

ANNEE 2019 – n° 25-19-57

Rôle et place du pharmacien d'officine dans les maisons de santé pluriprofessionnelles franc-comtoises

THÈSE

présentée et soutenue publiquement

le 4 décembre 2019

pour obtenir le Diplôme d'État de

DOCTEUR EN PHARMACIE

PAR

Camille BONVALOT

Né(e) le 19/04/1994 à Dijon (Côte-d'Or)

Président :	NERICH Virginie	Maître de conférences, Professeur des universités, Praticien hospitalier
Directeur de la thèse :	NERICH Virginie	
Juges :	BLESSEMAILLE Arnaud	Médecin généraliste, Membre de la FéMasCo
	BONNET-LLOMPART Magalie	Maître de Conférences en psychologie clinique
	LESEPT Annabelle	Docteur en Pharmacie

UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ
U.F.R. SCIENCES DE LA SANTE DE BESANCON

DIRECTEUR	PROFESSEUR THIERRY MOULIN	
DIRECTEURS ADJOINTS	PROFESSEUR XAVIER BERTRAND	DOYEN PHARMACIE
	PROFESSEUR GILLES CAPELLIER	DIRECTEUR DES ETUDES
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE	MME CAROLE COINTEAU	

DEPARTEMENT MEDECINE

PROFESSEUR GILLES CAPELLIER	DIRECTEUR DES ÉTUDES
PROFESSEUR JEAN-PAUL FEUGEAS	ASSESEUR 1ER CYCLE
PROFESSEUR MARIE-FRANCE SERONDE	ASSESEURS 2EME CYCLE
PROFESSEUR CATHERINE CHIROUZE	ASSESEURS 3EME CYCLE
PROFESSEUR SEBASTIEN AUBRY	COORDINATEUR MEDECINE
PROFESSEUR PATRICK GARBUIO	COORDINATEUR CHIRURGIE
PROFESSEUR JEAN-MICHEL PERROT	COORDINATEUR MEDECINE GENERALE

DEPARTEMENT PHARMACIE

PROFESSEUR XAVIER BERTRAND	DOYEN PHARMACIE
DOCTEUR LHASSANE ISMAILI (MCF)	DIRECTEUR DES ETUDES
PROFESSEUR SAMUEL LIMAT	COORDINATEURS 3E CYCLE
PROFESSEUR FRANCINE GARNACHE	

DEPARTEMENT MAÏEUTIQUE

BEATRICE LIEGEON VAN EIS (SF)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
DOCTEUR NICOLAS MOTTET (MCU-PH)	

DEPARTEMENT ODONTOLOGIE (PROVISOIRE)

PROFESSEUR CHRISTOPHE MEYER	COORDINATEUR PEDAGOGIQUE
-----------------------------	--------------------------

DEPARTEMENT SCIENCES DE LA REEDUCATION : ORTHOPHONIE

ALAIN DEVEVEY (MCF)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
DOCTEUR ELOI MAGNIN (MCU-PH)	

DEPARTEMENT SCIENCES DE LA REEDUCATION : KINESITHERAPIE

DOCTEUR PIERRE DECAVEL (MCU-PH)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
CHRISTOPHE DINET (KINESITHERAPIE - BESANCON)	
ALEXANDRE KUBICKI (KINESITHERAPIE - BELFORT)	

DEPARTEMENT SCIENCES EN SOINS INFIRMIERS

CHRISTINE MEYER (SOINS INFIRMIERS) COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
DOCTEUR ANTOINE THIERY-VUILLEMIN (MCU-PH)
PROFESSEUR FABRICE VUILLIER

RELATIONS HUMAINES DE L'UFR

PROFESSEUR SYLVIE NEZELOF ASSESSEUR

COMMISSION SCIENTIFIQUE DE L'UFR

PROFESSEUR DANIEL WENDLING (Président) ASSESSEUR RECHERCHE
PROFESSEUR EMMANUEL HAFFEN CONSEILLERS
PROFESSEUR FREDERIC MAUNY
PROFESSEUR FRANCINE GARNACHE

CHARGES DE MISSIONS

*COMUE/ FORMATIONS
PARAMEDICALES /
RELATIONS UFC*

PROFESSEUR BERNARD PARRATTE CONSEILLER

FORMATION CONTINUE

PROFESSEUR REGIS AUBRY COORDINATEURS
MME SYLVIE DEVAUX (MCF)

HISTOIRE DE LA MEDECINE

PROFESSEUR LAURENT TATU COORDINATEURS
DOCTEUR PHILIPPE MERCET

RELATIONS

PROFESSEUR FRANÇOIS KLEINCLAUSS COORDINATEURS

INTERNATIONALES

DOCTEUR SOPHIE BOROT (MCU-PH)
DOCTEUR OLEG BLAGOSKLONOV (MCU-PH)

MÉDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Olivier	ADOTEVI	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	AUBER	CHIRURGIE INFANTILE
M.	François	AUBIN	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
M.	Sébastien	AUBRY	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
Mme	Alessandra	BIONDI	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Jamal	BAMOULID	IMMUNOLOGIE
M.	Hugues	BITTARD	UROLOGIE
M.	Christophe	BORG	CANCÉROLOGIE
M.	Hatem	BOULAHDOUR	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE
M	Gilles	CAPELLIER	RÉANIMATION
Mme	Catherine	CHIROUZE	MALADIES INFECTIEUSES
M	Sidney	CHOCRON	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
Mme	Cécile	COURIVAUD	NÉPHROLOGIE
M.	Siamak	DAVANI	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Benoît	DE BILLY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Eric	DECONINCK	HÉMATOLOGIE
M	Eric	DELABROUSSE	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Bernard	DELBOSC	OPHTALMOLOGIE
M.	Thibaut	DESMETTRE	MÉDECINE D'URGENCE
M.	Vincent	DI MARTINO	HÉPATOLOGIE
M.	Didier	DUCLOUX	NÉPHROLOGIE
M.	Jean-Paul	FEUGEAS	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M	Patrick	GARBUIO	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Emmanuel	HAFFEN	PSYCHIATRIE D'ADULTES
M.	Georges	HERBEIN	VIROLOGIE
M.	Bruno	HEYD	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Didier	HOCQUET	HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
M.	Philippe	HUMBERT	DERMATO- VÉNÉRÉOLOGIE
Mme	Katy	JEANNOT	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M	François	KLEINCLAUSS	UROLOGIE
M.	Eloi	MAGNIN	NEUROLOGIE
M.	Frédéric	MAUNY	BIostatistiques, Informatique Médicale et Technologie de Communication
M.	Nicolas	MENEVEAU	CARDIOLOGIE
M.	Christophe	MEYER	CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE
Mme	Laurence	MILLON	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
Mme	Elisabeth	MONNET	ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION
M.	Thierry	MOULIN	NEUROLOGIE
Mme	Sylvie	NEZELOF	PÉDOPSYCHIATRIE
M	Laurent	OBERT	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Bernard	PARRATTE	ANATOMIE
M.	Sébastien	PILI-FLOURY	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	Gaël	PITON	RÉANIMATION MÉDICALE

M.	Patrick	PLESIAT	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M	Clément	PRATI	RHUMATOLOGIE
M.	Jean-Luc	PRETET	BIOLOGIE CELLULAIRE
M	Rajeev	RAMANAH	GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
M.	Simon	RINCKENBACH	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Christophe	ROUX	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Emmanuel	SAMAIN	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	François	SCHIELE	CARDIOLOGIE
Mme	Marie-France	SERONDE	CARDIOLOGIE
M	Laurent	TATU	ANATOMIE
M.	Laurent	TAVERNIER	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
M.	Thierry	THEVENOT	HÉPATOLOGIE
M.	Laurent	THINES	NEUROCHIRURGIE
M.	Gérard	THIRIEZ	PÉDIATRIE
M.	Pierre	TIBERGHIE	IMMUNOLOGIE THÉRAPEUTIQUE
M.	Eric	TOUSSIROT	RHUMATOLOGUE
M.	Antoine	TRACQUI	MÉDECINE LÉGALE ET DROIT DE LA SANTÉ
M.	Pierre	VANDEL	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Lionel	VAN MALDERGEM	GÉNÉTIQUE
M.	Fabrice	VUILLIER	ANATOMIE
M.	Daniel	WENDLING	RHUMATOLOGIE
Mme	Virginie	WESTEEL-KAULEK	PNEUMOLOGIE

PROFESSEURS EMÉRITES

M.	Jean-Luc	BRESSON	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Jean-Luc	CHOPARD	MÉDECINE LÉGALE
M.	Alain	CZORNY	NEUROCHIRURGIE
M.	Daniel	SECHTER	PSYCHIATRIE D'ADULTES

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	Anne-Pauline	BELLANGER	PARASITOLOGIE
Mme	Djamila	BENNABI	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Guillaume	BESCH	ANESTHÉSIE RÉANIMATION
Mme	Sophie	BOROT	ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES
Mme	Malika	BOUHADDI	PHYSIOLOGIE
M.	Yann	CHAUSSY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Alain	COAQUETTE	VIROLOGIE
Mme	Elsa	CURTIT	CANCÉROLOGIE
M.	Etienne	DAGUINDAU	HEMATOLOGIE
M.	Berardino	DE BARI	CANCÉROLOGIE RADIOTHERAPIE
M.	Pierre	DECAVEL	MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION
M.	Maxime	DESMARETS	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMISE DE LA SANTE ET PREVENTION
M.	Paul	KUENTZ	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M.	Zaher	LAKKIS	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
M.	Daniel	LEPAGE	ANATOMIE
M.	Quentin	LEPILLER	BACTÉRIOLOGIE VIROLOGIE, HYGIENE HOSPITALIERE
Mme	Elisabeth	MEDEIROS	NEUROLOGIE
M.	Nicolas	MOTTET	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
M	Patrice	MURET	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Fabien	PELLETIER	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
Mme	Anaïs	POTRON	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
Mme	Lucie	SALOMON DU MONT	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Antoine	THIERY-VUILLEMIN	CANCÉROLOGIE
M.	Frank	VERHOEVEN	RHUMATOLOGIE
Mme	Lauriane	VULLIEZ COADY	PEDO-PSYCHIATRIE

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M.	Régis	AUBRY	PR associé THÉRAPEUTIQUE
M.	Rémi	BARDET	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Pascal	JORDAN	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	José-Philippe	MORENO	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Jean-Michel	PERROT	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
Mme	Anne-Lise	BOLOT	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Benoit	DINET	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Thierry	LEPETZ	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
Mme	Anne-Lise	TREMEAU	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE

PHARMACIE

PROFESSEURS

M.	Xavier	BERTRAND	MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE
Mme	Céline	DEMOUGEOT	PHARMACOLOGIE
Mme	Francine	GARNACHE-OTTOU	HÉMATOLOGIE
Mme	Corine	GIRARD-THERNIER	PHARMACOGNOSIE
M.	Frédéric	GRENOUILLET	PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE
M.	Yves	GUILLAUME	CHIMIE ANALYTIQUE
M.	Samuel	LIMAT	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Dominique	MEILLET	PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE
Mme	Virginie	NERICH	PHARMACIE CLINIQUE
Mme	Laurence	NICOD	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Bernard	REFOUVELET	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
Mme	Lysiane	RICHERT	TOXICOLOGIE
M.	Philippe	SAAS	IMMUNOLOGIE
Mme	Estelle	SEILLES	IMMUNOLOGIE
Mme	Marie-Christine	WORONOFF-LEMSI	PHARMACIE CLINIQUE

MAITRES DE CONFÉRENCES

Mme	Claire	ANDRE	CHIMIE ANALYTIQUE
Mme	Aurélie	BAGUET	BIOCHIMIE
M.	Arnaud	BEDUNEAU	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Laurent	BERMONT	BIOCHIMIE
M.	Oleg	BLAGOSKLONOV	BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
Mme	Oxana	BLAGOSKLONOV	GÉNÉTIQUE
M.	Eric	CAVALLI	CHIMIE PHYSIQUE ET MINÉRALE
M.	Jean-Patrick	DASPET	BIOPHYSIQUE
Mme	Sylvie	DEVAUX	PHYSIOLOGIE
M.	Yann	GODET	IMMUNOLOGIE
M.	Lhassane	ISMAILI	CHIMIE ORGANIQUE
Mme	Isabelle	LASCOMBE	BIOCHIMIE / ISIFC
Mme	Carole	MIGUET ALFONSI	TOXICOLOGIE
M.	Johnny	MORETTO	PHYSIOLOGIE
M.	Frédéric	MUYARD	PHARMACOGNOSIE
Mme	Virginie	NERICH	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Yann	PELLEQUER	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Marc	PUDLO	CHIMIE THÉRAPEUTIQUE
Mme	Nathalie	RUDE	BIOMATHÉMATIQUES ET BIostatISTIQUES
Mme	Perle	TOTOSON	PHARMACOLOGIE

AUTRES ENSEIGNANTS

Mme	Lucie	BERNARD	PRAG ANGLAIS
Mme	Mylène	COSTER	PRAG ANGLAIS
M.	Alain	DEVEVEY	MAITRE DE CONFERENCES EN PSYCHOLOGIE
Mme	Clémence	POROT	MCF ASSOCIE EN BIOPHYSIQUE
Mme	Florence	VAN LANDUYT	PAST PHARMACIE CLINIQUE – OFFICINE

REMERCIEMENTS

A ma Présidente et Directrice de thèse,

Docteur Virginie NERICH,

Pharmacien hospitalo-universitaire au Pôle pharmaceutique du CHU de Besançon et Maître de conférences à la faculté de médecine et pharmacie de Besançon.

Pour m'avoir fait l'honneur de présider le jury de cette thèse, de diriger ce travail, de le juger et de m'avoir accompagné au cours de ces années pour devenir docteur en pharmacie. Je vous remercie pour votre disponibilité, vos conseils, votre dynamisme, le partage de vos connaissances, votre esprit critique, votre aide et votre patience qui ont permis l'aboutissement de ce travail.

A mes juges,

Docteur Arnaud BLESSEMAILLE

Médecin généraliste au sein de la maison de santé pluriprofessionnelle de Baume-les-Dames, membre de la FéMasCo.

Pour avoir accepté de juger cette thèse et d'y avoir porté un grand intérêt, pour les informations partagées qui ont participé à l'élaboration de ce travail.

Mme Magalie BONNET-LLOMPART

Maître de conférences en psychologie clinique.

Pour avoir accepté de juger cette thèse et d'y avoir porté une grande attention, pour vos précieux conseils lors de la réalisation et de l'interprétation des entretiens. Merci d'avoir pris du temps pour m'accueillir et me conseiller.

Docteur Annabelle LESEPT,

Pharmacienne titulaire de la Pharmacie de la Croisée à Arc-les-Gray.

Pour avoir accepté de juger cette thèse et pour l'intérêt porté à ce sujet, pour toutes les corrections et commentaires apportés, pour m'avoir donné la possibilité d'apprendre ce métier, pour m'avoir fait confiance durant toutes ces années d'études et même encore aujourd'hui, pour toutes ces connaissances transmises au fils des années qui m'ont permis de découvrir toutes les facettes du métier, pour le soutien apporté lors de ces années. Merci pour tout Annabelle !

A la Fédération des Maisons de Santé et de l'Exercice Coordonné (FéMasCo)

Pour tous les renseignements et informations qui ont contribué à l'élaboration de ce travail.

Aux pharmaciens d'officine et médecins de Franche-Comté,

De m'avoir soutenu de près ou de loin dans ce projet, de m'avoir accueilli pour réaliser ces entretiens, d'avoir participer à ce travail. En espérant une prochaine collaboration avec d'autres professionnels de santé.

DEDICACES et REMERCIEMENTS

A mon conjoint,

Brice,

De m'avoir soutenu et supporté durant toutes ces années de fac, de m'avoir aidé à aller jusqu'au bout de ces études, de m'avoir poussé à continuer. Pour toutes ces belles années avec toi et celles à venir, pour tous les moments passés à côté, pour tous les projets que nous avons et que nous allons réaliser. Je t'aime mon cœur.

A mes parents et beaux-parents, Nathalie et Frisou, Jean-Philippe et Babeth,

A mes frères, sœur et leur conjoint, Geoffrey, Maxime et Elise, Léonie, et les jumeaux Loic et Yohan,

A ma filleule et ma nièce, Théa et Emma.

De m'avoir donné la chance de faire les études que je souhaitais, de m'avoir soutenu pendant toutes ces années, pour ces moments de détente, de rigolade passés en famille, pour votre joie de vivre, pour les nombreux messages et photos d'encouragement, pour tous les conseils et l'aide que vous m'avez apportés.

J'ai une pensée particulière pour Frisou qui aurait été très fier de voir l'aboutissement de ce travail. Tu nous manques.

A mes amis,

Sans qui ces années auraient été beaucoup plus longues, pour toutes ces soirées, ces week-ends, ces moments passés à vos côtés, pour toutes les années à venir.

A mes amis de la fac, particulièrement Marina et Marion, sans qui ces années n'auraient pas été les mêmes, pour le soutien mutuel apporté, pour les moments de bonheur, rigolades, et de bons repas à vos côtés. Pour tous les travaux faits ensemble, professionnels ou non, aux années à venir qui permettront de perpétuer une si belle amitié.

A l'équipe de la pharmacie de la Croisée, qui m'a accueilli et appris tant de choses, sans qui je n'aurais pu acquérir l'expérience et les connaissances que j'ai aujourd'hui.

A toutes les personnes que je n'ai pas cité, qui ont participé de près ou de loin à cet aboutissement, ce travail, à mes études, qui sont entrées dans ma vie, à ceux qui ne sont plus là.

Merci.

