement la coordination autour du parcours du patient, sur tous ces aspects.

5. Réflexion

Il serait bien présomptueux de ma part de prétendre avoir une réflexion aboutie sur un sujet complexe et mettant en concurrence des intérêts aussi contradictoires. Il serait encore plus présomptueux de prétendre faire des recommandations pour rendre plus performante la coopération entre les systèmes de soins et le secteur social et médico-social.

Cependant l'observation même superficielle des systèmes mis en place par les pouvoirs publics m'a conduite à faire quelques remarques et observations que j'ai souhaité vous faire partager dans ce travail.

J'ai donc choisi de proposer au sein de cette dernière partie une réflexion sur le dispositif de coordination que constituent les maisons de santé pluriprofessionnelles et sur ses impacts sur :

- l'accès aux soins en région Bretagne ;
- le décloisonnement nécessaire à un parcours de soins fluide ;
- la possibilité et la nécessité d'une évaluation par les pouvoirs publics.

Enfin, au cours de mes lectures, l'observation de la variété des missions du pharmacien dans les pays européens m'a amenée à penser qu'un des lieux d'expérimentation idéal pour ces missions non encore dévolues au pharmacien en France était la MSP, lieu où la coordination et le partage d'informations avec les autres professionnels de santé préexistait.

5.1. Les maisons de santé pluriprofessionnelles

5.1.1. Un dispositif en réponse aux enjeux des soins primaires et des besoins des professionnels de santé

La création par les pouvoirs publics des MSP et d'autres dispositifs favorisant le travail en coordination témoigne de la prise en compte des changements et des évolutions de notre système de santé à un niveau local. En favorisant la coordination entre professionnels de santé, les MSP visent à prendre en compte le patient dans sa globalité et non plus par segment de problématiques de santé. Cette coordination est nécessaire à la résolution de situations sanitaires et sociales de plus en plus complexes et chronophages, situations ne pouvant plus être résolues par un professionnel de santé isolé. De plus, dans le contexte de réduction des dépenses en matière de santé et de recherche de l'efficience dans la prise en charge de populations dépendantes, la coordination, notamment en matière de prévention, est un des leviers de réduction des coûts et d'amélioration de la prise en charge des patients [56]. Ces nouveaux modes de coopération sont donc une opportunité à la fois pour les patients, les professionnels de santé et les pouvoirs publics.

L'axe 2 de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 [27] témoigne de l'importance donnée aux réponses locales et de la nécessité de penser les soins à un niveau territorial afin de réduire la problématique des inégalités de santé, situation prégnante en France. En effet, malgré un niveau de santé favorable au national, sont observées sur le territoire français des inégalités notamment en matière d'accès aux soins. Cet axe donne une légitimité encore plus prononcée aux MSP, dispositifs implantés sur des territoires définis et répondant à des problématiques précises en matière d'accès aux soins ou de santé.

L'instauration et la promotion de ces MSP tient aussi compte des évolutions souhaitées par les professionnels de santé dont les médecins généralistes, pivots du système de soins souffrant d'une charge de travail trop importante, d'un manque de connaissance des acteurs et

des dispositifs et d'un isolement dans leur pratique. Ce constat s'applique aux médecins généralistes mais aussi à l'ensemble des professionnels impliqués dans le parcours des patients. De façon très surprenante, les acteurs locaux de santé ne se connaissent pas ou très peu et c'est en premier lieu la curiosité qui incite le professionnel de santé à se tourner vers des modes de travail différents qui lui permettent de nouer des relations professionnelles.

Les MSP semblent ainsi offrir des leviers aux décideurs publics pour tenter de résoudre la problématique des déserts médicaux. En effet, ces dispositifs en répondant aux aspirations des jeunes générations, permettent de favoriser leur installation dans des territoires où une coordination préexiste, coordination devenue un levier capital à leur vision de leur métier et de leur équilibre entre vie personnelle et professionnelle.

Les pouvoirs publics ont d'ailleurs tenu compte des contraintes liées aux statuts des professionnels libéraux via la création de la SISA, permettant de rémunérer l'activité de coordination des professionnels impliqués dans le parcours du patient.

5.1.2. Pour un décloisonnement entre les professionnels de santé exclusivement ?

Les MSP ont été créées dans le but de favoriser la coordination entre les professionnels de santé en la rémunérant et en leur donnant les outils à même de répondre à leurs besoins. Ces outils ont pour objectif de répondre à un des besoins les plus fréquemment énoncés par des professionnels de santé rejoignant les MSP : le besoin d'interconnaissance. Cette sectorisation des connaissances, des compétences, au sein même du secteur sanitaire, entre médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeute… rend la coordination difficile.

Ce décloisonnement au sein du secteur sanitaire, bien que nécessaire, semble pourtant mettre de côté les secteurs du médico-social et du social pourtant essentiels et particulièrement sollicités dans la prise en charge de patients, notamment pour des personnes âgées dépendantes, des personnes en situation de handicap ou des enfants présentant des difficultés scolaires.

Lorsqu'au cours des entretiens, la question de la place du secteur médico-social ou social s'est posée, l'ensemble des professionnels de santé interrogés reconnaissait l'importance de leur implication dans le parcours de santé. Cependant, ces mêmes professionnels convenaient qu'actuellement dans leurs MSP respectives, le secteur social et médico-social n'était pas ou très peu impliqué.

Au-delà du manque d'appropriation par les professionnels eux-mêmes, les outils actuellement proposés, notamment les logiciels d'information partagés, ne permettent pas de partager les informations de patients avec les professionnels de ces secteurs, malgré une réglementation favorable au partage de données.

En plus du secteur social et médico-social, la question du lien ville-hôpital semble assez peu abordée par les professionnels lors de leur projet de santé. Pourtant, dans le cadre du parcours du patient, le lien avec l'hôpital est primordial, d'autant plus que le pharmacien semble être un acteur idéal pour l'organisation du suivi des patients lors de passage en milieu hospitalier. En effet, l'expertise pharmaceutique et le rôle d'acteur de proximité font du pharmacien d'officine le relai idéal entre la ville et l'hôpital. Ainsi, plusieurs expérimentations sont menées en France associant les pharmaciens d'officine aux bilans de médication réalisés en milieu hospitalier comme le montrent les exemples suivants.