SERMENT DE GALIEN

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

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

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

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

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

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	1
LISTE DES ABREVIATIONS	3
LISTE DES FIGURES	4
LISTE DES TABLEAUX.....	5
INTRODUCTION	6
PARTIE I – ETAT DES LIEUX ET ROLE DU PHARMACIEN D’OFFICINE AU SEIN DES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES	8
1. LES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES	9
1.1. DEFINITION	10
1.2. DEMOGRAPHIE.....	10
1.3. LE PROJET DE SANTE	12
1.4. AVANTAGES ET INTERETS	14
1.5. CONCEPTION.....	15
1.6. ORGANISATION.....	16
1.7. FINANCEMENT	17
1.8. UN STATUT PARTICULIER : LES SISA	18
1.8.1. Définition.....	18
1.8.2. Fiscalité.....	20
1.8.3. Gestion	21
1.8.4. Rémunération	21
2. EXERCICE COORDONNE ET ROLE DU PHARMACIEN D’OFFICINE AU SEIN DES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES	23
2.1. L’EXERCICE COORDONNE ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTE	23
2.1.1. Définition.....	23
2.1.2. Etat des lieux à l’étranger.....	24
2.1.3. Organisation.....	26
2.1.4. Un outil de travail commun.....	28
2.1.4.1. Contexte	28
2.1.4.2. Dossier électronique partagé du patient	29
2.1.4.3. Partage d’informations médicales	30
2.1.4.3.1. Définition	30
2.1.4.3.2. Réglementation	30
2.1.4.3.3. Organisation	32
2.1.5. Le patient au centre de l’exercice coordonnée	33
2.1.6. Coordination entre les professionnels de santé	34
2.1.7. Freins et leviers.....	35
2.1.7.1. Général	35
2.1.7.2. Du côté des médecins.....	36
2.1.7.3. Du côté des infirmières	37

2.1.7.4. Du côté des pharmaciens.....	37
2.2. ROLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE	38
2.2.1. <i>Etats des lieux des activités des pharmaciens dans la prise en charge pluridisciplinaire</i>	38
2.2.2. <i>Rôle du pharmacien dans une maison de santé</i>	40
PARTIE II – EVALUATION DU ROLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE AU SEIN DES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES	43
1. RATIONNEL.....	44
2. METHODE	44
3. RESULTATS	45
4. ANALYSE	46
4.1. ORGANISATION DU MATERIEL.....	46
4.2. DISCUSSION	58
4.2.1. <i>Données sociodémographiques du pharmacien et de l'officine</i>	58
4.2.1.1. Le pharmacien.....	58
4.2.1.2. Situation démographique de l'officine.....	59
4.2.1.2.1. Environnement de l'officine	59
4.2.1.2.2. Organisation de l'officine	60
4.2.2. <i>Parcours et expérience professionnelle du pharmacien</i>	60
4.2.3. <i>Maisons de santé pluriprofessionnelles et intégration</i>	61
4.2.3.1. Bénéfices pour les patients et les professionnels de santé	61
4.2.3.2. Relation entre les professionnels de santé.....	61
4.2.3.3. Statut juridique	62
4.2.3.4. Rôle du pharmacien.....	62
4.2.3.5. Intégration des structures et motivations.....	63
4.2.3.6. Organisation générale.....	64
4.2.3.7. Aspect financier	65
4.2.3.8. Accompagnement par l'entourage et qualité de vie.....	65
4.2.4. <i>Les améliorations envisagées</i>	66
4.2.5. <i>La prise en charge du patient</i>	66
CONCLUSION.....	68
ANNEXES	69
BIBLIOGRAPHIE	112

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

AVECsanté : AVenir des Equipes Coordonnées

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSP : Code de la Santé Publique

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DMP : Dossier Médical Partagé

FéMasCo : Fédération des Maisons de Santé et de l'Exercice Coordonné

FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

PPSPR : Protocoles Pluriprofessionnels de Soins de Premier Recours

PS : Professionnel de Santé

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : SCHEMA DES ETAPES D'ELABORATION D'UN PROTOCOLE PLURIPROFESSIONNEL DE SOINS DE PREMIER RECOURS (59).....	27
FIGURE 2 : ACCES AUX INFORMATIONS MEDICALES DANS LES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES (79).....	32
FIGURE 3 : DIFFERENTES ETAPES LORS DE L'ENVOI DES MAILS AUX PHARMACIENS D'OFFICINES DE FRANCHE-COMTE	44
FIGURE 4 : DEROULEMENT DE LA PRISE DE CONTACT AVEC LES PHARMACIENS.....	45

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I : RECENSEMENT DES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES AU SEIN DE LA FRANCHE-COMTE (31).....	11
TABLEAU II : ANALYSE DES ENTRETIENS.....	47

INTRODUCTION

Les soins de santé primaires sont profondément impactés par l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, troubles cognitifs, etc.), des polyopathologies, du vieillissement de la population et des situations médico-sociales complexes (1,2). Les besoins actuels en matière de santé publique ont changé. Les patients rencontrent des difficultés pour assurer le suivi de leurs pathologies chroniques (2,3). Il faut une coordination régulière, avec des échanges et des concertations, entre professionnels de santé (PS) afin de dispenser des soins de qualité. Dans un rapport de 2003 sur la démographie des professions de santé, Berland suggérait déjà de développer des coopérations entre les différentes professions de santé (4). Dans son rapport, Descours a proposé des mesures parmi lesquelles l'incitation au regroupement des PS dans des « maisons de soins » avec un appui administratif, la mise à disposition de structures d'accueil, le statut de collaborateurs salariés dans les cabinets médicaux et l'autorisation de cabinets secondaires (5). Parallèlement, quelques expérimentations locales concernant le transfert de tâches entre PS ont été menées (4,6). Puis en 2008, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations sur les nouvelles formes de coopération entre les PS (7). Ce n'est qu'en 2009 que la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) a privilégié une nouvelle organisation territoriale des soins de premiers recours (8). De nombreux PS des soins primaires ont ainsi décidé de s'organiser différemment pour permettre une meilleure prise en charge de leurs patients. Ils se sont donc éloignés d'un exercice solitaire pour se rapprocher vers des modes d'exercice en équipe pluriprofessionnelle coordonnée (2). La loi HPST a étendu le principe des coopérations aux médecins, aux pharmaciens et aux professions paramédicales (9). Ce type d'exercice peut se faire au sein de différents types de structures que sont les centres de santé, les maisons de santé ou les pôles de santé (10).

Dans ce contexte, les pharmaciens d'officine ont un rôle à saisir compte tenu de la modification actuelle de leur mode de rémunération notamment avec un ralentissement du marché du médicament et une baisse des marges sur les médicaments. Les articles 36 et 38 de la loi HPST ont redéfini de nouvelles missions pour les pharmaciens d'officine : les soins de premier recours, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, l'éducation thérapeutique et le suivi des patients, l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social et l'éducation pour la santé (9). Ainsi, un pharmacien peut être désigné par le médecin,

en accord avec le patient, comme « pharmacien correspondant » (11). Il pourra alors renouveler les traitements médicamenteux, ajuster leur posologie et évaluer leur pertinence. Depuis janvier 2018, une nouvelle mission est venue s'ajouter, la réalisation des bilans de médication (12). Ces nouvelles missions sont susceptibles de diversifier leur rémunération et s'intègrent parfaitement à leurs nouvelles missions d'entretiens thérapeutiques et de bilan de médication (12-14).

**Partie I – Etat des lieux et
rôle du pharmacien
d’officine au sein des
maisons de santé
pluriprofessionnelles**

1. Les maisons de santé pluriprofessionnelles

Plusieurs possibilités s'offrent à un PS souhaitant intégrer un exercice pluriprofessionnel :

- Le centre de santé est une structure regroupant des PS, soit en exercice mono-professionnel ou en exercice pluriprofessionnel (15). Les PS y sont salariés. Ils doivent élaborer un projet de santé qui atteste de leur exercice coordonné et le transmettre à l'Agence Régionale de Santé (ARS). On en dénombre environ 1 200 en France (16). Ce type de structure peut être géré par des associations, des mutuelles, ou par d'autres structures (caisses de sécurité sociale, établissements de santé ou communes) et peut accueillir jusqu'à plusieurs centaines de salariés. Dans un rapport de 2013, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a montré que ces structures étaient financièrement fragiles.
- Le pôle de santé est défini à l'article L.6323-4 du Code de la Santé Publique (CSP) comme une structure qui assure « *des activités de soins de premier recours [...], le cas échéant de second recours [...]* », et peut « *participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire [...]. Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale* » (17). En d'autres termes, les professionnels exerçant au sein d'un pôle de santé se mobilisent depuis leur cabinet individuel ou de groupe ou encore par l'intermédiaire d'organisations, qui elles-mêmes mettent en œuvre des ressources communes disjointes de celui du pôle (10). Ces professionnels vont élaborer un projet de santé. C'est une organisation simple qui permet de créer des liens entre les professionnels pour favoriser cette collaboration sans trop de changement. Depuis le 26 janvier 2016, l'article 65 de la loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé a modifié le nom de ces structures et sont devenues des communautés professionnelles territoriales de santé (18).
- La maison de santé est un lieu dans lequel des PS des soins primaires exercent leur activité (19). Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sont en plein développement en France. Elles permettent de lutter contre les déserts médicaux dans tout le territoire, rural comme urbain (20).

1.1. Définition

La définition des maisons de santé ou encore appelées maisons de santé pluriprofessionnelles ou pluridisciplinaires (MSP) a évolué au fil des lois. Elle a été introduite dans le code de la Santé Publique en 2007 par la loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007 (21). Elle est définie à l'article L.6323-3 du Code de la Santé Publique (22) modifiée par l'article 39 de la loi HPST du 21 juillet 2009 (9), puis par l'article 2 de la loi du 10 août 2011 (23) et enfin par la loi du 26 janvier 2016 (18), comme étant « *une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours [...] et, le cas échéant, de second recours [...] et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé* ». Une maison de santé peut ainsi regrouper au sein d'une même structure plusieurs professionnels de santé de soins primaires comme les médecins généralistes, pharmaciens, infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, sages-femmes, psychologues, podologues, diététiciens, chirurgiens-dentistes et des travailleurs sociaux (19).

Chaque PS exerçant au sein d'une MSP peut accueillir et former des étudiants s'il le souhaite. Pour devenir une maison de santé universitaire, une convention tripartite doit être signée avec l'ARS et l'université dont elle dépend (18).

1.2. Démographie

La Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) est une association, créée en 2008, qui représente les maisons et pôles de santé en leur apportant un soutien dans leur développement et en soutenant les professionnels concernés (19). En octobre 2019, la FFMPS devient AVEC santé, le mouvement pour l'AVenir des Equipes Coordonnées (24). Elle aide notamment à l'élaboration et à la mise en place d'actions de santé publique spécifiques et pluridisciplinaires (programmes de prévention, d'éducation thérapeutique, de promotion de la santé). Elle regroupe 19 fédérations régionales. Pour recenser toutes les structures présentes en France, chaque maison de santé s'est vu attribuer un numéro FINESS (25). Ce répertoire, créé par l'instruction du 28 mars 2012, va aider à la rémunération des modes d'exercices

pluriprofessionnels et à la réalisation des évaluations de la performance. Par la même instruction a été créé un observatoire des maisons de santé dont la gestion a été confiée à l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation, piloté par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). Cet observatoire constitue « *un outil de suivi de ces structures, permettant de disposer d'une vision précise et actualisée des maisons de santé existantes et en projet, et de mesurer l'effectivité du service rendu* ».

D'après un rapport du Sénat, le nombre de MSP est passé de 20 en 2008 à 910 en 2017 avec 334 projets en cours de réalisation (26). Les données les plus récentes dénombrent environ 1 100 - 1 200 MSP en France dont 735 structures qui adhèrent à l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) au 31 décembre 2018 (27–29). Les régions Bourgogne, Basse-Normandie, Franche-Comté, Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Bretagne, Nord-Pas-de-Calais et Lorraine ont été parmi les premières à inscrire les MSP dans leur politique d'aménagement du territoire (30). Les ARS de ces régions ont conduit des politiques d'aide pour la création de maisons de santé. D'après les données internes de l'ARS de Bourgogne Franche-Comté, en octobre 2018, on dénombre un total de 129 maisons de santé sur l'ensemble de la région (31). La Franche-Comté compte 54 maisons de santé (tableau I) (31).

Tableau I : recensement des maisons de santé pluriprofessionnelles au sein de la Franche-Comté (31)

	Département				Franche-Comté
	Doubs	Jura	Haute-Saône	Territoire de Belfort	
Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA)	12	6	11	2	31
Association loi 1901	2	7	4	1	14
Association	1	0	2	0	3
Société Civile Professionnelle (SCP)	0	1	0	0	1
Pas de statut défini	2	1	2	0	5
TOTAL	17	15	19	3	54

1.3. Le projet de santé

Chaque MSP doit établir un projet de santé qui est l'élément fondateur et structurant attestant de l'exercice coordonné entre les PS (10,32). D'après l'article L.6323-3 du Code de la Santé Publique modifié par la loi du 26 janvier 2016, « *le projet de santé doit être compatible avec les orientations des schémas régionaux [...], et être transmis pour information à l'agence régionale de santé* ». Il faut qu'il soit « *signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé* » (18). Ce projet peut contenir des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et les actions sociales menées par l'équipe pluriprofessionnelle (33). Il est important car il permet à chaque PS de montrer et de définir son apport de compétence et sa spécificité au sein de la maison de santé afin de répondre à la qualité de soins des patients. C'est un projet en équipe et non pas d'une profession individuelle ou du leader. Il doit être annexé au contrat signé entre la maison de santé, l'ARS et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), ainsi qu'aux statuts de la SISA lors de son enregistrement (33).

Le projet de santé doit contenir un certain nombre d'éléments précis définis dans l'article 2 de l'arrêté du 27 février 2018 (34). Dans certaines régions, il existe un document type élaboré par les fédérations régionales des maisons de santé ou par les ARS (33). Ainsi, il doit être composé de :

- Un diagnostic des besoins du territoire avec « *les caractéristiques de la population, les problématiques du territoire ainsi que l'état de l'offre sanitaire sociale et médico-sociale du territoire* » tout en précisant les moyens utilisés pour l'établir ;
- Les coordonnées avec « *le nom du centre [...], les adresses postale et électronique, le numéro de téléphone ; l'adresse du siège social de son organisme gestionnaire [...]; les nom, prénom, adresse électronique et numéro de téléphone du représentant légal de l'organisme gestionnaire ; les numéros du système d'identification du répertoire des entreprises (SIREN) ou du système d'identification du répertoire des établissements (SIRET) ou, dans le cas où l'organisme gestionnaire est en cours d'immatriculation, la copie de la demande en cours ; et le numéro du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) du centre de santé, en cas d'actualisation du projet de santé* » ;

- Concernant le personnel : « les nom, prénom, adresse électronique et numéro de téléphone du responsable du centre de santé désigné par le représentant légal ; la liste des professionnels exerçant au sein du centre [...] ainsi qu'une copie de leurs diplômes et leurs numéros du répertoire de l'automatisation des Listes (ADELI) ou du répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS) ; les effectifs en équivalent temps plein de chaque catégorie professionnelle : médicale, paramédicale, médico-sociale et administrative » ;
- Les missions et les activités avec « les jours et heures d'ouverture et de fermeture du centre de santé [...] ; les missions et activités portées par le centre de santé notamment au regard des soins, de la prévention, des actions de santé publique et d'éducation pour la santé ainsi que des activités innovantes telles que la télémédecine, l'éducation thérapeutique du patient [...] ou de la participation à un programme de recherche en soins primaires [...] ; le cas échéant, la description du plateau technique avec plan détaillé des salles interventionnelles et les modalités de maîtrise éventuelles de l'environnement (qualité de l'eau et de l'air) ; la présence éventuelle de structure de prévention au sein du centre de santé [...] tels qu'un centre de planification et d'éducation familiale ou un centre de protection maternelle et infantile ; les mesures prises pour favoriser l'accueil des personnes en situation de handicap, le cas échéant, dans le cadre de consultations dédiées et de formations spécifiques du personnel à la prise en charge de cette catégorie de personnes ; les mesures prises, en application du dernier alinéa de l'article L. 6323-1, pour permettre l'accès aux soins de toute personne sollicitant une prise en charge médicale ou paramédicale ; la participation éventuelle à la permanence des soins ambulatoires ; la participation éventuelle à un ou des programmes de recherche en soins primaires et leur objet ; les mesures prises pour favoriser la formation des étudiants en stage dans le centre, les professions ou disciplines concernées pour chacune d'entre elles et la présence ou non de maître de stage ; et les mesures prises pour favoriser la formation continue des professionnels de santé du centre, en particulier concernant leur développement professionnel continu » ;
- La coordination interne et externe avec « le dispositif mis en œuvre pour assurer la coordination interne des professionnels de santé, notamment le rythme des réunions de concertation, les professionnels y participant, et les protocoles pluriprofessionnels ; les partenariats noués, au travers de conventions, avec les structures et professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire ; les modalités de partage des informations de santé des patients entre les professionnels au sein du centre de santé [...]

et avec les partenaires ; le cas échéant le nom du logiciel labellisé par l'Agence française de la santé numérique permettant le partage de l'information au sein du centre [...] » ;

Le projet de santé doit être obligatoirement porté par les PS sous peine d'échec du projet (8). Ils sont la base du projet et doivent en être les initiateurs. C'est ce projet qui rend chaque maison de santé unique (30). Il n'existe pas de maison de santé standardisée, labellisée mais des maisons de santé répondant à une problématique de santé et d'organisation de l'offre de soin d'un territoire. Lorsque celui-ci est cohérent avec le projet régional de santé, l'ARS et la CPAM signent un contrat pour que la structure perçoive des rémunérations de l'assurance maladie (35).

1.4. Avantages et intérêts

Dans un rapport de 2002, il a été fait le constat que les plus jeunes médecins refusaient l'exercice isolé entraînant des installations de plus en plus tardives et une volonté de conserver une qualité de vie personnelle et familiale (36). Des inégalités intra-régionales et des difficultés d'exercice en milieu rural sont également constatées. Suite à cette évolution défavorable de la démographie médicale et dans une conjoncture actuelle où la qualité des soins doit être conservée malgré des restrictions budgétaires sur les dépenses de santé, l'organisation des soins de santé primaire a été revue (4,8,36,37). Cette dernière peut se faire par la création de MSP. En effet, ces structures permettent de favoriser la coordination interprofessionnelle, d'optimiser le temps médical et l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles (8,38,39). Cette réorganisation de l'exercice a permis d'améliorer la répartition territoriale des professionnels en stabilisant la démographie localement, de lutter contre l'isolement professionnel et contre le « *burn-out* » des PS (19). Ces structures attirent ainsi de jeunes médecins car c'est pour eux une opportunité de s'installer, de travailler dans un cadre professionnel de qualité et de diminuer leurs craintes d'isolement (10,38). L'instruction interministérielle du 28 septembre 2012 affirme que ces structures apportent « *une meilleure réponse en termes de parcours et de continuité des soins, de qualité de prise en charge des patients en favorisant l'articulation entre la prévention, l'éducation thérapeutique et le soin* » (38).

Ces structures permettent également de diminuer le coût des soins en maîtrisant certaines dépenses de santé (19,40). C'est le cas notamment de l'engorgement des urgences, très coûteux, dû à un déficit de l'organisation des soins de premier recours. Ainsi, l'Assurance Maladie

soutient le développement des maisons de santé et attend, par le biais de l'exercice pluriprofessionnel, qu'elles permettent une meilleure efficacité et qualité des soins (41). Cette amélioration se fera par une amélioration des pratiques liées au regroupement, à la coordination entre les professionnels et par le temps libéré investi dans la formation (42). Ainsi, les PS sont recentrés sur leur « cœur de métier », le soin et la santé des patients (43).

1.5. Conception

L'élaboration d'une maison de santé est un projet complexe nécessitant la prise en compte de nombreux paramètres, la compréhension du contexte local et de l'organisation des soins, et des négociations avec les autres acteurs (43). L'erreur à ne pas commettre est de recopier tel quel une autre MSP. Chaque projet doit être construit de façon spécifique et s'adapter au contexte local, géographique, humain et d'organisation des soins. Les fédérations régionales des maisons de santé, comme la Fédération des Maisons de Santé et de l'Exercice Coordonné (FéMasCo) en Franche-Comté, en lien avec AVECSanté, apportent des informations et accompagnent les professionnels exerçant dans ce type de structure et ceux voulant créer ce type de projet. AVECSanté met à disposition sur son site internet des conseils et documents utiles à la réalisation d'une maison de santé (33). Ces « fiches-pratiques » permettent aux PS de se poser les bonnes questions avant de se lancer dans un projet de maison de santé.