Dans la région Nouvelle-Aquitaine, dans le cadre du dispositif PAERPA, a été mise en place une unité d'évaluation gériatrique hospitalière associant les pharmaciens de ville et les médecins traitants [57]. L'objectif affiché est encore une fois la prise en charge des personnes âgées et l'analyse de leurs prescriptions médicamenteuses.

En région Occitanie, un réseau d'officines nommé Reipo a été développé. Ce réseau propose aux pharmaciens d'officine de suivre une formation et un tutorat pour le déploiement

des bilans partagés de médication. Cette expérimentation a pour objectif de diminuer le volume des prescriptions pour une population qui généralement reçoit des prescriptions très lourdes, les personnes âgées. Un des freins à cette expérimentation est la non-utilisation de la messagerie sécurisée. Le pharmacien impliqué dans des MSP ayant déjà été sensibilisé à la communication via des systèmes tels que la messagerie sécurisée serait idéal pour participer à ce réseau.

5.1.3. Pour quelle évaluation ?

Le constat sur le territoire breton du faible nombre de projets de santé ayant abouti à l'entrée dans l'ACI (seulement un tiers) interroge sur la réalité de la coordination au sein des MSP. En effet, malgré le nombre de MSP en fonctionnement qui est encourageant, la question de la coordination souhaitée au sein de ces dispositifs doit être posée.

À titre d'exemple, pour les systèmes d'information partagés qui constituent un indicateur socle dans l'entrée dans l'ACI, malgré leur obtention et leur installation au sein des MSP, il est fréquent de constater que les professionnels de santé n'utilisent pas pleinement ces outils et continuent parfois à utiliser des moyens de communication non sécurisés. Ainsi, au-delà des chiffres, il serait intéressant de réfléchir à la pertinence d'une évaluation de la coordination effectivement réalisée en tenant compte du statut libéral des professions impliquées dans ces dispositifs.

Il ne faut en effet pas négliger le fait que pour une partie des professionnels, le statut de profession libérale est très important et est intrinsèquement lié à leur pratique. Instaurer une forme de contrôle via une évaluation de la coordination effectuée au sein des MSP doit donc s'effectuer avec les professionnels dans une démarche de co-construction sur la base d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs. Cette démarche est loin d'être évidente.

5.2.Les pharmaciens en Bretagne

Le vieillissement de la population française nécessitant des soins croissants combiné au départ à la retraite d'une génération de médecins généralistes entraine des changements dans la prise en charge des patients et de leur situation de dépendance.

5.2.1. Un pilier des maisons de santé pluriprofessionnelles

Le pharmacien, professionnel de santé reconnu à la fois par ses patients et les professionnels de santé, apparait ainsi être un des piliers au sein des MSP, comme en témoigne une médecin généraliste interrogée : « *le pharmacien est un pilier de la coordination. Il fait partie du trio moteur dans la coordination des parcours avec les infirmiers libéraux et les médecins généralistes* ». Cependant, il n'existe pas à ce jour de chiffres officiels permettant d'avoir une vision globale sur le nombre de pharmaciens participant à ces projets ou moteurs en tant que présidents d'association ou membres de la SISA. Ainsi, les pharmaciens sont fortement impliqués sur le territoire breton dans les projets de MSP quel que soit leur degré de maturation, à part égale avec les médecins généralistes qui sont pourtant les pierres angulaires de notre système de soins et de ce dispositif. De plus, en raison du maillage dense des officines sur le territoire breton, les pharmaciens constituent des relais de santé publique et des professionnels de choix dans la coordination du parcours, les officines étant des lieux facilement accessibles pour les patients, sans rendez-vous. Pour les pharmaciens, le départ des médecins généralistes à la retraite met en péril leur activité, et conduit à repenser leur métier et leurs relations aux autres professionnels. C'est pourquoi leur implication dans ce type de dispositif témoigne de leur volonté de faire évoluer leurs pratiques, en s'appuyant sur les avancées législatives récentes. Ces avancées législatives favorables à la profession de pharmacien, combinées à leur implication, contribuent à renforcer la crédibilité du pharmacien en tant que professionnel de santé.

5.2.2. L'enjeu de la formation du pharmacien et des professionnels de santé

Comme exposé précédemment, la formation du pharmacien est axée sur la connaissance du médicament et de ses propriétés via de nombreux enseignements tels que la pharmacologie, la sémiologie, l'éducation thérapeutique ou la chimie thérapeutique.

Pour les pharmaciens d'officine, ces connaissances sont indispensables afin d'être des professionnels de santé de proximité spécialistes du médicament. Dans son activité quotidienne, lors de la dispensation du médicament, connaître les effets indésirables, les contre-indications, les effets pharmacologiques du médicament est le cœur de son métier et la base de son expertise. Cependant, le pharmacien est aussi un gestionnaire d'entreprise, avec des salariés, des contraintes en matière de rentabilité. Ce rôle de gestionnaire d'entreprise nécessite une formation qui devrait s'intégrer dans le cursus pharmaceutique afin de lui permettre de concilier au mieux la part du professionnel de santé et celle de responsable d'une entreprise soumise à des contraintes économiques. Il semble que cette nécessité corresponde à la réalité mais elle représente un changement profond dans la conception du métier du pharmacien, changement devant se traduire concrètement dans ses études.

Concernant l'intégration de la coordination et le rôle de relai auprès des professionnels de santé, le pharmacien semble être un des acteurs pouvant assurer ce rôle. Des expérimentations sont menées et les patients semblent être favorables à cette nouvelle mission [58]. Cependant, un élargissement des missions du pharmacien vers la coordination du parcours du patient éloigne là encore le pharmacien de son cœur de métier. Il reste donc à savoir si ces changements sont souhaités par l'ensemble de la profession.

D'un point de vue plus global, la première motivation exprimée par les professionnels de santé s'impliquant dans des MSP, est la nécessité de connaitre les autres professionnels évoluant autour du patient. Cette motivation soulève un problème de taille concernant la

formation de l'ensemble de ces professionnels. En effet, ce manque d'interconnaissance et ce cloisonnement posent aujourd'hui réellement problème pour des prises en charge optimales de patients avec des situations complexes. Il prend en partie sa source lors de la formation, formation toujours très cloisonnée par secteur d'activité. Pourtant, l'instauration de la Première Année Commune des Études de Santé (PACES)[6], en mutualisant la première année des études des médecins, des pharmaciens, des kinésithérapeutes, des sages-femmes et des dentistes, aurait pu instaurer une dynamique de coordination en mettant en commun des enseignements entre des professions qui partagent des connaissances communes. Il semble aujourd'hui qu'il soit prématuré de tirer des conclusions sur cette promotion et son effet sur la coordination et la connaissance des spécificités de chaque profession. Reste que la formation des professionnels de santé, par son cloisonnement, contribue par la suite lors de l'exercice professionnel à un manque de coordination.

Une expérience est ainsi menée depuis 9 ans à Rennes. Cette expérience est une formation continue pluriprofessionnelle qui réunit entre 8 et 10 professionnels de santé réunis sur six jours. Cette formation intensive permet aux professionnels impliqués de travailler sur leurs représentations, leurs préjugés, les situations qui nécessiteraient une coordination, et enfin les règles impliquant un projet de travail en coordination. Il faut cependant souligner que les jeunes générations de professionnels de santé ont ce souhait affiché et assumé de travailler avec les autres, en coordination dans un objectif d'amélioration de la santé de leurs patients.

[6] Une réforme de la PACES est en cours et entrera en application en 2020. De plus, le service sanitaire concerne l'ensemble des étudiants en santé depuis septembre 2018. [59]

5.3. Les MSP, laboratoires d'expérimentations pour faire évoluer le métier de pharmacien ?

Les MSP intégrant des professionnels de santé motivés par l'échange et la coordination semblent être des laboratoires d'expérimentation idéaux en soins primaires. De plus, via les NMR, elles constituent le lieu idéal pour innover, instaurer de nouvelles pratiques en rémunérant les professionnels souhaitant participer à ces expérimentations. Pour le pharmacien, elles constituent un endroit propice à la valorisation de nouvelles missions et de nouvelles compétences.

5.3.1. Le pharmacien correspondant

Le pharmacien correspondant est ainsi une opportunité dont se sont saisis les pharmaciens d'officine et les médecins au niveau national.

En Bretagne, le conseil de l'ordre des pharmaciens de Bretagne compte aussi profiter de cette opportunité et a donc pour volonté de proposer de mettre en place le pharmacien correspondant sur des thématiques jugées prioritaires sur le territoire (par exemple le diabète ou l'hypertension artérielle). Cette nouvelle mission permettant au pharmacien de modifier des prescriptions et de réaliser des bilans de médication reste cependant tributaire du médecin généraliste, renforçant son rôle de pivot du système de soins.

Le pharmacien correspondant ne constitue pas en soi une délégation de tâches réservées auparavant au médecin généraliste mais renforce son rôle sur ses missions premières : le conseil et la délivrance. Ces nouvelles missions sont à mettre en lien avec la possibilité pour les pharmaciens de procéder à des vaccinations, possibilité qui constitue là une délégation de tâches, posant donc plus problème pour d'autres professions (médecins et infirmiers). Pour certains actes, il serait intéressant de discuter de la plus-value du pharmacien en tant qu'acteur de santé de proximité notamment pour la réalisation de fonds d'œil, la prise de tension, ou la réalisation de la mesure de l'hémoglobine glyquée.

À titre d'exemple, la distribution préventive de comprimés d'iodure de potassium stable par les pharmaciens pour les populations vivant près de centrales nucléaires a fait ses preuves en matière de prévention et de santé publique. Ces campagnes de distribution ont pour vocation de protéger la population à risque d'exposition nucléaire dans des zones dites « PPI » (plan particulier d'intervention) en effectuant cette distribution préventive par les pharmaciens.

Ces actions de suivi et de prévention rentrent parfaitement dans la description du pharmacien en tant qu'acteur de santé primaire en partie responsable de la prévention et de la promotion de la santé.

5.3.2. Le pharmacien prescripteur

La question de la prescription est un sujet sensible à la fois pour les pharmaciens et pour les médecins. La prérogative de la prescription de médicaments par les médecins suite au diagnostic n'est pas aujourd'hui discutée. Malgré l'évolution apportée par la loi HPST, et la création du pharmacien correspondant qui permet au pharmacien d'effectuer des modifications dans les prescriptions, le champ d'action de ce dernier reste limité.

Cependant, dans d'autres pays que la France, l'extension des missions du pharmacien en matière de prescription fait son chemin. Des expérimentations ont ainsi été menées en Angleterre, en Écosse, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis [60-62]. Ces expérimentations ont pris différentes formes, laissant plus ou moins de latitude au pharmacien, sur un spectre plus ou moins élargi de pathologies ou de médicaments, avec toujours présente, une concertation avec les médecins. Ces expérimentations ont apporté la preuve de leurs résultats en matière d'efficacité et de sécurité pour le patient. Malgré une approbation dans sa globalité par les médecins des pays concernés, les prérequis les plus souvent retrouvés sont la nécessité d'une formation appropriée, préalable à toute prescription, ou la définition d'un spectre de pathologies dites bénignes ou non complexes ou de médicaments à délivrer.

L'ensemble de ces expérimentations a montré une amélioration des résultats en termes de santé publique pour le patient. Elles ont aussi montré une diminution de la charge de travail pour les médecins, problématique commune avec la France. Cependant, un des freins relevés est le partage des données et l'accès aux données du patient par le pharmacien ou le médecin.

Ce frein serait levé dans le cadre d'une expérimentation au sein des MSP puisque la coordination entre les professionnels de santé préexiste et la notion de partage des informations est une notion charnière du projet d'une MSP. De plus, l'obligation de l'obtention d'un système d'informations partagé faciliterait grandement la sécurisation et la formalisation de cette nouvelle forme de coopération.