Pour élaborer une maison de santé, il faut définir plusieurs projets (43) :

- Le projet de santé comme décrit dans la partie 1.3;
- Le projet professionnel qui permet de comprendre le fonctionnement et l'entretien de la structure. Il est donc spécifique à chaque maison de santé. Il va comprendre notamment la répartition des charges (loyer, eau, électricité) ou encore l'organisation des soins (permanences, remplacements, etc.) ;
- Le projet immobilier doit être réalisé en dernier pour favoriser la réussite globale du projet. Il peut faire appel à des subventions publiques (projet géré par la commune ou communauté de communes, les PS précisent leur besoin en locaux) ou à un investissement privé des PS (ils sont regroupés sous forme d'associations juridiques et ce sont eux les maîtres d'œuvre).

1.6. Organisation

Les PS regroupés au sein des MSP sont en nombre variable (10). On peut retrouver un ou plusieurs médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, masseur-kinésithérapeutes, sage-femmes, orthophonistes, diététiciens, podologues, ... Ils travaillent de manière coordonnée et gèrent leur organisation. Cette équipe pluriprofessionnelle se retrouve autour du projet de santé qu'elle a constitué. Dans ces MSP, il y a toujours un ou plusieurs PS qui sont dit « leaders » et c'est notamment le cas du ou des PS qui portent l'élaboration de la structure.

Chaque maison de santé doit éditer un règlement de fonctionnement (34). Il est annexé au projet de santé et comporte des fiches de procédures sur un certain nombre d'éléments énoncés dans l'article 3 de l'arrêté du 27 février 2018 relatif aux centres de santé :

- L'hygiène et la sécurité des soins avec un rappel des règles d'hygiènes pour la prévention du risque infectieux ; les modalités de conservation et de gestion des médicaments et des dispositifs médicaux ; de gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux ; de gestion du risque d'accident d'exposition du sang ; de gestion de déclaration, d'analyse et de prévention des événements indésirables graves ; ou encore de prise en charge des urgences vitales.
- Les informations relatives au droit des patients avec le dispositif mis en œuvre pour favoriser l'accès des patients à leur dossier médical ; pour garantir la conservation des dossiers médicaux ; les modalités de constitution et le contenu du dossier médical garantissant la traçabilité des informations [...], afin de connaître, notamment, la date de toute décision thérapeutique, de réalisation de tout acte dispensé, de délivrance de toute prescription, de toute information fournie au patient ou reçue de lui ou de tiers ainsi que l'identité du PS concerné ; le dispositif d'information du patient sur les tarifs pratiqués au sein du centre et, en cas d'orientation du patient, [...] sur les conditions tarifaires pratiquées par l'offreur proposé au regard de la délégation de paiement au tiers et de l'opposabilité des tarifs ; le dispositif d'information du patient sur l'organisation mise en place au sein du centre et [...], pour répondre aux demandes de soins non programmées en dehors des heures de permanence de soins ; le cas échéant, le dispositif d'évaluation de la satisfaction des patients. Rappelons que les informations relatives aux droits des patients doivent respecter le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) depuis le 25 mai 2018 (44).

Ce règlement de fonctionnement doit être connu par les nouveaux professionnels arrivant au sein de la structure. Toutes les procédures sont élaborées par les différents PS de la structure, pour le bon fonctionnement de la maison de santé, et doivent être accessibles à l'ensemble des professionnels de la structure et à l'organisme local d'assurance maladie (35).

1.7. Financement

Le financement des MSP représente une charge importante pour les PS. Ce coût varie en fonction de l'apport ou non des collectivités territoriales (10). Ainsi, leur construction peut se faire par le soutien d'acteurs régionaux comme les ARS et locaux comme les collectivités locales. En effet, les PS ont le choix de faire appel ou non à des subventions données par les collectivités territoriales comme le Fonds National d'Aménagement et de Développement du Territoire (FNADT), le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), le Fonds européen agricole pour le développement rural (FAEDER), la Dotation d'Équipement des Territoires Ruraux (DDR), la Dotation globale d'équipement (DGE), l'Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine (ANRU), etc. (10). Si ces financements publics sont demandés, la MSP doit répondre à un cahier des charges précis dressé par la DGOS ; elle doit ainsi comporter au moins deux médecins généralistes et au moins un professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute, etc.) (8,39). De plus, pour obtenir tout versement d'une aide financière par l'ARS, les MSP doivent conclure préalablement un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (32). C'est l'ARS qui veille au suivi et au respect des engagements définis dans ce contrat (9). La dotation contribue à financer l'exercice coordonné des soins. Son montant est fixé chaque année dans la loi de financement de la sécurité sociale.

Les élus locaux peuvent apporter une aide dans la réalisation du projet immobilier de la MSP. En effet, c'est pour eux une aubaine, car les MSP participent à la revitalisation et à l'attractivité d'un territoire tout en maintenant une offre de soins répondant aux besoins de la population (30).

L'assurance maladie peut également financer les dépenses d'ingénierie et de fonctionnement à l'aide du Fonds d'Intervention Régional (FIR) ou des Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) mais à condition que les structures suivent le cahier des charges de 2007 (21).

Les mutuelles, comme la Mutuelle Sociale Agricole (MSA), investissent également dans des projets concernant l'offre de soins (45). Depuis 2004, elle a aidé à créer neuf maisons de santé dans des zones rurales vieillissante ou périurbaine, avec un accompagnement juridique, architectural et à l'élaboration du projet de santé.

1.8. Un statut particulier : les SISA

1.8.1. Définition

Le statut de Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires ou SISA a été introduit dans l'article L.4041-1 du code de la Santé Publique par la loi Fourcade n°2011-940 du 10 août 2011 (46). Cette structure est une société civile de moyens qui a pour objet : « *la mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun de ses associés ; l'exercice en commun, par ses associés, d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé* ». Elle est constituée uniquement entre personnes physiques qui exercent une profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien et doit comprendre au minimum deux médecins et un auxiliaire médical (47). Les professionnels pouvant exercer au sein de SISA sont le médecin, le chirurgien-dentiste, la sage-femme, le pharmacien, l'infirmier, le masseur-kinésithérapeute, le pédicure-podologue, l'ergothérapeute, le psychomotricien, l'orthophoniste, l'orthoptiste, le manipulateur d'électroradiologie médicale, le technicien de laboratoire médical, l'audioprothésiste, l'opticien-lunetier, le prothésiste, l'orthésiste et le diététicien (48). Les ostéopathes et psychologues, n'ayant pas le statut de PS, ne peuvent pas être membre d'une SISA mais ils peuvent signer le projet de santé et intervenir en tant que vacataire ou employé de la SISA. L'article R.4041-3 du décret n° 2012-407 du 23 mars 2012 relatif aux SISA vient compléter la définition. Il fixe les mentions obligatoires devant figurer dans les statuts des SISA (49) :

- « *Les nom, prénom, domicile de chaque personne physique associée de la société ;*
- *La forme, l'objet et l'appellation de la société ainsi que la durée pour laquelle elle est constituée ;*
- *L'adresse du siège social ;*

- *Selon le cas, le numéro d'inscription à l'ordre pour tout associé relevant d'un ordre professionnel ou la justification d'autorisation d'exercer pour les autres associés ;*
- *La profession exercée par chaque personne physique associée de la société et, le cas échéant, ses différents titres et spécialité ;*
- *La nature et l'évaluation distincte de chacun des apports effectués par les associés ;*
- *Le montant du capital social, le nombre, le montant nominal et la répartition des parts sociales représentatives de ce capital ;*
- *L'affirmation de la libération totale ou partielle, suivant le cas, des apports concourant à la formation du capital social ;*
- *Le cas échéant, le nombre de parts d'intérêt attribuées à chaque apporteur en industrie ;*
- *Les modalités de fonctionnement de la société, notamment les règles de désignation du ou des gérants et le mode d'organisation de la gérance ;*
- *Les conditions dans lesquelles un associé peut exercer à titre personnel une activité dont ils prévoient l'exercice en commun ».*

De plus, ce décret précise que ce statut de SISA ne peut pas comporter des dispositions imposant à un associé un rendement minimum, ni de porter atteinte à l'indépendance des PS et faire obstacle au libre choix du praticien par le malade.

Les SISA ont été créées afin de permettre aux structures d'exercice coordonné pluriprofessionnelles de percevoir des subventions, visant à rémunérer les activités réalisées en commun par les PS y exerçant (50). Les statuts de Société Civile Professionnelle (SCP) et de Société d'Exercice Libérale (SEL) ne correspondaient plus aux attentes des PS, car elles ne pouvaient pas être pluriprofessionnelles ; et les associations de PS ne permettaient ni l'exercice, ni la perception de revenus (51). Les SISA ont donc été créées sur mesure pour répondre aux besoins des PS. En 2016, il y avait près de 45% des maisons de santé qui étaient constituées en SISA (8).

1.8.2. Fiscalité

La SISA, étant une société, est soumise à différents impôts :

- Coût d'enregistrement de la SISA a effectué au niveau du greffe du tribunal et/ou au centre des impôts (52).
- Impôts sur le revenu : puisqu'elle constitue une société civile soumise au régime fiscal des sociétés de personnes. Cela signifie que tous les bénéfices réalisés par les SISA sont imposés, au nom de chacun des PS associés dans la proportion de leurs droits dans la société, à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux ou BIC (lorsque les droits détenus par l'associé sont inscrits à l'actif d'une entreprise dont les résultats sont imposables dans cette catégorie de revenus, c'est le cas du pharmacien) ou dans la catégorie des bénéfices non commerciaux ou BNC (c'est le cas des autres PS) (47,52,53).
- Ou Impôts sur les sociétés : en fonction de l'avantage fiscale proposé actuellement par le gouvernement.
- Cotisation Foncière des Entreprises ou CFE (anciennement la taxe professionnelle) en son nom propre pour son activité de groupement de moyens par la SISA et pour l'activité exercée par chaque professionnels associés (52).
- TVA : les prestations facturées à l'assurance maladie sont exonérées de TVA. Il s'agit de toutes les activités exercées en commun décrites dans l'article L.4041-2 du CSP et qui sont rémunérées par les NMR. En revanche, l'administration fiscale, par un rescrit daté du 5 avril 2012 (54), conclut que les SISA associant des pharmaciens, sont exonérées de TVA lorsqu'elles ne mettent pas en commun de moyens (logiciel etc.). Mais s'il y a une mutualisation des moyens nécessaires à l'exercice de la profession des associés, il ne faut pas d'associé soumis à la TVA sur plus de 20% de ses recettes totales sinon tous les membres de la SISA seront soumis à la TVA (55). En effet, la mise en commun de moyens n'est pas nécessaire à l'exercice des missions de la SISA. A rappeler que la pharmacie doit être sous forme de société (et non en nom propre) et que c'est le pharmacien qui fait partie de la SISA et non la pharmacie.

1.8.3. Gestion

Ce statut de SISA permet de faciliter le regroupement des PS de professions différentes, de percevoir les NMR par la sécurité sociale et d'obtenir des aides publiques de l'Etat ou des collectivités territoriales (8,10,56). La rémunération des activités communes est directement versée à la société et la gestion de la structure peut se faire par un ou plusieurs gérants (51). Chaque membre est libre de partir d'une SISA à tout moment en respectant le délai de préavis (51). Il a le choix de céder ses parts à un autre membre ou la société lui en rembourse la valeur. L'article L.4043-1 du Code de la Santé Publique précise qu'un « *associé frappé d'une interdiction définitive d'exercer perd au jour de cette interdiction la qualité d'associé. Ses parts sont rachetées dans un délai de six mois par un autre associé ou par la société* » (46). Ces SISA doivent être équipées d'un système d'information labellisé (cf. partie 2.1.4) pour le partage des informations des patients entre les PS de la structure (8). Une autre particularité des SISA, par rapport aux sociétés d'exercice, est de ne pas être responsable des erreurs des associés (51). En effet, chaque professionnel engage sa propre responsabilité. Elle n'est pas non plus responsable sur le plan disciplinaire.

1.8.4. Rémunération

L'arrivée de ce mode d'exercice a entraîné la nécessité de trouver de nouveaux modes de rémunération. Le ministère de la Santé, en 2008, décide de faire une expérimentation sur les NMR (21). Ce projet, d'une durée initiale de cinq ans (2009-2014), permet de ne pas supprimer totalement le paiement à l'acte et de trouver une mixité entre les formes de paiements (à l'acte et au forfait). Ces expérimentations ont été pilotées par les ARS, avec un comité national qui a évalué la qualité de prise en charge des patients et l'ARS qui a évaluée l'atteinte des objectifs. Après les leçons tirées de cette expérimentation, la France décide par l'arrêté du 23 février 2015 de généraliser ces nouveaux modes de rémunérations (35). Cet arrêté met en place les modalités adaptées de rémunérations valorisant les nouveaux services rendus au sein de ces structures. Après deux années de fonctionnement, le bilan positif a conduit à un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) visant à « poursuivre et améliorer ce mode de rémunération et à renforcer l'accompagnement de ces structures » dans l'arrêté du 24 juillet 2017 (57).

Pour bénéficier de ces rémunérations, les maisons de santé doivent « *lorsqu'elles sont en exercice libéral (maisons de santé mono ou multisites), être constituées en société dont le statut juridique permet de percevoir des rémunérations de l'assurance maladie au nom de la structure elle-même, dans le respect de la réglementation fiscale et comptable, telle la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA)* » et « *avoir élaboré un projet de santé en cohérence avec le projet régional de santé* » (57). Ainsi les PS exerçant au sein de structures pluriprofessionnelles doivent respecter un certain nombre d'engagements organisés autour de trois axes : l'accès aux soins, la qualité et la coordination des soins et l'appui d'un système informationnel partagé (8,35,57). En fonction du respect de ces engagements, nous avons deux parties : une partie socle avec des critères prérequis pour déclencher la rémunération et une partie optionnelle variable selon plusieurs critères. Ces engagements, appelés aussi indicateurs sont présentés en annexe 1. L'atteinte des indicateurs donne lieu à l'attribution de points fixes ou variables. Chaque point a une valeur de 7€. Pour obtenir le nombre de points indiqués pour chaque indicateur, il faut que la réalisation de l'indicateur soit complète. Pour l'attribution du nombre de points fixes, c'est l'atteinte de l'indicateur qui donne lieu à l'attribution du nombre de points définis. Pour l'attribution du nombre de points variables, un calcul est nécessaire en fonction de la patientèle de la structure. Celle-ci correspond « *au nombre de patient (quel que soit l'âge) ayant déclaré comme « médecin traitant » un des médecins associés de la structure exerçant au sein de la structure [...] ou un des médecins salariés du centre de santé* » (57). Le calcul des points variables est proratisé en fonction de la patientèle de la structure et une patientèle de référence de 4 000 patients :

$$\frac{\text{Nombre de points variables} \times \text{Patientèle de la structure}}{\text{Patientèle de référence (4 000)}}$$

En ce qui concerne l'indicateur sur le système d'information, le nombre de points n'est pas variable en fonction de la patientèle mais en fonction du nombre de PS.

L'attribution du nombre de points en fonction des indicateurs est présentée en annexe 2. Ainsi l'attribution des rémunérations est très variables d'une structure à l'autre. Le versement de la rémunération calculée est effectué au plus tard le 30 avril de l'année qui suit celle servant de référence pour le suivi des engagements et ce, sous réserve que les justificatifs aient été fournis par la SISA avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile servant de référence pour le suivi des engagements. C'est la SISA qui perçoit directement la rémunération et non les PS qui y exercent.

Il existe d'autres modèles d'exercice pluriprofessionnel dans le parcours de soins primaires comme le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) ou comme l'équipe de soins de premiers recours en suivi de cas complexe (ESPREC) réunissant le médecin généraliste, le pharmacien et l'infirmière du patient pour établir un plan personnalisé de soins (PPS) en équipe (2). D'autres PS ou médico-social peuvent intervenir également.

2. Exercice coordonné et rôle du pharmacien d'officine au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles

De plus en plus de PS aspirent à travailler en équipes pluriprofessionnelles (58). Cette nouvelle méthode de travail bouleverse leurs habitudes. Ils vont devoir aller au-delà de la seule réalisation de leur acte. En mêlant leurs savoirs, leurs compétences, leurs expériences, ils vont pouvoir appréhender et analyser la situation complexe de certains patients dans leur globalité (2). Ils vont devoir se concerter et partager les tâches et responsabilités (59). Le pharmacien d'officine doit trouver sa place au sein de cette équipe pluridisciplinaire et apporter ses connaissances pour une meilleure prise en charge du patient.

2.1. L'exercice coordonné entre les professionnels de santé

2.1.1. Définition

En 2016, Belche a défini la coordination des soins comme « *l'organisation délibérée des activités de soins, entre au moins un intervenant et le patient, pour faciliter la délivrance et améliorer la qualité des prestations* » (3). Il s'agit d'une organisation volontaire pour donner des soins appropriés à chaque patient (60). On parle de coordination clinique quand on cible une personne avec des PS en contact direct avec celle-ci (3). Mais elle peut s'adresser à une population définie en impliquant des structures de soins. L'objectif de cette coordination est de coordonner un grand nombre de PS différents dans des équipes élargies, de développer

l'interdisciplinarité entre différents secteurs, d'écrire et d'adopter des protocoles communs de soins, d'évaluer la qualité des soins dans le but ultime d'améliorer la qualité des soins et d'éviter des hospitalisations (2,3). Elle permet d'améliorer la prise en charge dans les domaines de la prévention, des soins ou du suivi, particulièrement chez les patients polyopathologiques (58). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) parle de collaboration interprofessionnelle, « *lorsque de nombreux travailleurs de la santé ayant différentes formations professionnelles offrent des services complets en travaillant avec les patients, leurs familles, leurs soignants et les collectivités, afin de prodiguer les soins de la plus grande qualité possible dans différents milieux d'intervention* » (61). Mais attention, il faut différencier la collaboration de la substitution. La collaboration correspond à une nouvelle répartition de tâches entre les PS et conserve l'interaction entre eux alors que la substitution est une délégation de tâche (4).