5.3.3. La télémédecine

La télémédecine est aujourd'hui un enjeu au sein de notre système de soins, étant présentée comme une solution pour les territoires déficitaires en professionnels de santé libéraux, dont les médecins généralistes. Elle est définie au sein du Code de la Santé Publique dans l'article L6316-1 comme suit : « *c'est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* ». Ainsi, un nouvel avenant a été signé par l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les syndicats représentatifs des médecins libéraux. Il consacre le remboursement des téléconsultations, effectif à partir du 15 septembre 2018. Cette téléconsultation passera par le médecin traitant ou, dans le cas de territoires déficitaires, par les MSP. Dans ces territoires, la présence d'une officine dont le pharmacien est membre de la MSP pourrait être un atout, cette officine constituant un poste avancé de premier secours.

En effet, en Suisse, une expérience a permis l'intégration de la téléconsultation au sein des pharmacies. Cette expérience, appelée Netcare [63], a permis la consultation du pharmacien par un patient sans rendez-vous sur des pathologies dites « classiques » avec l'aide d'arbres

décisionnels. Si besoin, le pharmacien a la possibilité de solliciter un médecin à l'aide de la télémédecine. En France, dans les officines, la présence d'un espace de confidentialité étant obligatoire, ce type d'expérience pourrait être mené en coordination avec le médecin traitant sous condition d'une formation appropriée pour le pharmacien.

Sur notre territoire, une expérimentation a vu le jour en Vendée, région confrontée à un problème d'accès aux soins. Ce projet, Télémédinov [64], implique des médecins consultants de deux centres hospitaliers de la région, des médecins généralistes intégrés au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles, les patients d'EHPAD et une pharmacie équipée d'un espace dédié à la téléconsultation.

Cette expérimentation a suscité l'adhésion des patients pour lesquels la technologie n'a pas été frein. Elle a permis de réduire le nombre de déplacements et d'hospitalisations des patients résidant dans des EHPAD. Pour les patients, les résultats ont montré que la téléconsultation en pharmacie a permis une meilleure réactivité et une orientation plus rapide du patient vers les professionnels adaptés. Elle a aussi permis d'améliorer les conditions de travail des professionnels de santé impliqués dans le projet.

5.3.4. Le bilan de médication partagé

Le bilan de médication partagé est défini par la HAS comme « une analyse critique structurée des médicaments du patient par le pharmacien dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement ». Il a été encadré par un arrêté datant du 16 mars 2018 [65], arrêté qui précise les modalités de mise en œuvre de ce nouvel outil à disposition des pharmaciens d'officine. Ce nouvel outil concerne les patients de plus de 65 ans, souffrant d'au moins une affection longue durée ou les patients âgés de plus de 75 ans prenant au moins cinq molécules pour une durée de six mois. Ce dispositif permet aux pharmaciens, en lien avec le

médecin généraliste, de réaffirmer leur position de professionnel de santé spécialiste du médicament en aidant le patient à s'approprier ses traitements et de ce fait de lutter contre la iatrogénie, d'améliorer l'observance des traitements… Ce dispositif, ainsi que d'autres tels que les entretiens pharmaceutiques permettant d'accompagner les patients sous traitement d'anti-vitamines K (AVK)/anticoagulants oraux ou souffrant d'asthme, témoignent de la volonté de la profession et du législateur de rémunérer le pharmacien pour son activité de conseil en tant que spécialiste du médicament et professionnel de santé, et donc d'opérer une diversification dans sa rémunération, permettant de l'augmenter malgré les diminutions de marge observées sur les médicaments.

Ainsi, l'ensemble de ces nouvelles missions pourraient contribuer à la revalorisation de la profession de pharmacien en tant qu'acteur incontournable de la santé publique et spécialiste du médicament, consacrant sa place auprès du patient et des autres professionnels de santé.

6. Conclusion

La nécessité de la coordination des acteurs de santé ne fait plus guère débat aujourd'hui si l'on excepte les réticences de certains médecins très attachés au statut libéral de leur profession et qui refusent par principe toute ingérence de tiers dans leur pratique professionnelle. Ils sont sans doute de moins en moins nombreux, surtout dans les jeunes générations.

L'évolution législative de ces dernières années a consacré la coordination comme une nécessité ; la mise en place des MSP est en cours et progresse relativement rapidement en dépit des freins relevés dans ce travail notamment en matière de partage des informations sur les patients.

Cette évolution n'est sans doute qu'une étape dans la mesure où la communication entre la médecine de ville et l'hôpital est encore insuffisante de même que la coordination avec le secteur social et médico-social encore embryonnaire. Les expériences étrangères relevées succinctement dans ce mémoire mais aussi des expériences françaises montrent que l'immobilisme serait néfaste à la profession de pharmacien qui doit devenir un acteur majeur de la santé publique, de la prévention des maladies et du suivi des patients.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Bilan démographique 2018. [En ligne]. 2018 [cité le 2 avril 2019]. https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926#documentation-sommaire

[2] Institut National d'Etudes Démographiques. Espérance de vie – Espérance de vie à la naissance. [En ligne]. 2015. [cité le 15 août 2018]. https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/europe-pays-developpes/esperance-vie/

[3] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 5. Principales causes de décès et de morbidité. [En ligne]. 2017. [cité le 15 août 2018]. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017_5_principales_causes_de_deces_et_de_morbidite.pdf

[4] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Tableaux de l'économie française – édition 2018. [En ligne]. 2018. [cité le 09 août 2019]. https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488

[5] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Portrait des professionnels de santé - édition 2016 – Fiche 4 : L'exercice ambulatoire des professionnels de santé. [En ligne]. 2016. [cité le 18 août 2018]. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche4-4.pdf

[6] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Portrait des professionnels de santé - édition 2016 – Fiche 6 : La répartition des professionnels de santé du premier recours. [En ligne]. 2016. [cité le 18 août 2018]. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche6-3.pdf

[7] Dr Anne Jolivet, Dr Laurent Le, Dr Jérémy Laurent. KB Santé Publique : Lecture critique d'article – médecine du travail – médecine légale. Paris : VG Editions, 2016. 468 p.

[8] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les dépenses de santé en 2017 - Résultats des comptes de la santé. [En ligne]. 2018. [cité le 27 juillet 2019]. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns18.pdf

[9] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La protection sociale en France et en Europe en 2016 – Résultats des comptes de la protection sociale. [En ligne]. 2018. [cité le 18 août 2018]. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cps-2.pdf

[10] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Comparaisons internationales du reste à charge des ménages. [En ligne]. 2016. [cité le 18 août 2018]. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche47.pdf

[11] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les dépenses de santé en 2017 - Vue d'ensemble de la consommation de soins et biens médicaux. [En ligne]. 2018. [cité le 18 août 2018]. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1-9.pdf

[12] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Portrait des professionnels de santé – Panoramas de la DREES. [En ligne]. 2018. [cité le 05 août 2019]. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/gfs-2016_mel_301117.pdf

[13] Ordre national des pharmaciens. Démographie des pharmaciens – Panorama au 1er janvier 2019. [En ligne]. 2019. [cité le 06 août 2019]. http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/458867/2117170/version/1/file/la-demographie-2019-brochure-web.pdf

[14] Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Pharmacien. [En ligne]. 2012. [cité le 02 juillet 2018]. https://www.cnrtl.fr/definition/pharmacien

[15] Code de la santé publique. Article L. 5125-1, modifié par LOI n°2019-774 du 24 juillet 2019 art. 29. [En ligne]. Code de la santé publique. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690015&dateTexte=&categorieLien=cid

[16] Code de la santé publique. Article L.5111-1, modifié par Loi n°2007-248 du 26 février 2007 - art. 3 JORF 27 février 2007. [En ligne]. Code de la santé publique. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006689867&dateTexte=20100225

[17] Reyes G., « Le métier de pharmacien titulaire d'officine face à l'incertitude du marché de la santé », RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise 2013/4 (n° 8), p. 88-104. DOI 10.3917/rimhe.008.0088 URL : https://www.cairn.info/revue-rimhe-2013-4-page-88.htm

[18] Répertoire opérationnel des métiers et des emplois. Fiche Rome – J1202 – Pharmacie. [En ligne]. 2013. [cité le 18 juillet 2018]. http://www.soi-tc.fr/assets/fiches_pe/FEM_J1202.pdf

[19] Commission des Communautés européennes contre République italienne. Arrêt de la Cour (grande chambre du 19 mai 2009). Arrêt ECLI:EU:C:2009:315. Disponible : http://curia.europa.eu/juris/liste.jsf?oqp=&for=&mat=or&lgrec=fr&jge=&td=%3BALL&jur=C%2CT%2CF&num=C-531%252F06&page=1&dates=&pcs=Oor&lg=&pro=&nat=or&cit=none%252CC%252CCJ%252CR%252C2008E%252C%252C%252C%252C%252C%252C%252C%252C%252C%252Ctrue%252Cfalse%252Cfalse&language=fr&avg=&cid=6860493

[20] Mbarga J., Foley R-A., et Decollogny A., « De la relation pharmaciens-usagers. Reconfigurations et négociations dans une pharmacie suisse », Anthropologie & Santé [En ligne], 9 | 2014, mis en ligne le 15 octobre 2014, consulté le 09 août 2019. URL : http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1494 ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.1494

[21] Reyes G., « Les mutations du métier de pharmacien titulaire : le cas d'officines de centre commercial », Management & Avenir 2011/6 (n° 46), p. 79-99. DOI 10.3917/mav.046.0079

[22] Boyer L. et Scouarnec A. (2009a) « Introduction au cahier spécial : La prospective au service de la GRH et du management » Management & Avenir, Vol.25, p. 268-271

[23] Le Gall O., Jaouen V., Brunon V., Magnien M., La régulation du réseau des pharmacies d'officine, Octobre 2016 Inspection générale des finances + adresse sur laquelle le rapport est disponible en ligne

[24] Direction de l'information légale et administrative. Conditions d'ouverture d'une pharmacie - vérifiée le 09 octobre 2018. [En ligne]. 2018. [cité le 24 mai 2019]. https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F13777).

[25] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST). NOR:SASX0822640L.
Disponible :.https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/texte

[26] Dupont I. Vaccination antigrippale à l'officine : expérimentation en Nouvelle-Aquitaine et en Auvergne-Rhône-Alpes. Sciences pharmaceutiques. 2018. ffdumas-02018184f

[27] Ley L.. Honoraires sur le médicament remboursable : opportunité ou menace pour la pharmacie de demain, enquête menée auprès des pharmaciens de Gironde en 2015. Sciences pharmaceutiques. 2016. ffdumas-01336804f

[28] Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022. [En ligne]. 2017. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf

[29] Ordre national des pharmaciens. Communiqué de presse du 30/03/2018. Stratégie nationale de santé : axe Prévention. [En ligne]. 2018. [cité le 13 juillet 2018].http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Communiques-de-presse/Strategie-nationale-de-sante-axe-Prevention

[30] Le quotidien du médecin. Henri de Saint Roman. « 188 pharmacies ont fermé en 2016, il en reste 21403 ». [En ligne] 2017. [cité le 25 juillet 2018]. https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/188-pharmacies-ont-ferme-en-2016-il-en-reste-21-403

[31] Alliance Healthcare. Le carnet de route de votre installation, document professionnel. 2009.