2.1.2. Etat des lieux à l'étranger

Plusieurs études menées dans les pays Nord-américains et Européens ont montré une utilité de ces coopérations pluriprofessionnelles (4). En effet, depuis de nombreuses années, il y a eu un transfert des activités médicales aux acteurs paramédicaux. C'est le cas notamment aux Etats-Unis, Canada et Royaume-Uni, pionniers dans la coopération pluriprofessionnelle (62). A titre d'exemple, dans le domaine de l'éducation thérapeutique et dans les actions de préventions, le transfert de tâche des médecins vers les infirmières s'est montré positif concernant l'éducation nutritionnelle du patient diabétique et la formation à sa prise en charge thérapeutique, l'éducation nutritionnelle des personnes en surpoids ou encore l'éducation des patients dialysés. Les infirmières sont davantage disponibles et ont plus de proximité avec les patients pour mener à bien ce type de mission. De nombreuses professions paramédicales réalisent des actes techniques auparavant faits par les médecins : les manipulateurs d'électroradiologie réalisent des échographies dans les pays d'Amérique du Nord et dans certains pays d'Europe. Le radiologue est là pour interpréter les examens réalisés. Dans notre pays, les manipulateurs radiologiques réalisent cette activité mais ce transfert de tâche ne s'est fait que très récemment. En Grande-Bretagne et en Allemagne, c'est une profession non médicale (les optométristes) qui réalise le diagnostic des troubles de la réfraction, les études de champ visuel, les fonds d'œil non dilaté et les mesures de la tension oculaire. Un autre exemple de transfert de tâches où la France n'est pas pionnière : la réalisation de coloscopie ou d'anesthésie par des infirmières spécialisées (62). En Grande Bretagne, les infirmières réalisent

des consultations et des prescriptions. Ces consultations ont lieu dans des cabinets pluridisciplinaires, ainsi l'infirmière peut à tout moment réorienter le patient vers le médecin. Ces transferts de tâches sont encadrés par un protocole très précis. Il est important de noter que ces démarches et évaluations sont difficiles à transposer au système de santé français étant donné les différences significatives entre les systèmes de soin. Dans ces pays, le transfert de tâches s'est opéré avec des professionnels paramédicaux ayant suivi une formation spécifique qui s'ajoute en général au diplôme de base. En juillet 2018, avec la loi de modernisation du système de santé, la France fait un grand pas dans le transfert de tâches, en reconnaissant la pratique avancée pour la profession d'infirmière (63) : les infirmiers en pratique avancée diplômés d'Etat (IPADE). Ils disposent de compétences élargies qui leur permettront de suivre des patients confiés par un médecin de l'équipe de soins au sein de laquelle ils exerceront. Ce mode d'exercice va permettre le suivi régulier des patients ayant des pathologies chroniques stabilisées (liste précisée), en oncologie et hémato-oncologie, et dans la maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale. Ils auront la possibilité de prescrire des examens complémentaires, de demander des actes de suivi et de prévention ou encore de renouveler ou adapter, si nécessaire, certaines prescriptions médicales, en relais avec le médecin, généraliste ou spécialiste. Ce nouveau diplôme d'État, reconnu au grade de master, est délivré à l'issue d'une formation universitaire de deux ans chez les personnes titulaires d'un diplôme d'Etat infirmier ayant déjà une expérience professionnelle d'au-moins trois ans.

Certains pays ont plus de mal à organiser ce partage de tâches. C'est le cas, par exemple, de la Belgique. Les pratiques pluridisciplinaires y sont encore minoritaires mais tendent vers une croissance continue (3). Il existe des regroupements de professionnels exerçant en collaboration comme les associations de santé, les maisons médicales, les maisons de repos ou encore dans des coordinations de service à domicile. Dans les maisons de repos, les professionnels sont regroupés sur un même lieu (infirmiers, kinésithérapeutes, aides-soignants, assistantes sociales) avec un médecin coordinateur qui est là pour faire le lien avec le médecin traitant de chaque résident. Malheureusement, dans les réunions de coordination interne, le médecin traitant du patient n'est pas souvent invité à y participer. De plus, dans tous les réseaux de Belgique, aucun ne rassemble tous les PS sollicités par le patient. En effet, le pharmacien est rarement inclus dans ces réseaux.

2.1.3. Organisation

Cette coordination nécessite un espace de travail commun où les PS peuvent se rencontrer régulièrement (3). Certaines équipes vont se retrouver autour d'un café pour parler de dossiers compliqués ou de protocoles à mettre en œuvre. Cette activité renforce l'amélioration de l'organisation du suivi des patients et permet d'échanger sur la qualité des soins dans le parcours (2). Pour chaque patient, la composition des soignants est variable (3).

Chaque maison de santé doit élaborer, en se référant aux recommandations de la HAS, des protocoles pluriprofessionnels pour la prise en charge et le suivi des patients « prioritaires » (2,35,64). Ces protocoles doivent préciser le rôle et les temps d'intervention des différents professionnels impliqués dans la prise en charge, ainsi que les modalités de transmission entre professionnels des informations nécessaires à une bonne coordination des soins. Ils permettent donc aux PS de répartir le qui fait quoi, de définir des objectifs prioritaires et de s'entendre sur les messages principaux à délivrer au patient. La HAS a publié une fiche pour élaborer ces protocoles par équipe de soins. Le protocole pluriprofessionnel de soins de premier recours (PPSPR) est le schéma d'une prise en charge optimale par une équipe pluriprofessionnelle. Cela permet d'harmoniser les pratiques. Actuellement, il y a sept protocoles pluriprofessionnels qui sont disponibles sur le site de AVECSanté et de la Fédération Nationale des Centres de Santé. En 2014, la HAS a émis un référentiel d'analyse et de progression (RAP) des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires dont l'objectif est d'aider les équipes pluriprofessionnelles à évaluer et à améliorer leur organisation de façon à avoir un impact bénéfique sur la prise en charge des patients (65). Ce référentiel est structuré autour de quatre axes : travail en équipes pluriprofessionnelles ; système d'information ; projet de santé et accès aux soins et implication des patients. Il représente un outil de démarche qualité afin d'aider les équipes pluriprofessionnelles à développer une organisation optimale sur plusieurs années (2).

Lorsqu'une équipe pluriprofessionnelle identifie un problème pour un patient, elle va l'analyser avec les professionnels concernés (58). Pour le résoudre, elle va élaborer un PPSPR grâce aux recommandations de bonnes pratiques. Cela repose sur un travail en groupe comprenant un représentant par profession impliqué dans la prise en charge et si possible le patient ou un de ses proches. La HAS a mis en place un document pour aider les professionnels à élaborer un PPSPR dont le principe est présenté dans la figure 1 (58).

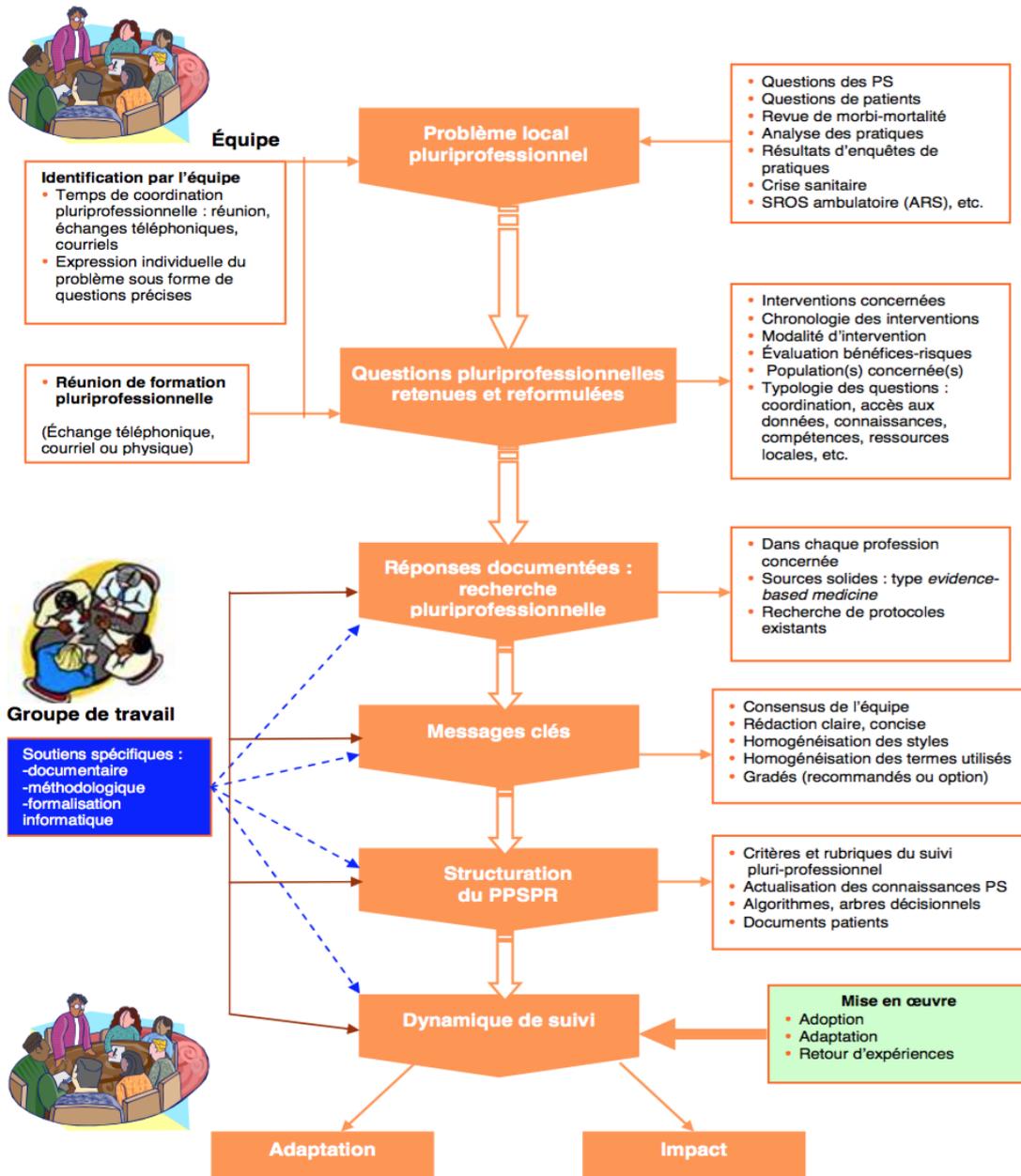


Figure 1 : schéma des étapes d'élaboration d'un protocole pluriprofessionnel de soins de premier recours (58)

2.1.4. Un outil de travail commun

2.1.4.1. Contexte

Pour favoriser le travail en équipe pluridisciplinaire, tous les PS doivent partager un outil de travail commun afin d'échanger des informations (66). Pour que le parcours de soin du patient soit de bonne qualité, la communication entre les PS doit être optimale (2). Les informations du patient doivent donc se retrouver dans un même dossier électronique. Aujourd'hui, aucun PS ne peut, avec le logiciel propre à son métier, communiquer avec les autres professionnels. Une des façons de communiquer aurait pu être le dossier médical personnel (DMP) mais le déploiement de cette ancienne version fut un échec (67). En octobre 2018, l'assurance maladie fait une relance officielle du dossier médical partagé (DMP) ainsi qu'une campagne d'information importante (68,69). Celle-ci porte ses fruits car avant octobre 2018, un peu moins de 2 millions de DMP étaient ouverts et après un bilan à la mi-janvier 2019, c'est près de 3,6 millions qui sont ouverts. Au 13 janvier 2019, c'est environ 1,4 million de DMP qui sont « *alimentés* » et environ 126 000 sont créés par semaine. Son objectif, clairement établi, est de renforcer le rôle du patient comme acteur de sa santé et d'améliorer la coordination et la qualité des soins prodigués, en favorisant la communication des données entre PS (67). Ce DMP ne permet pas aux PS de communiquer entre eux mais uniquement d'avoir un accès aux documents que le patient ou les PS enregistrent dessus. De plus, tous les professionnels n'ont pas accès au DMP et ne peuvent ni l'alimenter, ni le consulter. Dans ce contexte, il devient nécessaire que les PS passe d'un logiciel métier à un dossier électronique du patient partagé (2). Depuis l'arrêté du 23 février 2015, les dossiers informatisés des patients « *doivent être partagés, au moyen d'habilitations différenciées, entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient, dans le respect des dispositions en vigueur relatives aux échanges d'informations et au consentement des patients à ces échanges* » (35).

2.1.4.2. Dossier électronique partagé du patient

La FFMPS a travaillé en collaboration avec l'Agence des systèmes d'informations partagés de santé (ASIP santé) pour définir les critères nécessaires pour un logiciel à avoir afin d'être utilisé au sein d'un exercice coordonné (2,35,70). L'ASIP santé a créé par la suite un label afin d'aider les PS des MSP à choisir un logiciel adéquat pour leur exercice. Ce label permet d'identifier les systèmes d'informations qui répondent au cahier des charges très précis de l'ASIP santé (71). Deux niveaux de labélisation sont distingués :

- Niveau 1 ou « Niveau Standard » : niveau minimal requis pour répondre aux fonctionnalités d'une structure pluriprofessionnelle.
- Niveau 2 ou « Niveau Avancé » : niveau de labellisation exigeant plus de fonctionnalités que le niveau précédent (71).

En septembre 2019, il existait 18 logiciels ayant obtenus le label « e-santé Logiciel Maisons et Centres de santé » par l'ASIP santé. Ce label correspond à l'ensemble des fonctionnalités, attendues par les PS, pour répondre à leur exercice professionnel individuel quotidien et à leur exercice pluriprofessionnel (72). Ce label distingue 4 catégories d'exigences :

- Relatives à l'exercice professionnel individuel (gestion des consultations et du dossier patient, agenda, facturation, etc.) ;
- Pour la coordination pluriprofessionnelle (protocoles pluriprofessionnels, accès aux dossiers patients, réunions pluriprofessionnelles...)
- Pour le pilotage et le suivi de l'activité (production automatique d'états standardisés, élaboration de requêtes complexes...)
- Relatives à la gestion de la structure (logistique, ressources).

Ces logiciels, pour être labellisés, doivent également contenir un logiciel d'aide à la prescription, permettre de créer/télétransmettre des feuilles de soins électroniques et être habilité à héberger des données de santé à caractère personnel (72). Ce système d'information doit être compatible avec le DMP et doit contenir une messagerie sécurisée de santé (35). Il faut noter, que lorsqu'une équipe pluriprofessionnelle cherche à acquérir un nouveau logiciel, il faut faire attention aux PS concernés. En effet, tous les logiciels ne prennent pas en compte tous les PS. Ce type de système d'information permet également de transmettre à l'assurance maladie les résultats, en pourcentage, du nombre de patients de la structure ayant fait l'objet d'un compte rendu issu des réunions de concertation intégré dans leur dossier informatisé (35). Une rémunération est accordée en fonction du nombre de patients dont les dossiers informatisés et

partagés sont renseignés : elle doit être de 33% la première année suivant la mise en place du logiciel et de 66% la deuxième année. Une autre rémunération est apportée et est variable en fonction du niveau de labellisation du logiciel métier. Le logiciel devant être acquis au plus tard le 31 décembre de l'année de signature du contrat.

Un logiciel non labellisé ne signifie pas qu'il est de qualité inférieure par rapport aux logiciels disposant d'un label mais simplement qu'il est impossible, pour les pouvoirs publics, de confirmer que ce logiciel correspond aux besoins de l'équipe pluridisciplinaire étant donné qu'il n'a pas été présenté à la labellisation (70). Connaissant toutes informations, il est préférable, lorsqu'un nouveau projet de maisons de santé est élaboré, de s'orienter vers un logiciel labellisé pour obtenir les garanties fournies et les rémunérations (70).

2.1.4.3. Partage d'informations médicales

2.1.4.3.1. Définition

Le partage d'informations médicales est l'échange, entre deux PS ou plus, d'informations médicales pour un patient particulier (10). Ce partage des informations est un élément indispensable à la coordination des soins et la coopération interprofessionnelle (62,73). Le patient doit être informé de ce partage d'informations médicales entre les PS exerçant dans la maison de santé (2,35).

2.1.4.3.2. Réglementation

L'Article L.1110-4 du Code de la Santé Publique, modifié par l'Ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018, rappelle que chaque patient pris en charge par un PS a droit au respect de sa vie privée et au respect du secret des informations le concernant (74). Il est ajouté que les PS peuvent échanger entre eux « *des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social* ».

La loi n°2011-940 du 10 août 2011 a modifié certaines dispositions de la loi du 21 juillet 2009 dite HPST en ajoutant que « *les informations concernant une personne prise en charge*

par un professionnel de santé au sein d'une maison ou d'un centre de santé sont réputées confiées par la personne aux autres professionnels de santé de la structure qui la prennent en charge, sous réserve du recueil de son consentement exprès, par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée [...] et de l'adhésion des professionnels concernés au projet de santé [...] » (46). Il est donc nécessaire de recueillir le consentement du patient pour le partage de ces informations (75). D'après l'article 32 de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ce consentement doit être clair et univoque, exprès et réversible (76). Ce consentement peut être partiel c'est-à-dire que le patient peut s'opposer à ce qu'un ou plusieurs PS aient connaissance d'une ou plusieurs informations (77).

L'accès à ces informations ne pouvant être partagé que par des PS habilités et dans l'intérêt du patient, il faut donc avoir une traçabilité des accès aux dossiers des patients (77). En effet, les autres personnels de la maison médicale (psychologues, assistantes sociales...) n'ont pas accès à ses données.

Attention, lorsque le partage d'information se fait entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins et que ces informations sont nécessaires à la prise en charge d'un patient, il faut le consentement préalable de celui-ci (74). La communication d'information en violation de ces précédents articles est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

La DGOS a édité un document concernant la circulation des informations médicales dans ces structures pour aider les PS exerçant au sein de maison de santé (78). Il résume sous forme synthétique les conditions de partage de l'information médicale (figure 2).

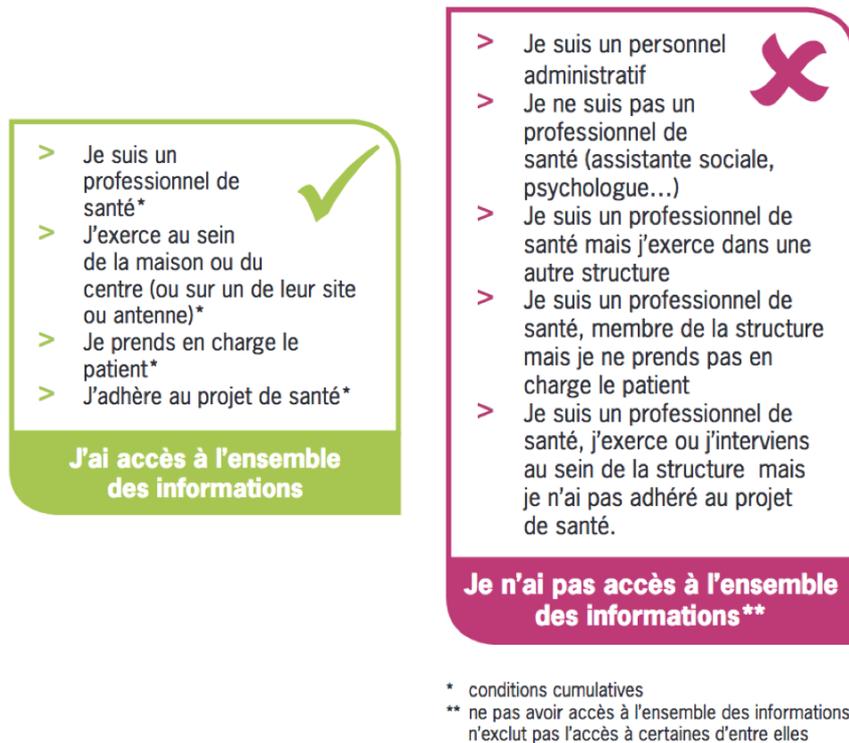


Figure 2 : Accès aux informations médicales dans les maisons de santé pluriprofessionnelles (78)

2.1.4.3.3. Organisation

La communication entre les PS en interne ou externe doit être faite à l'aide de messageries sécurisées et de dossiers médicaux partagés (35). Le dossier médical partagé peut être un outil utilisé car il facilite et sécurise le partage des données de santé sur un patient (75). Le partage d'informations médicales peut se faire également par le biais de réunions présentiels, c'est d'ailleurs ce que préfèrent les médecins généralistes (79).