[32] Bontron J-C., Louis-Marie Voisin, « Les pharmacies rurales sont-elles menacées ? », Pour 2012/2 (N° 214), p. 41-46. DOI 10.3917/pour.214.0041

[33] Étude KPMG Pharmacies : moyenne professionnelles 2012. 20ème édition – mars 2012

[34] Pharmacien manager, (2011), « Parapharmacie la fin du mythe », n°105, mars

[35] Michot P., Catala O., Supper I. et al., « Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique de la littérature », Santé Publique, 2013/3 (Vol. 25), p. 331-341. DOI : 10.3917/spub.253.0331. URL : https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-3-page-331.htm

[36] von der Weid G., « Peut-on défendre l'industrie pharmaceutique ? », *Santé Publique*, 2018/1 (Vol. 30), p. 101-103. DOI : 10.3917/spub.181.0101. URL : https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-1-page-101.htm

[37] Gateaux V., Heitz J-M., « L'accès aux médicaments : un défi pour l'industrie pharmaceutique », Humanisme et Entreprise, 2008/1 (n° 286), p. 13-28. DOI : 10.3917/hume.286.0013. https://www.cairn.info/revue-humanisme-et-entreprise-2008-1-page-13.htm

[38] Martin J., « Recherche bio-médicale : intérêts privés et intérêt public », *Santé Publique*, 2001/1 (Vol. 13), p. 89-93. DOI : 10.3917/spub.011.0089. URL : https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2001-1-page-89.htm

[39] Association nationale des étudiants en pharmacie de France. Le Grand entretien 2.0 – Rapport. [En ligne]. 2018. [cité le 26 juillet 2018]. https://drive.google.com/file/d/1e5s9CJLA-lKqL8DOD-2neA2N8A9PtoeB/view?quot;+target"_blank"+class"text-primary">https://drive.google.com/open?id=1e5s9CJLA-lKqL8DOD-2neA2N8A9PtoeB%22+target%3D%22_blank%22

[40] Observatoire des Métiers dans les professions libérales. Pharmacies d'officine, de l'état des lieux à la prospective. [En ligne]. 2012. [cité le 30 août 2018]. http://www.cdr-copdl.fr/doc_num.php?explnum_id=5945

[41] Momas I., « La santé publique et le pharmacien : des enjeux primordiaux de formation ». Annales Pharmaceutiques Françaises. 2009 ; 67 (1), 25-31. https://doi.org/10.1016/j.pharma.2008.10.010

[42] FSPF, Uspo, UNPF, l'Association nationale des étudiants en pharmacie de France, Janssen, Biogaran et l'OCP. Avenir Pharmacie par Satispharma et Opinion Way. [En ligne]. 2017. [cité le 22 mai 2019]. https://www.celtipharm.com/SiteAssets/Pages/Actualites/2017/03/Que-nous-revele-lenquete--Avenir-Pharmacie---/Avenir-Pharmacie-2017-VDEF.pdf

[43] Karrer M. et al., « Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? Modalités de mise en œuvre d'une expérimentation auprès de femmes enceintes, d'adolescents ou de personnes âgées », Santé Publique 2004/3 (Vol. 16), p. 471-486. DOI 10.3917/spub.043.0471

[44] Watt, W D. "The family physician: gatekeeper to the health-care system." Canadian family physician Médecin de famille canadien. 1987 ; 33, 1101-1104.

[45] Sarradon-Eck A., « « Qui mieux que nous ? » Les ambivalences du « généraliste pivot » du système de soins » in Géraldine Bloy et al. Singuliers généralistes, Presses de l'EHESP, « Métiers Santé Social », 2010 (), p.253-270. DOI 10.3917/ehesp/bloy.2010.01.0253

[46] Communiqué de presse de MG France : « Vaccinations contre la grippe en pharmacie : vers un premier bilan ? ». [En ligne]. 2018. [cité le 30 septembre 2018]. https://www.mgfrance.org/index.php/presse/communiques/1826-vaccinations-contre-la-grippe-en-pharmacie-vers-un-premier-bilan

[47] Code de la santé publique. Article L6323-3 de la loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007. [En ligne]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000017726554

[48] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France – Rapport 2017. [En ligne]. 2017. [cité le 3 août 2018]. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf

[49] Maintenir un accès de proximité aux pharmacies d'officine : un enjeu pour la Bretagne, Les études de l'Agence Régionale de Santé Bretagne n°11, 11/2015. [En ligne]. 2015. [cité le 30 mai 2019]. https://www.bretagne.ars.sante.fr/maintenir-un-acces-de-proximite-aux-pharmacies-dofficine-un-enjeu-pour-la-bretagne

[50] La Bretagne, une région attractive pour les jeunes médecins. Les études de l'Agence Régionale de Santé Bretagne n°20, 12/2018. [En ligne].2018. [cité le 20 septembre 2018]. https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2019-01/ARS%20Bretagne%20-%2020%20-%20Médecins.pdf

[51] Agence Régionale de Santé de Bretagne. Projet régional de santé de Bretagne 2018-2022 – Cadre d'orientation stratégique. [En ligne]. 2018. [cité le 25 mai 2019]. https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2018-06/COS_20180629_ARSBretagne.pdf

[52] Agence Régionale de Santé de Bretagne. Maisons de santé pluriprofessionnelles – Bilan 2017 et état des lieux.

[53] LOI n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [En ligne]. 2011. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024457033&categorieLien=id

[54] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dite loi Kouchner. Version consolidée au 10 août 2019. [En ligne]. 2002. [cité le 20 juin 2019]. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015

[55] Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 réformant le système de santé, article 96 repris par l'article L1110-4 du code de la santé publique. [En ligne]. 2016. [cité le 20 juin 2019]. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000031913456&cidTexte=LEGITEXT000031916187&categorieLien=id

[56] Cour des Comptes. L'avenir de l'assurance maladie – assurer l'efficience des dépenses, responsabiliser les acteurs – rapport public thématique. [En ligne]. 2017. [cité le 22 février 2019]. https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-11/20171129-rapport-avenir-assurance-maladie_0.pdf

[57] Hospimedia. « L'expertise pharmaceutique se déploie hors les murs au bénéfice de la lutte contre la iatrogénie ». [En ligne]. 2018. [cité le 20 mai 2018]. https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20180517-qualite-l-expertise-pharmaceutique-se-

deploie-hors-les

[58] Augé- Caumon Marie-Josée, Loi HPST : missions du pharmacien, coopération, relations ville-hôpital, HAD, EHPAD, nouvelle donne ? OMéDIT Centre + page internet sur laquelle le document est disponible

[59] Ministère des Solidarités et de la Santé. Le service sanitaire – les formations en santé au service de la prévention. [En ligne]. 2018. [cité le 12 août 2018]. https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/dossier-de-presse-le-service-sanitaire

[60] Roman C., Edwards G., Dooley M., Mitra B., « Roles of the emergency medicine pharmacist : a systematic review ». American society of Heath-System Pharmacist. 2018; 74 (11), 796-806. 1079-2082/18/0601-079. DOI 10.2146/ajhp170321

[61] Jebara T., Cunningham S., MacLure K., Awaisu A., Pallivalapila A., Stewar D., « Stakeholders' Views and Expériences of Pharmacist Prescribing : a Systematic Review » British Journal of Clinical Pharmacology. 2018; 84 (9), 1883-1905.

[62] Tan E., Stewart K., Elliott R.A. , George J., « Pharmacist consultations in general practice clinics : the pharmacists in practice study (PIPS) », Research in Social and Administrative Pharmacy. 2014; 10 (4), 623-632. http:/dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2013.08.005

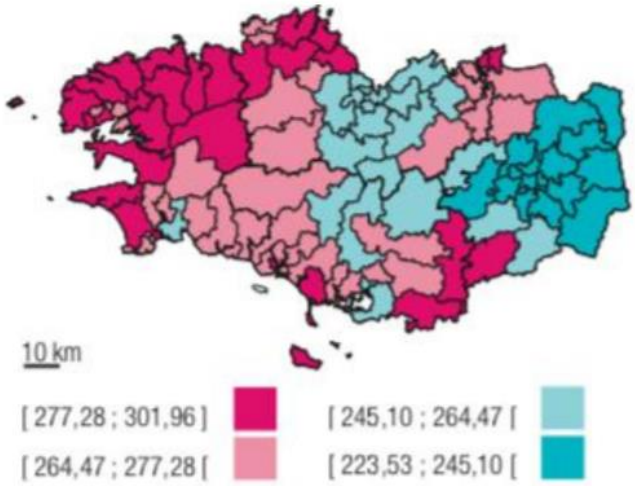
[63] netCare. [En ligne]. 2019. [cité le 12 avril 2019]. https://www.pharmasuisse.org/fr/1247/netCare.htm

[64] Télémédinov. [En ligne]. 2019. [cité le 13 avril 2019]. https://telemedinov.fr/

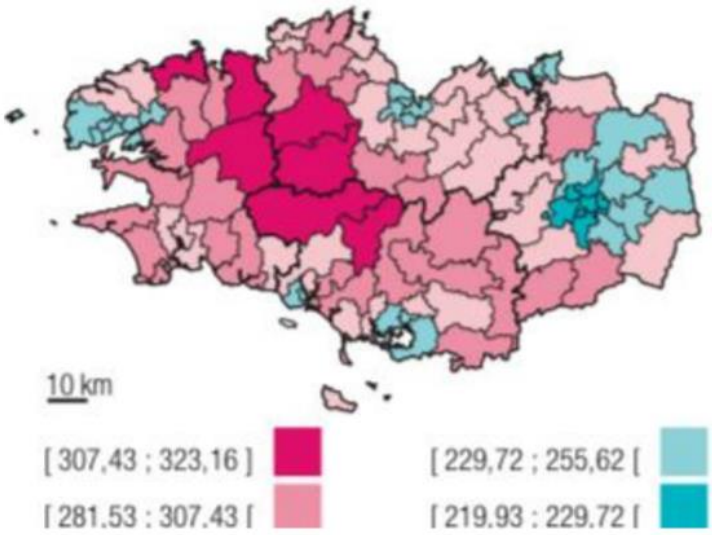
[65] Arrêté du 9 mars 2018 portant approbation de l'avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entres les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. [En ligne]. 2018. [cité le 24/08/2019]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/3/9/SSAS1803603A/jo/texte.

ANNEXES

Annexe 1 : Taux standardisé de mortalité par cancers 2006-2013 par cantons (Source : CépiDC)



Annexe 2 : Taux standardisé de mortalité par maladies cardio-vasculaires (Source : CépiDC)



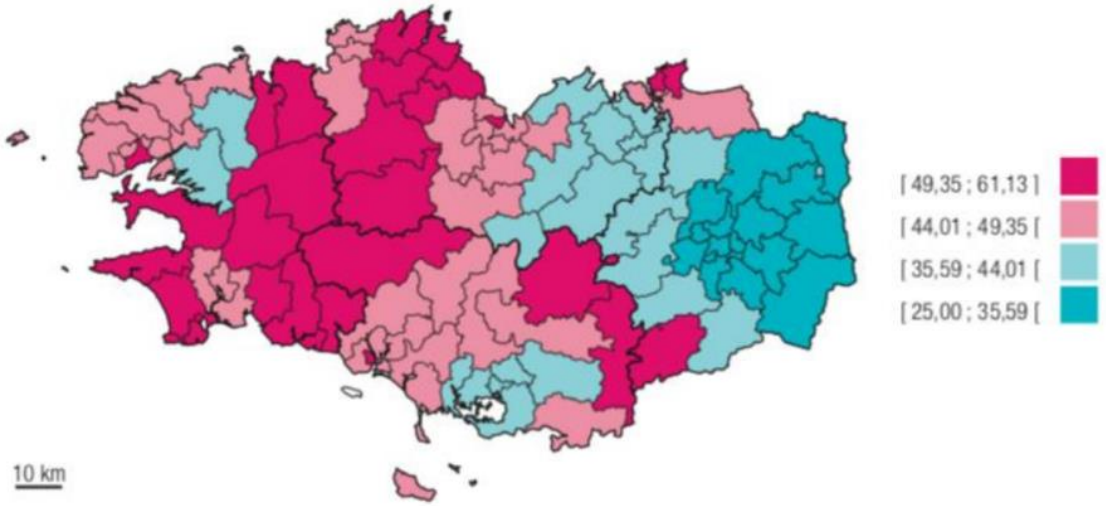
Annexe 3 : Taux standardisé de mortalité 2006-2013 par cantons pour l'alcool

(Source : CépiDc)

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

Alcool

(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)