En ce qui concerne la communication avec les autres acteurs de santé (hôpital, spécialistes, urgence...), le système d'information de la maison de santé doit fournir deux types de documents pour faciliter la transmission des informations (75) :

- Une vue de synthèse : qui regroupe, à l'instant t , l'ensemble des éléments inscrits au dossier patient jugés pertinents par les PS. Cela peut comprendre les antécédents, les dernières prescriptions, une note de synthèse écrite par le médecin traitant et les événements prévisionnels de la prise en charge. Ces paramètres sont définis préalablement par le personnel de la maison de santé.

- Une fiche de suivi par pathologie : chaque PS peut inscrire les actions menées relatives à chaque pathologie (hypertension artérielle, diabète, insuffisance cardiaque, etc.).

Ces deux documents, initialement présents dans l'outil de communication de la maison de santé, sont destinés à être publiés dans le DMP permettant ainsi l'accès à la même information par les acteurs ne faisant pas partie de la maison de santé (75).

Les informations concernant les patients (décision thérapeutique, acte dispensé, délivrance de prescription...) d'un PS sont conservées par la maison de santé jusqu'à la date de cessation de celui-ci (34). A partir de cette date, ces informations seront conservées pendant une durée de cinq ans puis au-delà, seront supprimées.

2.1.5. Le patient au centre de l'exercice coordonné

Le patient a une place centrale au sein de son parcours de soins. Pour une prise en charge optimale, tous les professionnels en relation avec celui-ci doivent se concerter entre eux (58,80,81). Ils doivent réaliser un partenariat avec lui afin de faciliter les démarches éducatives et d'améliorer davantage cette prise en charge. Dans la population générale, il est rare qu'un patient présente une seule pathologie. Il présente plus souvent plusieurs maladies chroniques. Il faut donc le prendre en considération dans sa globalité c'est-à-dire qu'il faut prendre en compte sa santé, ses représentations de sa ou ses maladies, ses projets de vie, son entourage, ses croyances, etc. Il s'agit d'une prise en charge globale, centrée sur la personne et non une prise en charge d'une pathologie. Tout cela dans le but de permettre la continuité des soins entre les différents soignants.

Certains PS cherchent donc à impliquer les patients dans leur parcours de santé. En 2015, la FéMasCo en collaboration avec la FFMPS et l'ARS de Franche-Comté, a élaboré un guide de la participation en santé de proximité destiné aux PS (82). Il est important de rappeler que « la prise en charge coordonnée des patients par les PS exerçant en ambulatoire constitue un des leviers majeurs d'amélioration de la qualité de vie des patients et de la qualité des soins » (57).

2.1.6. Coordination entre les professionnels de santé

La coordination entre les PS est une composante essentielle au bon déroulement de la prise en charge du patient. Au début, la collaboration entre les PS se crée avec des motivations différentes (2). Dans un premier temps, les objectifs sont souvent une meilleure organisation de leur travail et un confort dans leur vie privée. Puis, avec le temps, l'objectif évolue vers des enjeux de santé publique. Une organisation comme celle-ci permet de garantir une accessibilité aux soins dans les territoires où le nombre de PS est faible (83). En effet, ces PS y voient un cadre attractif en n'exerçant plus seuls. Ainsi, cette coordination permet de favoriser les échanges entre PS afin d'avoir une meilleure prise en charge médicale des patients. L'Etat voit à travers cette collaboration un moyen possible d'améliorer l'efficacité des soins de premier recours en apportant une meilleure réponse en termes de parcours, de continuité et de qualité des soins (84). De plus, la HAS précise que cela peut améliorer la qualité des soins tout en permettant une maîtrise des coûts (85). Une étude descriptive a montré que les conséquences humaine et économique de la iatrogénie médicamenteuse étaient considérables pour la société (86). Le coût moyen du séjour à l'hôpital était de 12 315 € et que le nombre de décès était considérable. En sachant que ces événements étaient évitables dans 55% des cas, une coordination entre les professionnels de santé aurait certainement évité cela. La iatrogénie médicamenteuse serait responsable de 150 000 cas d'hospitalisations par an (87).

Cette collaboration permet ainsi d'identifier et de prendre en charge des patients porteurs de pathologies chroniques avec une certaine complexité (2). La complexité peut apparaître dans différents domaines : socio-environnemental, psychosocial, sanitaire où les trois réunis. D'après De Haas, les patients en situation complexe « *représentent 10 à 15% d'une patientèle de médecin généraliste et nécessitent beaucoup de temps de soins et de coordination interprofessionnelle* » (43).

Lorsqu'une équipe de soins pluridisciplinaire est structurée, il devient plus facile de s'organiser avec les autres acteurs du territoire pour organiser le parcours de soins du patient (2). Par exemple, l'équipe pourra rencontrer les spécialistes du second recours, les établissements hospitaliers, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou encore les services sociaux... Ces rencontres vont permettre de « *protocoler* » le parcours des patients et de créer des liens entre professionnels permettant ainsi de fluidifier le parcours de soins des patients. Lors de la sortie d'un patient hospitalisé, la coopération entre l'équipe hospitalière et l'équipe pluriprofessionnelle de soins primaires

permet de diminuer le risque de ré-hospitalisation (88). Cette équipe permet également aux personnes âgées vulnérables d'être accompagnées à domicile pour leurs soins (89,90). Une étude a montré que la collaboration, même électronique, au sujet du dossier du patient renforce l'approche préventive des complications à long terme (91). C'est le cas notamment dans la prévention cardiovasculaire (59).

2.1.7. Freins et leviers

La coordination entre PS présente de nombreux avantages comme nous avons pu le voir précédemment. Cependant, certains soignants restent en retrait par rapport à ce nouveau mode d'exercice. Dans cette partie, nous allons voir quelles peuvent être les raisons de cette réticence. Certaines raisons sont générales et concernent l'ensemble des PS, alors que d'autres sont spécifique à chaque profession.

2.1.7.1. Général

La coordination et l'exercice pluriprofessionnels sont des moyens de structurer une nouvelle politique de soins de premiers recours mais le paiement à l'acte reste une barrière à cet exercice et favorise la pratique individuelle de la médecine (53). Les nouveaux modes de rémunération, par le biais de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI), ont permis de diminuer cette barrière (57).

L'équipe médicale peut rencontrer un autre type de problème lors de son élaboration. Ce mode d'activité, très récent, est nouveau pour la plupart des soignants et ces derniers se posent beaucoup de questions. En effet, lors de l'élaboration d'une maison de santé pluriprofessionnelle, l'équipe « médicale » s'interroge sur le rôle des PS (2). Le sentiment de hiérarchie et les différentes représentations d'une profession à l'autre resurgissent. Mais pour travailler en équipe pluriprofessionnelle, il faut passer au-delà de cette interprétation. Une fois la méthode de travail trouvée, il sera plus facile d'apporter des soins de qualité aux patients grâce aux échanges entre les PS. Il ne faut pas oublier que le patient est l'objet central au sein de ces structures pluriprofessionnelles. Ce nouveau mode d'exercice étant vu comme une voie d'avenir, les universités commencent à mettre en place des formations pluridisciplinaires pour ses étudiants. Ainsi pour diminuer le cloisonnement professionnel et favoriser le travail en

collaboration, il est important pour tous les étudiants, futurs PS, d'avoir un apprentissage à la collaboration et au dialogue interprofessionnel au sein de leur formation initiale (3,93). Il faut que les futurs PS apprennent à se connaître et commencent à travailler ensemble avant le début de leurs exercices. Depuis la rentrée 2018, les étudiants en santé ont l'obligation de réaliser un service sanitaire au cours de leur formation initiale (94). Cela concerne toutes les filières médicales : médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, soins infirmiers et masseur-kinésithérapeute.

Divers autres motifs peuvent être ajoutés, notamment personnels, comme une mauvaise entente entre plusieurs professionnels, un mode d'exercice différent, une retraite proche pour certains, et un manque de temps pour d'autres (95). Des motifs financiers peuvent aussi s'ajouter comme le refus d'investir de nouveau dans un outil de travail, ou bien encore des motifs politiques (appartenance à une liste électorale), etc.

2.1.7.2. Du côté des médecins

Ce nouveau mode d'exercice de la médecine libérale peut faire peur à certaines institutions représentant les médecins généralistes. Au début, le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) avait peur que les MSP entraînent une restriction de leur liberté d'installation tout en remédiant au déficit des PS de certains territoires (96). Par la suite, l'ordre des médecins a vu dans ce type de structure « *une réponse possible aux difficultés nouvelles de l'exercice professionnel et aux impératifs d'une meilleure qualité de vie. Le travail du médecin isolé est de plus en plus difficile, dans la journée comme pendant la garde* » (97). Le CNOM a également émis également quelques inquiétudes concernant le respect du Code de déontologie médicale notamment sur le compérage entre les PS énoncé à l'article R. 4127-23 du décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 (98). Il trouve que la coexistence de différents PS, voire de travailleurs sociaux, au sein d'une même structure peut conduire à réfléchir à la compatibilité de ce type de structure avec les règles édictées dans le code de déontologie médicale (99). Par conséquent, l'association de médecins avec des professions encore mal définies (ostéopathe) ou avec des professions ayant une activité commerciale (pharmacien) n'est pas autorisée au sein d'une maison de santé. Pour répondre à ces problèmes de déontologie médicale, le statut de SISA a été créé.

Certains soignants trouvent que les MSP peuvent favoriser les conditions de travail des médecins généralistes mais avec un certain nombre de contraintes supplémentaires comme les

réunions régulières, la coordination des soins au sein de la MSP et avec les acteurs de l'environnement, les protocoles de prise en charge partagés, les rapports annuels, la prise de risques financiers particuliers, et la démarche d'évaluation des tutelles (100). Mais leur conclusion reste la même, pour eux « *l'installation en groupe et la pratique pluriprofessionnelle représentent une véritable révolution culturelle pour de nombreux acteurs de santé libéraux* ».

Une autre inquiétude est partagée par les médecins généralistes : les maisons de santé pourraient participer à la concentration de l'offre de soins dans un lieu unique et ainsi mettre en difficulté les cabinets en périphérie (30,96). La solution dans ce cas-là est peut-être l'élaboration d'un pôle de santé.

D'autres médecins ont peur que ce type d'exercice entraîne une perte de leur relation privilégiée avec la patientèle ou encore une disparition du modèle du médecin de famille (101).

2.1.7.3. Du côté des infirmières

La fédération nationale des infirmières (FNI) soutient le développement de la collaboration entre PS (102). Mais elle dénonce également le compéage qu'il pourrait avoir lieu dans certaines maisons de santé (103).

D'après Pierre De Haas, ex-président de la FFMPS (remplacé aujourd'hui par AVEC santé), les infirmières libérales sont les PS les plus susceptibles de rencontrer des difficultés en intégrant une MSP (104). En effet, beaucoup d'infirmières libérales vivent du nursing et cette nouvelle activité de coordination va leur faire abandonner le nursing et les faire se rapprocher des soins complexes. Si la collaboration entre médecin généraliste et infirmier fonctionne bien et que le médecin donne davantage de prescriptions complexes aux infirmiers, ceux-ci pourront travailler sans aucun problème. Il est important de rappeler que chaque profession est nécessaire pour l'équilibre des autres, il faut donc que les PS communiquent entre eux.

2.1.7.4. Du côté des pharmaciens

Les pharmaciens sont plutôt favorables à cet exercice coordonné. Mais certains pharmaciens ont montré des signes d'inquiétudes face à la mobilité du corps médical entre les communes dus à l'implantation de ces MSP et le maillage officinal (105). Le maillage répond à d'autres critères présentés dans l'Ordonnance n° 2018-3 du 3 janvier 2018 (106). L'ordre des

pharmaciens rassure ceux-ci sur le fait qu'il existe « une dérogation », dans les territoires dits fragiles fixés par arrêté du directeur général de l'ARS, pour qu'une officine soit transférée à côté ou à proximité d'une maison ou d'un centre de santé (105). Les SISA peuvent être également une alternative car elles permettent à la pharmacie de rester là où elle exerce actuellement tout en faisant partie d'une équipe pluriprofessionnelle.

Tous ces éléments ont entraîné des difficultés à la mise en place des MSP mais la politique actuelle va dans le sens d'un développement de cet exercice et permet aux PS de faire face, plus facilement, à ces « problèmes ».

2.2. Rôle du pharmacien d'officine

2.2.1. Etats des lieux des activités des pharmaciens dans la prise en charge pluridisciplinaire

La France peine à récupérer son retard par rapport aux autres pays dans le monde. Depuis les années 2000, dans une quarantaine d'états aux Etats-Unis, le pharmacien collabore avec les médecins généralistes pour organiser la gestion des traitements des patients (107). Tout proche de ce pays, le Canada, dans certaines de ses régions comme l'Alberta, les pharmaciens ont le droit, depuis mai 2006, d'administrer des médicaments en sous-cutané et intramusculaire (108). Ils peuvent également modifier une prescription, une posologie en cas de besoin. Par exemple, le médecin prescrit pour un patient une statine, un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC), un bêtabloquant etc. et le pharmacien choisit lors d'un entretien les molécules les mieux adaptées pour le patient (afin d'éviter les éventuels effets secondaires). Le pharmacien peut également adapter les doses d'insulines d'un patient ainsi que modifier des doses d'anti-vitamines K (AVK). Certains pharmaciens, ayant reçu une formation spécifique ont la possibilité d'initier un traitement médicamenteux. Certains patients peuvent être dirigés par un médecin ou un autre professionnel de la santé vers un pharmacien agréé dans le but de sélectionner le médicament, la dose et la forme posologique appropriés pour traiter l'affection. Plus proche de la France, au Royaume-Uni, le ministère de la Santé en avril 2006, a ajouté des droits de prescription indépendant au champ d'activité officiel des pharmaciens (108), alors que les pharmaciens ont la possibilité de renouveler des traitements depuis 2001 (109). Enfin, un

pays limitrophe, la Suisse voit ses pharmaciens organisés, depuis 1998, des réunions avec les médecins afin de discuter de la stratégie thérapeutique et évaluer le rapport bénéfice/risque des médicaments (110). Cette collaboration entre médecins de premier recours et pharmaciens d'officine a montré qu'elle pouvait améliorer la qualité de la prescription médicale et donc la prise en charge du patient et de son bien-être.

Malgré ces quelques exemples à travers le monde, une comparaison européenne de 2010 a montré que les pharmaciens étaient faiblement investis dans la dispensation des soins aux patients (111). C'est notamment le cas en France, où l'implication des pharmaciens dans le parcours de soin a mis beaucoup de temps à se développer. Il a fallu attendre l'article 28 de l'arrêté du 4 mai 2012 pour voir évoluer les missions du pharmacien (112). Depuis cette date, les pharmaciens sont invités à réaliser des entretiens pharmaceutiques avec les patients ayant des traitements par anticoagulants oraux ou chez des patients asthmatiques moyennant une rémunération forfaitaire annuelle. Puis, les pharmaciens d'officine se sont vu confier la mission de vaccination contre la grippe saisonnière par l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 (113). Ainsi, les pharmaciens d'Auvergne Rhône-Alpes et de Nouvelle-Aquitaine ont été les premiers à faire cette expérimentation et vacciner certains patients pour la campagne 2017-2018. Pour la campagne de 2018-2019, deux régions supplémentaires ont rejoint l'expérimentation : les Hauts de France et l'Occitanie (114,115). Un arrêté du 25 septembre 2018 a élargi la population cible avec notamment la vaccination possible par le pharmacien d'officine des primo-vaccinants, des femmes enceintes, des personnes immunodéprimées ou présentant des troubles de la coagulation (116). Cette expérimentation a été généralisée à toute la France pour la campagne 2019-2020. Ainsi, tous les pharmaciens ayant suivi une formation et sous certaines conditions peuvent vacciner contre la grippe saisonnière à partir du 15 octobre 2019 (117). Les pharmaciens ont également été sollicités en décembre 2017, par l'avenant 11 à la convention pharmaceutique, pour ouvrir les DMP des patients au sein de leur officine, en contrepartie un euro leur sera reversé à l'ouverture d'un DMP (118). Cette ouverture du DMP va dans le sens d'un échange entre les PS. Il permet à tous les acteurs de santé d'avoir accès aux données médicales du patient et ainsi d'avoir une prise en charge complète de sa ou ses pathologies. Le pharmacien d'officine va pouvoir jouer un rôle important en ayant accès aux données du DMP. Pour l'instant, il ne peut pas le consulter ni l'utiliser mais cette évolution devrait arriver dans les mois à venir. Il est important de rappeler que le DMP constitue un support au développement de pratiques de coopérations interprofessionnelles (109). Très récemment, les pharmaciens ont vu apparaître une nouvelle

mission : la mise en œuvre du bilan partagé de médication pour les personnes âgées polymédiquées (12). Ce bilan concerne toute personne de 65 ans et plus, souffrant d'au moins une ALD, ou toute personne âgée de 75 ans et plus, bénéficiant de traitements pour lesquels au moins cinq molécules sont prescrites pour une durée de six mois. Le pharmacien, à travers ce bilan partagé de médication, va permettre de lutter contre l'iatrogénie, mais aussi répondre aux interrogations des patients et de les aider dans l'administration de leur traitement pour favoriser l'observance. Cette nouvelle mission vient renforcer le rôle du pharmacien auprès des patients. A partir de janvier 2020, le pharmacien aura une nouvelle mission (119,120). Il pourra réaliser au sein de l'officine, des tests rapides de diagnostic de l'angine (TROD angine). La prise en charge se fera de deux façons, soit le patient se présente spontanément à l'officine et est directement pris en charge par le pharmacien, soit le patient est orienté vers la pharmacie par son médecin traitant pour la réalisation du test. Dernièrement, la loi santé du 24 juillet 2019 autoriserait les pharmaciens à délivrer, sous certaines conditions protocolisées, des médicaments normalement sous ordonnance pour des pathologies bénignes comme les cystites aiguës ou les angines (121). Ces délivrances seraient encadrées par des protocoles pluriprofessionnels de la HAS et débuteraient en janvier 2020.

2.2.2. Rôle du pharmacien dans une maison de santé

Le rôle du pharmacien a été évalué dans de nombreuses études et son intervention dans le parcours de soin du patient s'est montrée positive. *Michot* a évalué, en 2013, l'efficacité des interventions de coopération entre médecins généralistes et pharmaciens (109). Une coopération entre pharmaciens et médecins généralistes peut augmenter la qualité des soins de santé primaire. Cette coopération bénéfique a surtout été observée dans la prise en charge des problèmes cardio-métaboliques comme l'hypertension artérielle et pour corriger des problèmes de prescription médicamenteuse. *Hogg* a montré, en 2009 au Canada, que le pharmacien pouvait améliorer la qualité des soins en réalisant une pré-consultation chez des patients porteurs de plusieurs pathologies chroniques (122). La qualité des soins était mesurée à l'aide d'un score prenant en compte la délivrance de soins de prévention et de traitements médicamenteux ainsi que la prescription d'examen complémentaires. Plusieurs autres études ont montré le rôle bénéfique du pharmacien dans une équipe pluridisciplinaire (123). C'est le cas notamment de la prise en charge de l'hypertension artérielle avec une meilleure observance du traitement antihypertenseur et donc un meilleur contrôle de l'hypertension artérielle (124–126), une

diminution plus importante de l'HbA1c chez les patients diabétiques (127), un meilleur contrôle des hyperlipidémies (128), une réduction des hospitalisations des patients souffrant d'insuffisance cardiaque (129) et une diminution de la mortalité des personnes âgées polymédiquées (130). Une autre étude montre que les soins dispensés par les pharmaciens ou en collaboration avec des médecins ou des infirmières améliorent la gestion des principaux facteurs de risque de maladies cardiovasculaires chez les patients ambulatoires (131). *Pauline Michot* a réalisé une revue systémique de la littérature. Elle a montré que le pharmacien d'officine pouvait faire une coopération sous forme de collaboration entre médecins généralistes et pharmaciens ou sous forme de substitution (109). La coopération concernait la revue des traitements médicamenteux (lecture ordonnance, mise en évidence des problèmes de prescription médicamenteuse, et suivies ou non de leur correction), une consultation en amont du renouvellement des traitements médicamenteux par le médecin généraliste, des interventions d'éducation à la santé (par exemple sur le mode de vie) ou thérapeutique (par exemple sur les déterminants et le traitement médicamenteux de la dépression), et le suivi d'une pathologie chronique (par exemple sur le respect des recommandations de pratique clinique dans la prise en charge de l'hypertension artérielle). La substitution concernait le conseil au sevrage tabagique, la remise de documents d'information lors de l'instauration d'un traitement anticoagulant, la gestion de problèmes de santé chroniques comme l'hypertension artérielle, le diabète de type 2 ou l'hypercholestérolémie, ou la gestion de symptômes isolés comme la gonalgie. Elle a montré que le pharmacien pouvait limiter les problèmes de prescriptions et améliorer certains critères biologiques notamment chez les personnes âgées et chez les patients porteurs de maladies cardiovasculaires.

Le pharmacien a une importance dans le parcours de soins du patient, il apporte un bénéfice non négligeable dans la gestion des traitements chroniques (109). Il joue un rôle important dans les problèmes de prescription médicamenteuse notamment chez le sujet âgé (132,133). C'est le dernier rempart entre les différentes prescriptions médicamenteuses du patient et la prise des médicaments. Il est la personne qui peut avoir accès à quasiment toutes les prescriptions médicamenteuses et donc évaluer les interactions que le médecin généralistes ou spécialistes n'auraient pas pu voir (12). Le pharmacien permet de diminuer les erreurs médicamenteuses, grâce notamment à sa formation de qualité, à son approche globale du patient et de ses problèmes et au contact facilité avec les prescripteurs et tous les autres acteurs gravitant autour du patient (91). L'alliance entre pharmaciens et les autres PS permet aux patients de bénéficier d'une « automédication responsable, contrôlée et sécurisée » (134). Ainsi, la participation des

pharmaciens à l'analyse des prescriptions médicamenteuses, en collaboration avec les médecins généralistes, améliore les résultats thérapeutiques des patients (135). Le pharmacien a un effet positif sur l'adéquation des médicaments. La revue complète des traitements médicamenteux d'un patient est trop souvent absente (136). Il faut prendre en considération le patient dans sa globalité avec toutes ses ordonnances, ses résultats biologiques... C'est là que les pharmaciens d'officine jouent un rôle important.

**Partie II – Evaluation du rôle
du pharmacien d’officine au
sein des maisons de santé
pluriprofessionnelles**

1. Rationnel

La prise en charge du patient en ville a évolué ces dernières années avec l'apparition de nouvelles structures que sont les MSP. Ce développement a obligé les PS à avoir une organisation pluridisciplinaire, permettant ainsi aux patients, de bénéficier d'une prise en charge globale de leurs pathologies. Au sein de ces MSP, de nombreux professionnels travaillent ensemble parmi lesquels médecin(s), pharmacien(s), infirmier(s), kinésithérapeute(s), psychologue(s), etc. La loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009 a permis de définir les nouvelles missions du pharmacien d'officine. Mais le rôle du pharmacien d'officine parmi les autres PS au sein de ces MSP reste méconnu. Dans ce contexte, l'objet de ce travail a été de réaliser un retour d'expérience des pharmaciens exerçant au sein de ces MSP.

2. Méthode

Pour réaliser ce retour d'expérience, les pharmaciens d'officine de Franche-Comté ont été sollicités par mail en juillet 2018. Les 427 officines franc-comtoises ont reçu différents mails envoyés sous le couvert de l'administration de l'UFR SMP de Besançon (figure 3). Ces mails sont présentés en annexe 3. L'envoi de ces mails avait pour but d'identifier les pharmaciens d'officine exerçant à proximité ou au sein de MSP et/ou SISA, afin de réaliser un entretien.



Figure 3 : différentes étapes lors de l'envoi des mails aux pharmaciens d'officines de Franche-Comté

La trame d'entretien a été élaboré en partenariat avec le Dr BONNET-LLOMPART sous forme d'un guide semi-directif afin d'explorer lors des entretiens :

- Les données sociodémographiques du pharmacien et de la MSP ;
- Le parcours et l'expérience professionnelle du pharmacien ;
- La connaissance de l'existence des MSP et l'intégration du pharmacien au sein de la MSP ;
- Les projets pour continuer son exercice ;
- La vision du pharmacien par rapport à la prise en charge globale du patient (annexe 4).

Les entretiens ont été réalisés soit par téléphone soit en face à face dans l'officine des pharmaciens titulaires.

3. Résultats

Sur les 427 officines de Franche-Comté ayant reçu le mail en juillet 2018, seulement 21 réponses ont été obtenues. Devant le peu de réponses obtenues, une relance a été faite en septembre 2018, qui a permis de récupérer 5 autres réponses. Sur ces 26 réponses, 6 pharmaciens d'officines exercent au sein d'une SISA ou avec une MSP. Parmi ces 6 pharmaciens, seulement 3 personnes ont accepté de faire l'entretien. La figure 4 résume le déroulement et les réponses obtenues par les pharmaciens.

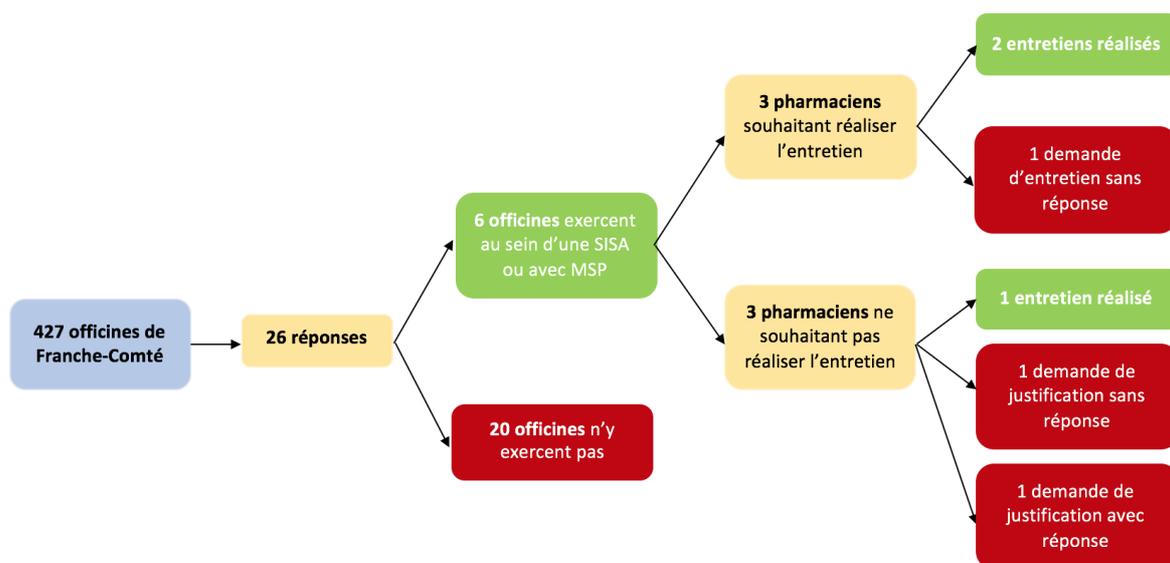


Figure 4 : déroulement de la prise de contact avec les pharmaciens

Il y a ainsi trois entretiens qui ont été réalisés : deux entretiens par téléphone car les pharmacies étaient situées à l'autre bout de la Franche-Comté et un entretien au sein même de l'officine. La durée moyenne des entretiens était de 45 minutes. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone afin de permettre une meilleure retranscription. Les trois entretiens sont disponibles en annexes 5, 6 et 7. Pour des soucis d'anonymats, des prénoms fictifs ont été attribués à chaque pharmacien.

4. Analyse

4.1. Organisation du matériel

L'analyse des entretiens est présentée dans le tableau II.

Tableau II : analyse des entretiens

1. Données sociodémographiques sur le pharmacien lui-même et sur la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)					
		Dr M	Dr O	Dr R	
Le Pharmacien	Âge	34 ans	58 ans	38 ans	
	Sexe	Homme	Homme	Homme	
	Situation maritale	/	Marié	Marié	
	Nombre et âge des enfants	/	2 enfants	2 enfants : fille de 6 ans et garçon de 3 ans	
	Autres membres de la famille dans le métier	/	Sa femme (pharmacienne biologiste)	Parents, grands-parents et sœur	
	Distance entre la pharmacie et son domicile	/	800 m	5 km	
Situation démographique de l'officine et de la MSP	Environnement	Département d'exercice	Jura	Doubs	Doubs
		Milieu rural, urbain ou semi-urbain ?	Très rural	Semi-rural/rural	Péri-urbain/Rural
		Nombre d'habitants	≈ 600	≈ 1 500	≈ 1380
		Distance entre la pharmacie et les autres PS de la MSP	Entre 0,5 km et 25 km	Tout le monde est au sein du même bâtiment	Tout le monde est au sein du même bâtiment
		Les PS exerçant au sein de la MSP/pôle de santé/SISA	Pôle de santé regroupant : - Une maison médicale à 5 km composée de médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, sage-femme, nutritionniste, psychologue ; - Une maison médicale à 25 km composée de médecins, kinésithérapeutes, infirmiers ; - 2 médecins à 0,5 km - La pharmacie	- 3 médecins généralistes - 1 dentiste - 1 sage-femme - 2 infirmières - 1 pédicure-podologue - 1 kinésithérapeute - 1 pharmacienne d'éducation thérapeutique - 1 ostéopathe	Au sein de la SISA : - La pharmacie - 5 kinésithérapeutes - 3 infirmières + 1 infirmière asalée - 4 médecins - 2 podologues - 2 sages-femmes - 1 dentiste - (+ 1 ophtalmologiste, 1 chirurgien plasticien, 1 chirurgien maxillo-facial au sein de l'espace santé)
		Les autres professions médicales/paramédicales exerçant autour de la pharmacie	Autres PS à 12 km (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers), à 10 km (médecins et kinésithérapeutes) et à 30 km (médecins, spécialistes, kinésithérapeutes, infirmiers)	/	Autres PS à 500 m (1 médecin), à 5 km (2 médecins, infirmières), à 5 km (kinésithérapeutes)

1. Données sociodémographiques sur le pharmacien lui-même et sur la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)					
			Dr M	Dr O	Dr R
Situation démographique de l'officine et de la MSP	<i>Environnement</i>	La pharmacie a toujours été située ici ou déplacement dû au projet de MSP ?	Toujours située ici	Déplacement de la pharmacie de quelques mètres pour accueillir le bâtiment de la MSP	Déplacement (transfert) de 15 m en 2010 pour la création d'un espace santé
	<i>Pharmacie</i>	Le personnel (nombre de pharmaciens, préparatrices, rayonnistes)	- Un pharmacien - Une préparatrice	- Un pharmacien - Deux préparatrices (temps partiels)	- Trois pharmaciens - Une préparatrice - Deux apprentis préparateurs
		Quelle est l'organisation de la pharmacie ?	/	Rien de particulier	Rien de particulier
	<i>Activités</i>	Réalisation d'entretiens pharmaceutiques (AVK/AOD, asthme) / Bilans de médicaments	/	Formations faites mais pas d'entretien réalisé	Entretiens pharmaceutiques : Oui Bilans médicaments : projet en cours
		Autres activités	Préparation de piluliers	/	/

2. Parcours et expérience professionnelle				
		Dr M	Dr O	Dr R
Le parcours pour devenir pharmacien	Est-ce un métier que vous avez toujours eu envie de faire ?	Oui	Non, il voulait être professeur de physique mais ses parents professeurs l'ont dissuadé de faire ce métier car pas assez rémunérateur. Ne voulait pas être médecin donc s'est orienté vers la pharmacie.	Non, voulait faire de la recherche
	Où avez-vous fait vos études ?	Lille	Besançon	Besançon
	Avez-vous choisi la filière officine dès le début ?	Oui	Oui	Non, il a fait un DEA en chimie médicinale
	D'autres membres de la famille/amis ont pu vous motiver dans votre parcours ?	/	Influence des parents pour devenir pharmacien	Influence des parents, grands-parents et de la sœur qui sont pharmaciens
	Date d'obtention du diplôme ?	/	1986	2005

Abréviations :

- DEA : Diplôme d'Etudes Approfondies

2. Parcours et expérience professionnelle				
		Dr M	Dr O	Dr R
Votre parcours professionnel après la thèse	Une fois diplômé, vous avez toujours travaillé dans la même officine ?	Employé pendant 5 ans dans une autre pharmacie	Multiple remplacements en Franche-Comté puis 2 ans en tant qu'adjoint en Haute-Savoie puis obtention d'une création de pharmacie	Multiple remplacements pendant 4 ans dans plusieurs officines de styles différents et expérience en tant que grossiste-répartiteur
	La titularisation : toujours voulu être titulaire ? Est-ce que l'occasion s'est présentée ?	<ul style="list-style-type: none"> - Voulait être à son compte - Titulaire depuis 2 ans et demi 	<ul style="list-style-type: none"> - Voulait être titulaire au début mais aujourd'hui ressent une certaine "pesanteur", en "a marre" - Création d'une pharmacie il y a 30 ans 	<ul style="list-style-type: none"> - L'occasion s'est présentée et il connaissait le pharmacien qui vendait la pharmacie (un ami de famille) - Pour vendre correctement la pharmacie, l'ancien pharmacien l'a mis en projet pour construire un espace de santé

3. Connaissance de l'existence de ces MSP et intégration				
		Dr M	Dr O	Dr R
Que pensez-vous des MSP ? Et de la vôtre ?	Qu'est-ce que ce nouveau mode d'exercice peut apporter pour le patient ?	Améliorer son observance	/	<ul style="list-style-type: none"> - A la conviction que de travailler en SISA peut améliorer le service rendu au patient mais ne peut pas s'appuyer sur des chiffres car les données manquent. - Les points de vue, les éléments apportés par différentes personnes permettent d'améliorer l'état d'un patient ou de remettre en question le système de santé
	Qu'est-ce que ce nouveau mode d'exercice peut apporter pour les PS ?	Connaître les PS avec qui ont travaillé	<ul style="list-style-type: none"> - Les pharmacies apprécient les MSP à proximité car source de prescriptions - Connaître les autres PS, approche plus facile 	/
	Autres remarques	Les réunions sont trop loin (à 30 min en voiture)	Le regroupement des médecins à un endroit peut entraîner la désertification d'une région et être problématique pour certains pharmaciens	/

3. Connaissance de l'existence de ces MSP et intégration				
		Dr M	Dr O	Dr R
Relation entre les PS	Quelles sont les relations entre vous et les différents PS ?	/	- Indépendant l'un de l'autre - Pas d'amitié en dehors du boulot. - Considère qu'il a des habitudes qu'il n'est pas prêt à changer vu son âge.	- Travail dans le respect de chacun et avec un même objectif. Tout le monde peut apporter sa pierre à l'édifice. - Les PS mangent souvent ensemble et font les réunions après. Il n'y a pas de contrainte à faire ces réunions, c'est plus "un plaisir".
Un nouveau statut juridique	Quelle statut juridique (SEL, SISA...) ?	Pôle de santé	Aucun statut : MSP d'un côté et pharmacien de l'autre	SISA
	Etes-vous intégré au sein de la MSP ou « invité » à la collaboration ?	/	Invité aux réunions	Intégré à la collaboration
	Avez-vous défini un projet de santé et quel est-il ?	/	/	/
Que pensez-vous du rôle du pharmaciens au sein de ces structures ?	Pensez-vous que le pharmacien joue un rôle important au sein de ces SISA ?	N'a pas d'avis sur la question	Ne vois pas trop de ce qu'un pharmacien peut apporter de plus	Pour lui, il y a 2 questions différentes : - Qu'est-ce qu'il apporte aujourd'hui ? Cela dépend de la SISA mais "pas forcément grand-chose" car les PS n'ont pas la culture de travailler en pluridisciplinarité. Selon lui, "il faut déjà se connaître...pour pouvoir travailler ensemble" - Qu'est-ce qu'il peut apporter ? Comme tous les autres PS, des éléments par rapport à la compréhension totale du problème que pourrait avoir un patient.
	Selon vous quel est son rôle/ses missions ?	Selon lui, il ne sert pas à grand-chose	/	De travailler avec les autres PS, en ayant un informatique en commun, d'avoir accès aux bilans biologiques au comptoir pour pouvoir adapter certains traitements et de pouvoir en discuter avec le médecin
	Y-a-t-il un avantage à accueillir des pharmaciens au sein d'équipe pluriprofessionnelle ?	Oui s'il y avait des concertations sur les patients avec un avis sur les traitements, l'observance	/	/

3. Connaissance de l'existence de ces MSP et intégration				
		Dr M	Dr O	Dr R
La connaissance de l'existence de ces MSP et l'intégration de cette MSP	Comment avez-vous pris connaissance de l'existence des MSP ?	/	/	/
	Qui vous a contacté/sollicité ?	Reprise de la pharmacie avec les démarches déjà effectuées par l'ancienne titulaire	Les médecins et le maire de l'époque ont proposé de créer une structure et le pharmacien s'est "accroché au wagon"	Il a acheté l'officine avec le projet de transfert
Vos craintes/motivations pour intégrer cette MSP	Des craintes avant d'intégrer ce type de structure ?	Non	Non bien au contraire : mieux placé dans des « locaux tout neufs et beaux »	Non au contraire, il n'aurait pas acheté l'officine s'il n'y avait pas ce projet d'espace santé
	Quelles ont été vos motivations quant à la décision d'intégrer ces MSP ? Ou quelles seront vos attentes pour réintégrer ces MSP ?	Réintégration si introduction de discussions de cas de patients	Cela permet d'avoir des prescripteurs à proximité de la pharmacie	<ul style="list-style-type: none"> - Veut travailler en pluriprofessionnel : "C'est une autre façon de travailler" - Intérêt économique avec des prescripteurs au-dessus de la pharmacie. Avec pas trop de risque de "perdre" de médecin car "il y a une certaine dynamique" et cette dynamique attire les jeunes médecins. - Met du dynamisme dans la pharmacie
	Selon vous, est-ce que le travail en pluridisciplinarité était une partie du métier qui manquait et que cette structure permet d'accomplir pleinement toutes les missions du pharmacien d'officine ?	/	/	<ul style="list-style-type: none"> - "C'est le futur" - C'est une partie du métier qu'il manquait pour tous les PS. - Le contact créé avec les autres PS permettra de discuter plus facilement concernant les bilans de médication
	Avez-vous rencontré des difficultés à travailler avec les autres PS ?	Non	Non	Non absolument pas, bien au contraire : c'est un avantage pour pouvoir appeler les médecins et de savoir qu'ils vont être à l'écoute quand on a un problème plutôt que de se dire "est-ce que le médecin va bien me parler ? Est-ce qu'il aura le temps de me parler ?". L'échange va être respectueux et "ça n'a pas de prix pour l'exercice professionnel et ça n'a quasiment pas de prix pour le patient".