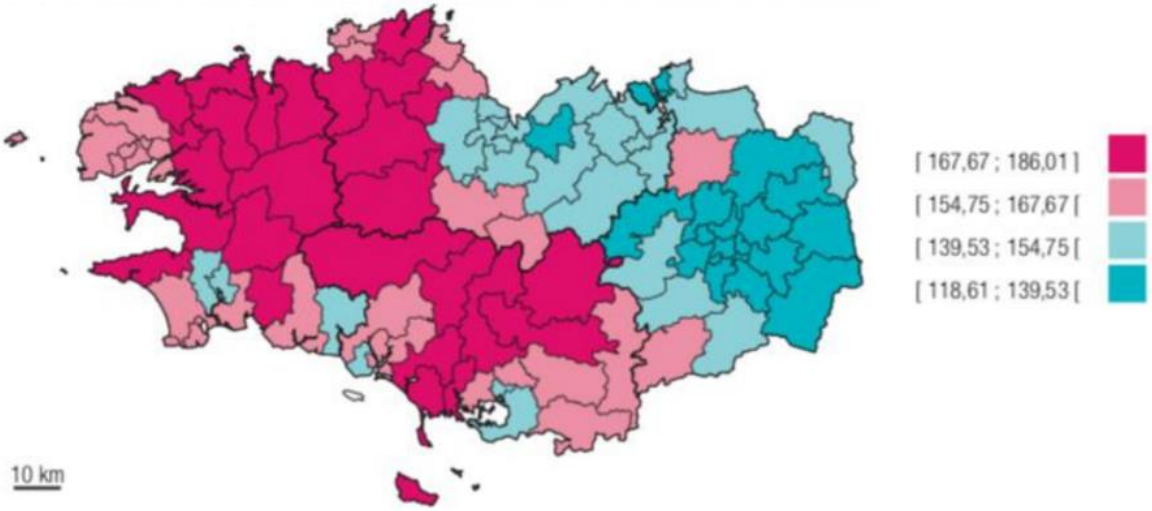


Annexe 4 : Taux standardisé de mortalité 2006-2013 par cantons pour le tabac

(Source : CépiDc)

Tabac

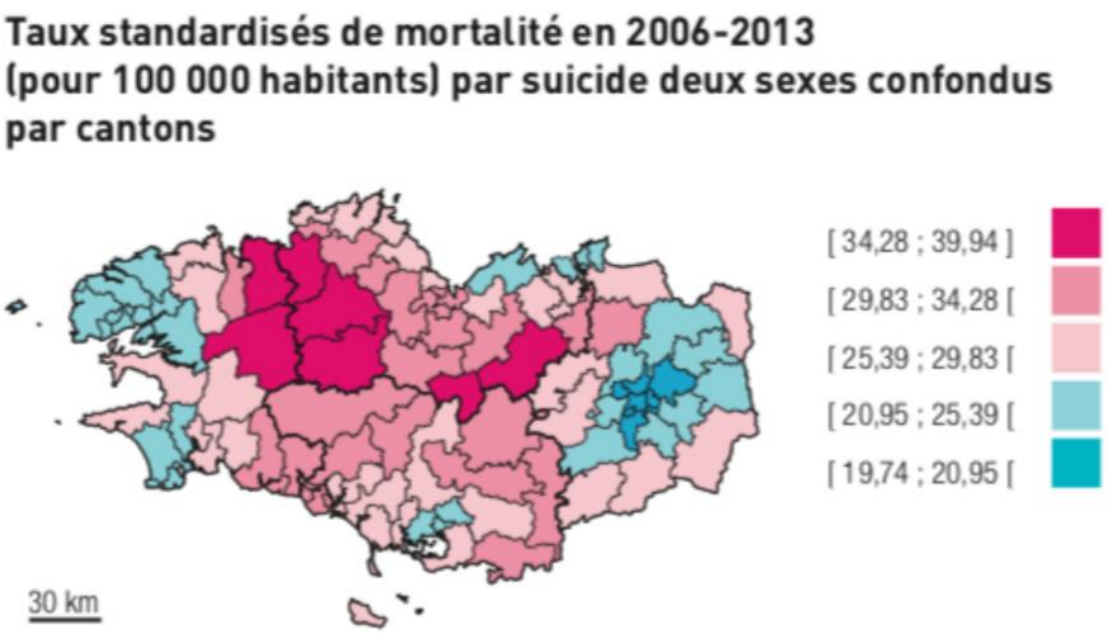
(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives BPCO)



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Annexe 5 : Taux standardisé de mortalité 2006-2013 (pour 100 000 habitants) par suicide deux sexes confondus par cantons (Source : CépiDc)



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).
Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

SALSMANN Hélène

LE PHARMACIEN AU SEIN DES MAISONS DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLES EN BRETAGNE

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie

Université de Picardie Jules Verne

2019

Mots clés : Maisons de santé pluriprofessionnelles ; Bretagne ; pharmacien ; officine ; coordination.

RESUMÉ :

Cette thèse a pour vocation de rendre compte de la place du pharmacien d'officine au sein d'un dispositif public, les maisons de santé pluriprofessionnelles. Ces dernières ont pour vocation de favoriser la coordination entre les professionnels de santé impliqués autour du parcours de patients. Au sein de ce travail, l'évolution du rôle du pharmacien d'officine dans notre système de santé et en Bretagne est discutée ainsi que les menaces pesant sur la profession. Ensuite, le contexte législatif et la situation actuelle en Bretagne des maisons de santé pluriprofessionnelles sont évoquées. Afin de rendre compte de la place particulière du pharmacien au sein de ce dispositif, le dispositif juridique créé pour les maisons de santé pluriprofessionnelles, la société interprofessionnelle de soins ambulatoires, et les systèmes d'information partagés font l'objet d'une attention particulière. Enfin, la réalité de la coordination instaurée au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles et les évolutions du métier de pharmacien d'officine sont questionnées dans la dernière partie de ce travail.

JURY :

Président : Monsieur P. SONNET, Professeur à l'Université d'Amiens

Membres : Madame C. DEMAILLY, Professeur à l'Université d'Amiens

Madame H. COLLET, Docteur en Pharmacie