3. Connaissance de l'existence de ces MSP et intégration				
		Dr M	Dr O	Dr R
Description de l'organisation générale de la MSP	Quels sont les acteurs qui interviennent ?	- 1 pharmacien ; - 6 médecins ; - 3 kinésithérapeutes ; - 2 infirmiers ; - 1 sage-femme ; - 1 psychologue ; - 1 nutritionniste.	- 3 médecins généralistes ; - 1 dentiste ; - 1 sage-femme ; - 2 infirmiers ; - 1 pédicure-podologue ; - 1 kinésithérapeute ; - 1 pharmacienne d'éducation thérapeutique ; - 1 ostéopathe.	- 1 pharmacien ; - 4 médecins et leurs étudiants ; - 5 kinésithérapeutes et leurs étudiants ; - 3 infirmières, 1 infirmière asalée ; - 2 podologues ; - 2 sages-femmes ; - 1 dentiste ; - 1 secrétaire médicale.
	Le caractère pluriprofessionnel intervient sous quelle forme ?	Réunions de formation	Réunions pluridisciplinaires avec des thèmes, alternance entre les PS pour préparer un sujet	Mails, téléphone et réunions pluridisciplinaires
	Quel est la fréquence de vos rencontres ?	De temps en temps	1 par trimestre = 3-4x/an	1 fois tous les 2 mois pour les réunions mais sinon aussi besoin que nécessaire
	Quels sont les outils que vous utilisez pour communiquer entre vous ?	- Téléphone	- Téléphone - Boites aux lettres pour les ordonnances	- Présence d'un logiciel commun à tous les PS, composé notamment d'une messagerie instantanée pour communiquer en sécurité pour les choses pseudo-urgentes - Les mails quand la réponse souhaitée n'est pas forcément immédiate - Le téléphone quand la réponse souhaitée est très rapide
	Quel est votre organisation au sein de l'officine ? Etes-vous le/la seule à prendre contact avec les autres PS ou impliquez-vous le reste de l'équipe officinale ?	/	Uniquement le pharmacien titulaire	Uniquement le pharmacien titulaire
	Particularités/remarques	/	Présence d'un infirmier de santé publique réalisant de l'éducation thérapeutique	- L'outil informatique vient d'être acquis donc espère pouvoir faire d'autres choses d'ici quelques années, le temps de s'en approprier.

3. Connaissance de l'existence de ces MSP et intégration				
		Dr M	Dr O	Dr R
Description de l'organisation générale de la MSP	Particularités/remarques	/	/	<ul style="list-style-type: none"> - Réunions pluridisciplinaires sous deux formes : des ateliers par petits groupes de personnes (3 pour les systèmes d'informations, 4 pour la prévention, 4 pour le projet de santé, 4 pour le CREX) et la grande réunion qui regroupe tous les PS (où est repris tous ce qui s'est dit en petit groupe + quelques cas de patients). - Il y a des choses formelles (réunions) et d'autres informelles (si besoin de parler avec un autre PS). - Organisation interne au sein de la SISA : le pharmacien est en charge de tenir à jour de carnet d'adresse des PS, d'envoyer les mails de décès au nom de la SISA, et de la pharmacovigilance.
La dimension financière de cette activité	Comment êtes-vous rémunéré pour cette activité ? Pensez-vous que c'est suffisant ?	Aucune rémunération	Pas de rémunération car indépendant et souhaite rester indépendant donc pas d'aides financières (et il n'existait rien à l'époque de la création)	1 ou 2 C de l'heure pour les ateliers (pas pour les réunions)
	Est-ce que ce nouveau mode de travail est reconnu par l'ARS, le CNOP ?	Financement d'une MSP par l'ARS		C'est l'ARS et maintenant la CPAM qui donnent les enveloppes sous réserves de respecter certains critères
	Si financement, à quoi/qui a-t-il servi ?	Achat de matériel pour le cabinet médical		Payer la salle de réunion, payer les différents intervenants qui viennent faire les réunions et les commissions, payer l'informatique permettant la pluridisciplinarité.
	Pensez-vous que cette nouvelle activité puisse un jour vous porter préjudice financièrement ?	/	/	Non car cette activité donne toute les chances d'avoir des PS autour de la pharmacie et financièrement, les pharmacies en dépendent.
	Pensez-vous que cette activité puisse être un jour reconnue et rémunérée correctement ?	/	/	C'est largement suffisant en rémunération, "ça vient en complément de notre exercice actuel"

Abréviation :

- CNOP : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
- CREX : Comité des Retours d'EXpérience

3. Connaissance de l'existence de ces MSP et intégration				
		Dr M	Dr O	Dr R
Comment votre famille/entourage vous a accompagné dans ce projet ?	Est-ce que vous avez fait participer votre entourage dans ce projet ?	/	Personnes n'y a vu d'inconvénient. Soutenu par sa famille.	Il a été soutenu par son entourage.
	Comment avez-vous parlé de ce projet à votre famille ?	/		
	Quels ont été leurs réactions/opinions quand à ce projet ?	/		
	Est-ce que ce projet a eu des répercussions sur votre vie familiale ?	/	Non	/
	Est-ce qu'encore aujourd'hui, ils vous soutiennent dans cette démarche ?	/	Oui	/
Comment vivez-vous cet investissement ?	Est-ce que vous regrettez votre démarche au sein de la MSP ?	/	/	Non absolument pas
	Est-ce qu'il y a des aspects de votre métier qui vous manque ?	/	/	/
	Comment évalueriez-vous votre qualité de vie ? Selon vous, y-a-t-il une différence entre avant et après MSP ?	/	Pas de différence entre avant/après. Métier très prenant surtout quand exercice individuel	Qualité de vie bonne

4. Après ce bilan				
		Dr M	Dr O	Dr R
Comment envisagez-vous la suite ?	Voulez-vous améliorer le système ou pensez-vous à un retour en arrière ?	/	Ne veut pas forcément améliorer le système, trouve que cela fonctionne bien comme ça.	<ul style="list-style-type: none"> - Il envisage la suite "pas différemment qu'avant le bilan". - Amélioration en utilisant davantage l'outil informatique. - Maintenir les différentes commissions et les améliorer si besoin. - "Le gros enjeu est de maintenir une dynamique de groupe"
	Est-ce que de nouveaux objectifs émergent dans votre tête ?	/	Se pose la question de n'être peut-être pas prêt pour faire d'autres choses.	Deux objectifs : <ul style="list-style-type: none"> - les bilans des médicaments pour la pharmacie - utiliser le système informatique pour l'espace santé
Que pensez-vous de l'organisation de la MSP ?	Selon vous, qu'est ce qui pourrait être amélioré ?	/	<ul style="list-style-type: none"> - C'est le problème des autres PS. - Pense que les médecins d'avant ne sont plus les mêmes médecins d'aujourd'hui (consultations sur rendez-vous). - Ne peut rien apporter selon lui. 	<ul style="list-style-type: none"> - "Je pense que le plus dur, dans l'avenir, dans 5 à 10 ans, est de garder l'énergie qu'on a depuis 10 ans." - Continuer de faire des ateliers pour les patients (atelier périnatalité, "mille et une buche" sur les risques de chutes...)
La formation universitaire peut-elle préparer à cette nouvelle activité et comment ?	Qu'est-ce qui pourrait être amélioré dans la formation des futurs pharmaciens pour davantage les préparer à ce type d'exercice ?	/	N'a pas eu la même formation qu'aujourd'hui : "j'ai appris sur le tas"	Sa formation universitaire ne lui a rien apporté dans le pluridisciplinaire sauf peut-être son année hospitalo-universitaire

5. Vision du pharmacien par rapport à la prise en charge globale du patient				
		Dr M	Dr O	Dr R
Que pensez-vous de cette nouvelle approche dans la prise en charge du patient ?	Est-ce que cette collaboration peut lui apporter un réel bénéfice ?	Oui, plus de coordination, favoriser l'observance	Oui	Cette collaboration apporte un bénéfice pour le patient "mais est-ce que lui le voit-il ?" Il y a un bénéfice pour le patient car il va prendre moins de traitement et va être orienté vers d'autres soins (kiné, psychologue...)
	Le patient est-il au courant de cette collaboration entre les professionnels de santé ?	/	Non	Pas sûr, certains patients peut-être mais pas de certitude
	D'après votre expérience, est-ce que cette pluridisciplinarité a déjà été bénéfique pour l'un de vos patients ?	/	/	Lors de problèmes rencontrés, les PS essayent de mettre en place quelque chose pour éviter que cela ne se reproduise (demande aux médecins de mettre sur la même ordonnance les soins infirmiers et pharmaceutiques par exemple)

6. Question bonus			
	Dr M	Dr O	Dr R
Imaginez que vous avez un pharmacien face à vous, qu'est-ce que vous lui diriez pour le convaincre d'entrer dans cette démarche ?	Cela permet de connaître les autres PS, de mettre un visage sur un nom	"Il faut foncer "dare-dare" !!!", cela apporte des prescripteurs. Si les prescripteurs partent dans une MSP et que la pharmacie ne suit pas : risque de couler.	"Je ne sais pas s'il y a vraiment de mot à dire, je crois que c'est aussi une façon de voir le système de soin. Je ne crois pas qu'il y aurait beaucoup de mots à dire aux médecins et/ou pharmaciens qui ne veulent pas bosser en pluridisciplinarité." "« Si tu as envie de bosser tout seul, ce n'est pas pour toi ». Je ne lui mentirai pas." « Si par contre, tu penses que c'est intéressant de te remettre en question et de voir un petit peu comment tu peux essayer de faire au mieux pour le patient, ben vas-y fonce, tu vas voir c'est passionnant. » Mais je ne suis pas sûr qu'il y ait beaucoup de pharmaciens qui soient réceptifs à ça..."
Pourquoi avez-vous accepté de me rencontrer ?	/	Il considère qu'il y a très peu de pharmacies proches de MSP donc il voulait faire partie de ces quelques cas existant.	"Moi tout ce qui tourne autour de la pluridisciplinarité, moi ça m'intéresse. Voilà et il y avait le temps..." "Dans la pharmacie... Et là c'est lié aussi à la pluridisciplinarité, je pense que c'est dans une mentalité. Nous avons deux apprentis, quatre étudiants systématiquement c'est-à-dire de 2ème, 3ème, 4ème et 6ème année. Voilà, nous partageons les connaissances, nous partageons ce que nous savons. Si cela peut vous aider pour votre thèse, la question c'est pourquoi je ne le ferais pas ? Donc... je crois que j'ai répondu."

7. Autres informations			
	Dr M	Dr O	Dr R
Remarques du pharmacien	- "Je suis tout seul" - "Je n'ai pas trop le temps"	- « Je me demande si tous les médecins peuvent être ouverts à travailler en pluridisciplinarité »	- Patientèle fidèle à ses PS (pas de déplacement en ville) - Tous les PS apportent quelque chose dans les réunions pluridisciplinaires sur un patient. "Il n'existe pas de solution toute faite ! Nous ne trouvons pas la solution à chaque fois mais tout le monde apporte un petit élément". - "Cela dépend de notre vision du système de soin. Si le système de soin est tourné autour des professionnels, chacun est bien de son côté. S'il est tourné autour du patient, je ne vois pas comment, à un moment donné, se dire, comment faire pour bosser avec les autres professionnels ?" - Améliorer la relation entre l'hôpital et les soins ambulatoires de ville - "Je sens bien qu'il y a un peu le vent en poupe. Là je vois qu'il y a quand même des... qu'au niveau de l'argent, il y a un peu d'argent. Et puis il y a surtout une volonté, avec les différents ministres qui viennent nous dire : « voilà la pluridisciplinarité c'est l'avenir ». C'est vrai que la pluridisciplinarité est plutôt soutenue.... Donc je ne sais pas si c'est plus efficace pour le patient mais ce qui me fait dire... que sa doit être plus avantageux financièrement pour l'état. S'ils poussent comme ça en ce moment c'est qu'il doit y avoir un avantage financier."
Mes remarques	-Pharmacien "pressé", qui avait refusé l'entretien et puis quand je l'ai appelé, m'a accordé quelques minutes. - Je pense qu'il n'a pas de temps a accordé à cette démarche car il est tout seul comme pharmacien et n'a pas beaucoup de personnel pour assurer cette activité. - A t'-il envie d'accorder du temps dans cette démarche ?	- Pharmacien ayant une pharmacie pleine d'opportunités mais qui n'a plus envie. Véritable souhait d'être à la retraite.	- Pharmacien très impliqué dans ce qu'il fait, a envie de progresser. Je trouve qu'il est dans une démarche de qualité, c'est-à-dire qu'il met en place des choses mais ce n'est pas figé, il les affine selon les besoins.
Date de l'entretien	21/08/2018	10/10/2018	25/10/2018
Durée entretien	15 minutes	50 minutes	1 heure
Réalisation de l'entretien	Par téléphone	Par téléphone	En face à face

Légende du tableau :

- / : absence de réponse

Le travail effectué a rencontré quelques limites. En effet, le nombre d'entretien réalisé est très faible. Le seuil de saturation des réponses lors d'entretiens est atteint à environ 25 entretiens. Ici ce seuil est loin d'être atteint, et ainsi d'autres réponses auraient pu être attendues. Les raisons de ce si petit nombre d'entretiens peuvent être dues à un problème lors de l'envoi des mails aux officines de la région. Plusieurs pharmaciens rencontrés en dehors de la thèse ont certifié ne pas avoir reçu le mail de recrutement. Une autre raison peut être la forme du travail. La notion d'entretien fait peur aux pharmaciens. Certains d'entre eux m'ont fait part du temps que prenait un entretien. Parmi un des trois entretiens réalisés, le pharmacien a fait part de cette notion de temps. C'est pour cela qu'un des entretiens est très court (15 minutes) et/ou beaucoup de questions n'ont pas pu être abordées. Toutefois, ces résultats méritent d'être discutés.

4.2. Discussion

Après avoir analysé les résultats des différents entretiens, plusieurs freins et leviers permettant l'adhésion à un exercice pluriprofessionnel au sein d'une MSP/SISA, ont pu être identifiés.

4.2.1. Données sociodémographiques du pharmacien et de l'officine

4.2.1.1. Le pharmacien

L'âge du pharmacien est un facteur d'adhésion à un exercice pluriprofessionnel. En effet, le Dr O, 58 ans, précise dans son discours qu'il a ses habitudes et que selon lui « un jeune pharmacien... sera peut-être plus avenant, plus proche » pour travailler en pluridisciplinarité. Le Dr R, 38 ans adhère fortement à ce genre de structure et d'exercice. Alors que le Dr M, 34 ans, le plus jeune de nos pharmaciens n'adhère sans plus que cela à cet exercice.

Certains facteurs recherchés lors des entretiens n'ont pas permis de montrer une influence sur l'adhésion à la pluriprofessionnalité. C'est le cas notamment du sexe du pharmacien. Ici tous les pharmaciens interrogés étaient des hommes. C'est le cas aussi des membres de leur

famille qui étaient pharmaciens car sur les deux pharmaciens ayant répondu à cette question, les deux ont des membres de leur famille pharmacien. D'autres facteurs recherchés n'ont pas montré une différence entre les pharmaciens : le statut marital (marié), le nombre d'enfants (2), la distance entre la pharmacie et le domicile (proche < 5 km).

4.2.1.2. Situation démographique de l'officine

4.2.1.2.1. Environnement de l'officine

Ce n'est pas tant le nombre d'habitants ni le fait que ce soit un milieu rural, semi-rural, rural ou péri-urbain qui influe mais plutôt la distance entre les professionnels de santé. En effet, dans les deux situations où les professionnels de santé se trouvent au sein du même bâtiment, les échanges entre les professionnels sont facilités. Le Dr O précise que « si besoin, on communique facilement avec les médecins, ils sont à côté », et « puisqu'on est proche des médecins, on les connaît personnellement, il y a une approche beaucoup plus facile ». Le Dr R précise qu'il « aura plus de facilités à parler avec les médecins au-dessus de la pharmacie qu'avec l'autre médecin qui n'est pas dans l'espace santé ». Alors que dans la situation du Dr M où les PS peuvent être espacés jusqu'à 25 km, cela pose des problèmes d'échange, d'organisation. La distance pour aller faire une réunion dans une MSP est un frein pour les PS. Le temps passé sur la route peut rendre réticent un PS pour des échanges pluridisciplinaires, c'est « une perte de temps ». Ainsi, comme l'ont montré ces différents exemples, la création de nouvelles structures peut s'avérer nécessaire. Deux pharmaciens ont déplacé leur pharmacie pour pouvoir faire partie de la même structure que les autres PS. Mais comme le remarque le Dr O, un projet comme ça « c'est très bien pour les pharmacies qui sont à côté » mais « pour les pharmacies dont les médecins se réunissent dans une maison de santé et désertent un secteur, c'est moins drôle ». Il faut donc faire attention à l'équilibre entre les PS, ne pas tous les regrouper au même endroit et désertent un autre endroit. C'est un enjeu important, que ce soit pour les pharmacies délaissées ou les patients qui se retrouvent encore plus éloignés de leurs PS.

4.2.1.2.2. Organisation de l'officine

La présence de plusieurs pharmaciens au sein de la pharmacie facilite la pluriprofessionnalité. Le Dr R peut aller voir les autres PS, partir en réunion quand il le souhaite car il peut compter sur ses deux autres pharmaciens qui eux restent au sein de l'officine. Alors que pour le Dr M et O, tout le caractère pluriprofessionnel devra se faire en dehors des horaires d'ouverture de la pharmacie car ceux-ci ne peuvent pas s'absenter. Les activités réalisées au sein de l'officine (entretien pharmaceutique et bilan de médication) sont en lien avec le nombre de pharmaciens. En effet, la pharmacie du Dr R qui contient trois pharmaciens, réalise des entretiens pharmaceutiques et a en projet de faire des bilans de médications. Alors que pour les deux autres pharmacies rien n'est fait. Ce sont des activités qui prennent du temps. La présence ou non d'un ou plusieurs pharmaciens permet une meilleure organisation au sein des officines pour réaliser ces missions et aussi de faciliter le travail en pluriprofessionnalité. La réalisation d'autres activités spécifiques à chaque pharmacie comme la préparation de piluliers par le Dr M, peut expliquer le fait qu'il n'ait pas vraiment de temps à consacrer à l'exercice pluriprofessionnel.

4.2.2. Parcours et expérience professionnelle du pharmacien

Le parcours pour devenir pharmacien ne semble pas avoir d'influence sur l'adhésion à l'exercice pluriprofessionnel. Les trois pharmaciens ont des parcours très différents. Dr R voulait faire de la recherche en chimie et pourtant est devenu pharmacien d'officine et adhère à l'exercice pluriprofessionnel. Alors que le Dr M a toujours voulu être pharmacien d'officine mais n'exerce pas en pluriprofessionnalité. Le Dr O, influencé par ses parents, s'est orienté vers la pharmacie d'officine pour une notion de meilleure rémunération. Ses différents parcours montrent que la famille des pharmaciens peut avoir une influence sur le fait de devenir pharmacien mais pas sur le fait de travailler en pluriprofessionnalité.

Une fois leur thèse soutenue, ils ont également eu des parcours différents. Deux des pharmaciens ont fait de multiples remplacements dans des officines avant de s'installer. Le Dr R a eu lui, en plus, une expérience en tant que pharmacien grossiste-répartiteur avant de s'installer. Le Dr O a obtenu, après ses remplacements, une création de pharmacie. Le Dr M lui

a travaillé dans une seule et même pharmacie durant ses cinq premières années puis a racheté une officine. La titularisation était souhaitée par deux des pharmaciens (Dr M et Dr O) alors que « l'occasion s'est présentée » pour le Dr R. Finalement, le parcours et l'expérience professionnelle du pharmacien ne semble pas être un frein ou un levier pour l'adhésion à un exercice pluriprofessionnel.

4.2.3. Maisons de santé pluriprofessionnelles et intégration

4.2.3.1. Bénéfices pour les patients et les professionnels de santé

Selon les pharmaciens interviewés, ce nouveau mode d'exercice ne peut être que bénéfique pour le patient. Il permet d'« améliorer son observance », d'« améliorer le service rendu au patient » ou d'« améliorer l'état d'un patient ou de remettre en question le système de santé ». Ce sont des ressentis par les pharmaciens mais aujourd'hui, il n'y a aucun chiffre, aucune donnée pour affirmer ce ressenti. Pour tous les PS, ce mode d'exercice permet de « connaître les autres PS avec qui on travaille » et d'avoir « une approche plus facile ». Pour les pharmaciens, il faut reconnaître également qu'il s'agit d'une source de prescription proche et « sûre ». Le bénéfice pour le patient et pour les PS peut être un levier pour adhérer à ce mode d'exercice.

4.2.3.2. Relation entre les professionnels de santé

La relation entre le pharmacien et les autres PS est très différente dans nos trois situations. Le Dr M n'a pas vraiment décrit de relation avec les autres PS car ils se situent très loin les uns des autres donc ils interagissent très peu ensemble. Le Dr O souhaite rester « indépendant l'un de l'autre ». Il est dans un exercice individuel. Il n'entretient pas d'amitié en dehors du boulot, « chacun est 100 % libre ». Aujourd'hui, il ne se sent pas prêt à changer de ce côté-là, il a ses habitudes. Alors que chez le Dr R, les PS travaillent dans le respect de chacun et avec un « même objectif » : « tout le monde peut apporter sa pierre à l'édifice ». La plupart du temps, les PS mangent ensemble puis font les réunions pluriprofessionnelles après. Pour lui, il n'y a pas de contrainte à faire ces réunions, c'est plus « un plaisir ». Selon lui, « il faut déjà créer un lien où

humainement ça se passe bien, même s'il y a des désaccords ». Les trois pharmaciens ont vraiment des visions et ressentis très différents. Cette relation que les PS entretiennent entre eux est vraiment très importante pour l'exercice pluriprofessionnel dans l'intérêt du patient d'une part, mais aussi pour avoir envie de travailler ensemble tous les jours.

4.2.3.3. Statut juridique

Le statut juridique (SEL, SISA, pôle de santé, MSP etc.) n'influence pas sur l'exercice pluriprofessionnel mais il est plutôt une conséquence de cet exercice. Les PS souhaitant vraiment travailler ensemble s'orientent vers le statut de SISA où ils peuvent percevoir des rémunérations en échange de conditions à respecter, c'est le cas du Dr R qui est intégré à la collaboration. Alors que notre pharmacien regroupé en pôle de santé, le Dr M, n'est pas vraiment impliqué car l'échelle d'exercice des PS est trop grande. Concernant le Dr O, lui n'a intégré aucune structure car il ne réalise quasiment pas de pluridisciplinarité, il est seulement invité aux réunions.

4.2.3.4. Rôle du pharmacien

Lorsque nous demandons aux pharmaciens quel pourrait être leur rôle au sein de ces structures, les avis sont très divergents. Les deux pharmaciens n'exerçant pas en pluriprofessionnalité n'ont pas d'avis sur la question ou pensent qu'ils ne « servent à rien ». Le Dr R rejoint cet avis en précisant que cela dépend de la MSP et qu'aujourd'hui les PS n'ont pas la culture à travailler en pluridisciplinarité. Pour lui, « il faut déjà se connaître... pour pouvoir travailler ensemble ». Par contre, il va plus loin dans ses propos en affirmant que le pharmacien peut apporter, « comme tous les autres PS, des éléments par rapport à la compréhension totale du problème que pourrait avoir un patient ». Il n'y a « pas de solution toute faite » mais chacun apporte « un petit élément ». Le rôle du pharmacien, selon lui, est de « travailler ensemble » avec les autres PS, en ayant « un outil informatique commun », d'avoir accès aux « bilans biologiques au comptoir pour pouvoir adapter certains traitements et de pouvoir en discuter avec le médecin ».

4.2.3.5. Intégration des structures et motivations

La dynamique d'intégration de ce type de structure par les pharmaciens montre indirectement leur volonté d'adhérer ou non à cet exercice coordonné. Le Dr M a repris la pharmacie avec les démarches déjà effectuées par l'ancienne titulaire, ce n'est pas lui qui avait envie de ce genre d'exercice mais certainement la titulaire précédente. Le Dr O, quant à lui a « subi » une dynamique imposée par le maire du village et le médecin de l'époque. Ces deux derniers ont proposé de créer une structure et le pharmacien s'est « accroché au wagon ». Quant au Dr R, il a racheté l'officine avec le projet de transfert et seulement car il y avait ce projet d'espace de santé. C'était tout nouveau pour lui mais il était curieux et intéressé par ce projet.

Les motivations à l'intégration ou à la réintégration des pharmaciens au sein de ses structures sont multiples. Il y a deux pharmaciens qui s'accordent sur « l'intérêt économique » d'avoir des prescripteurs à proximité de la pharmacie. Cela apporte « une certaine dynamique » qui « attire » les jeunes médecins et donc un faible risque de perdre des prescripteurs. C'est un point essentiel actuellement alors que certaines pharmacies ferment le rideau aujourd'hui. Le Dr M parle lui de réintégrer ce type de structure s'il y a un développement des discussions autour des patients et pas seulement des réunions d'informations. Le souhait de devenir actif et non plus passif est ressenti à travers ses paroles. Il reconnaît également que cette organisation permet de connaître les autres PS et « de mettre un visage sur un nom ». Le Dr R montre, en plus de ces arguments, sa volonté de travailler en pluriprofessionnel. Pour lui, « c'est une autre façon de travailler », « c'est le futur ». C'est une partie du métier qui pouvait manquer aux pharmaciens mais aussi « aux médecins, infirmiers, kinés et à tous les professionnels ». Selon lui, la vision du système de soin est importante : si elle est tournée « autour des professionnels », chacun est « bien de son côté ». Si elle est tournée « autour du patient », il est impossible de se poser la question « comment on fait pour bosser avec les autres professionnels ? ». De plus, le fait de connaître les autres PS est un avantage lors d'un besoin de prise de contact par téléphone par exemple. La personne va être à l'écoute de la demande et cela engendre moins de stress vis-à-vis de la réponse attendue et du dérangement occasionné.

4.2.3.6. Organisation générale

L'organisation générale de la structure au quelle le pharmacien adhère n'est que le reflet de l'exercice coordonné. En fonction du statut juridique acquis, l'organisation peut être différente. Dans les trois cas, il y a une diversité de PS qui travaille ou essaye de travailler ensemble : médecin, pharmacien, kinésithérapeute, infirmier, sage-femme, psychologue, nutritionniste, dentiste, pédicure-podologue, etc. Dans la MSP proche du Dr O, il y a présence d'un infirmier de santé publique réalisant de l'éducation thérapeutique, ainsi qu'une pharmacienne d'éducation thérapeutique et un ostéopathe. L'espace de santé dans lequel exerce le Dr R, accueille une infirmière asalée, un ophtalmologue, un chirurgien plasticien et un chirurgien maxillo-facial.

Le caractère pluriprofessionnel intervient le plus souvent sous forme de réunion. Pour certains, il s'agit de réunions de formation avec un interlocuteur externe à la structure. Pour d'autres, ce sont des réunions pluridisciplinaires où tous les PS de la structure se retrouvent autour d'une table afin de parler d'un sujet précis ou de parler de cas de patients. Dans la SISA où exerce le Dr R, les réunions pluridisciplinaires sont sous deux formes. Il y a des ateliers par petits groupes de personnes (3-4 personnes) qui vont travailler sur différentes choses : les systèmes d'informations, la prévention, le projet de santé, le Comité de Retour d'Expérience (CREX). Puis il y a la grande réunion où se retrouvent tous les PS et où est repris tout ce qui s'est dit en petit groupe, plus certains cas de patients. Il y a entre 3 et 6 réunions par an en fonction des structures, voire plus si besoin.

Les outils de communication utilisés pour communiquer entre les PS sont le téléphone pour les trois structures. Dans le cas de la SISA, chez le Dr R, il y a la présence d'un logiciel commun à tous les PS. Il est composé d'une messagerie instantanée pour communiquer en sécurité pour les choses pseudo-urgentes et d'une messagerie type mail, sécurisée, lorsque la réponse souhaitée n'est pas forcément immédiate. Cet outil informatique n'est pour le moment utilisé qu'à ces fins là car son acquisition n'est que récente mais le Dr R espère pouvoir faire d'autres choses d'ici quelques années, le temps de se l'approprier. Il précise aussi que la communication entre les PS peut se faire de manière formelle sous forme de réunion, et de manière informelle, si le besoin de parler à un autre PS se fait ressentir, la discussion se fait.

Au sein de la SISA, il y a une organisation interne. Chaque PS a une ou plusieurs missions : par exemple, le pharmacien est en charge de maintenir à jour le carnet d'adresse des PS, d'envoyer des mails de décès au nom de la SISA et de s'occuper de la pharmacovigilance.

L'organisation au sein de l'officine est la même pour les trois cas présentés : il n'y a que le pharmacien titulaire qui participe à l'exercice coordonné. Par contre, le Dr R est le seul pharmacien qui nous a parlé des étudiants qu'il accueille. Pour lui, l'accueil des étudiants est lié à la pluridisciplinarité, c'est une mentalité. Il accueille deux apprenties et quatre étudiants avec qui il partage ses connaissances.

4.2.3.7. Aspect financier

La dimension financière découle également du type de structure auquel le pharmacien adhère. Le seul statut juridique permettant une rémunération est la SISA. Dans le cas du Dr R, cette enveloppe budgétaire donnée par l'ARS et la CPAM leur a permis de payer la salle de réunion, de payer les différents intervenants qui viennent faire les réunions, de payer les PS participant aux ateliers (1 ou 2 C de l'heure) et de payer les matériels informatiques permettant la pluridisciplinarité. Cette rémunération est « largement suffisante » selon lui : cela « vient en complément » de l'exercice. Pour les deux autres pharmaciens, il n'y a pas eu d'aide, ni de rémunération car ils ne sont pas organisés sous forme de SISA. Mais il ne faut pas oublier que ses structures (SISA ou MSP) permettent d'avoir des PS autour de la pharmacie et que financièrement, les pharmacies en dépendent.

4.2.3.8. Accompagnement par l'entourage et qualité de vie

L'influence de l'entourage des pharmaciens ne peut pas être étudié comme un facteur d'adhésion à ces structures car ici les pharmaciens ont tous été soutenus par leur famille.

Lorsque nous demandons aux pharmaciens d'évaluer leur qualité de vie entre avant et après d'adhésion à cet exercice, ils n'y voient aucune différence. Le Dr R juge sa qualité de vie « bonne » alors que le Dr O esquivé la question et ajoute qu'il s'agit un métier très prenant.

4.2.4. Les améliorations envisagées

Les réponses obtenues sont variables en fonction des pharmaciens. Le Dr O trouve que cela fonctionne bien comme ça, ne voit pas d'amélioration à apporter. Selon lui, c'est le problème des autres PS. Il pense que les médecins d'avant ne sont plus les mêmes médecins qu'aujourd'hui, qu'ils ont plus tendance à travailler sur rendez-vous. En posant cette question d'amélioration, le Dr O s'est demandé s'il était vraiment prêt pour faire d'autres choses. Concernant le Dr R, il voit deux objectifs majeurs émerger : les bilans de médicaments pour la pharmacie et l'utilisation du système informatique pour l'espace santé. Il faut également « maintenir les différentes commissions » en les améliorant si besoin, continuer de faire des ateliers pour les patients (ateliers périnatalité, prévention des chutes etc.) et « maintenir une dynamique de groupe ». Le plus dur dans l'avenir, dans 5-10 ans, selon lui « est de garder l'énergie qu'on a depuis 10 ans ! ».

Concernant la formation universitaire, les pharmaciens confirment que la formation de leur époque ne leur a rien apporté concernant le caractère pluridisciplinaire. Il est difficile d'évaluer cette notion entre les pharmaciens, car aucun n'a le même âge et les formations étaient très différentes par rapport à aujourd'hui. Le Dr R précise que la seule chose qui a pu l'aider à découvrir le caractère pluriprofessionnel est le stage hospitalo-universitaire car il permet de travailler avec d'autres PS.

4.2.5. La prise en charge du patient

Concernant la prise en charge du patient, tous les pharmaciens sont unanimes. Cette collaboration entre les PS apporte un réel bénéfice pour le patient. En effet, cette collaboration permet une meilleure « coordination », permet de « favoriser l'observance », permet au patient de « prendre moins de traitement » et d'être orienter vers d'autres soins (kinésithérapeute, psychologue etc.). Le Dr R soulève une question intéressante où il sera difficile d'y répondre : « Est-ce que le patient voit le bénéfice de cette collaboration ? ».

Malgré le faible recrutement, ce travail a permis de comprendre quels pourraient-êre les freins (comme l'éloignement entre les PS, le nombre de pharmacien au sein de l'officine, l'absence de formation initiale commune etc.) et les moteurs (le bénéfice pour les patients et pour les PS, la relation entre les PS, l'intérêt économique etc.) à l'interprofessionnalité. Ces éléments semblent être à prendre en compte par les pharmaciens afin d'exercer en structure pluriprofessionnelle.

CONCLUSION

Actuellement, il existe divers statuts juridiques pour exercer en pluriprofessionnalité : maison de santé (MSP), société interprofessionnelle de soins ambulatoire (SISA), pôle de santé, Communauté Professionnelle Territoriale de Santé, etc. Le type de structure devra être adapté à chaque environnement. Tous les nouveaux projets de regroupement de professionnels de santé sont à analyser au cas par cas. Il est essentiel de ne pas délaissier une zone et ainsi de créer de nouveaux déserts médicaux. Néanmoins, il faut noter que le seul statut qui permet d'avoir des rémunérations est la SISA.

Chaque maison de santé pluriprofessionnelle est unique. Ces structures ont pour but de faciliter les échanges entre les professionnels de santé afin de permettre une meilleure prise en charge du patient. Cela suppose que les professionnels de santé sortent de l'exercice individuel pour se rapprocher d'un exercice coordonné. Chacun apporte sa pierre à l'édifice. Il ne faut pas de concurrence entre eux mais une alliance. Cette prise en charge dans sa globalité permettra au patient de prendre moins de comprimés et de s'orienter vers d'autres thérapeutiques actuellement peu utilisées (psychologie, kinésithérapie, ostéopathie etc.). Cette coordination est un réel bénéfice pour le patient. Elle doit concerner sa prise en charge en ville et entre la ville et l'hôpital. L'apprentissage à la collaboration et au dialogue interprofessionnel est important dès la formation initiale des professionnels de santé.

La présence de pharmacien au sein de l'équipe pluriprofessionnelle permet au patient une meilleure prise en charge (109,122–133). Chaque professionnel de santé est complémentaire l'un de l'autre. Le pharmacien étant l'expert du médicament pourrait aider ses confrères dans l'exercice professionnel. Il pourra guider le médecin vers une meilleure prescription des médicaments en lui indiquant quel médicament est mieux pour le patient en prenant compte de sa pharmacodynamie, de sa pharmacocinétique et de ses effets indésirables dans le but d'améliorer la prise en charge du patient. Le métier de pharmacien va continuer à évoluer dans les années à venir avec de nouvelles missions en perspectives qui vont s'ajouter (élargissement du bilan de médication vers d'autres maladies chroniques, réalisation de TROD angine en officine, développement de la pharmacie clinique, etc.) pour permettre une meilleure prise en charge du patient.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Les indicateurs du contrat (57)

Axes	Socle prérequis	Socle optionnel
<p>Accès aux soins</p>	<p>❖ <u>Horaires d'ouverture et soins non programmés :</u></p> <p>1. <u>Amplitude des horaires d'ouverture :</u> La structure doit être ouverte de 8h à 20h en semaine et le samedi matin de 8h à 12h et pendant les congés scolaires : ouverture de la structure sur l'amplitude horaire nécessite que l'ensemble des professionnels soient présents durant cette amplitude horaire.</p> <p>2. <u>Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré :</u> Les professionnels de santé de la structure s'organisant pour recevoir chaque jour ouvré les patients ayant besoin de soins non programmés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité des différents professionnels de santé de la structure pour une régulation des demandes (physique ou téléphonique), - Possibilité de consultations dans la journée : plages horaires dédiées pour chaque professionnel ; journées dédiées ou plages horaires assurées à tour de rôle par chacun des médecins de la structure... 	<p>❖ <u>Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés ou de pharmaciens ou de soins paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure (niveau 1)</u> Présence parmi les associés de la structure ou parmi les salariés du centre de santé d'au moins une profession médicale (spécialités médicales hors médecine générale, sages-femmes, chirurgiens-dentistes) ou pharmacien(s) d'officine <u>ou</u> de 3 professions paramédicales différentes.</p> <p>❖ <u>Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés ou de pharmaciens et de soins paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure (niveau 2)</u> Présence parmi les associés de la structure ou parmi les salariés du centre de santé d'au moins une profession médicale (spécialités médicales hors médecine générale, sages-femmes, chirurgiens-dentistes) ou pharmacien(s) d'officine <u>et</u> de 3 professions paramédicales différentes.</p> <p>❖ <u>Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure (niveau 1)</u> Organisation de consultations de second recours (spécialités médicales hors médecine générale) ou sages-femmes ou chirurgiens-dentistes ou pharmaciens d'officine par des professionnels extérieurs à la structure, représentant en moyenne 2 jours par mois.</p> <p>❖ <u>Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure (niveau 2)</u> Organisation de consultations de second recours (spécialités médicales hors médecine générale) ou sages-femmes ou chirurgiens-dentistes ou pharmaciens d'officine par des professionnels extérieurs à la structure, représentant en moyenne au minimum 2,5 jours par semaine (soit 0,5 équivalent temps plein).</p>

ANNEXE 1 (suite) : Les indicateurs du contrat (57)

Axes	Socle prérequis	Socle optionnel
<p>Accès aux soins</p>		<p>❖ <u>Accueil de médecins intervenant dans le structure dans le cadre d'un CSTM</u> Valorisation de l'intervention au sein de la structure d'au moins un médecin signataire d'un contrat de solidarité territoriales médecin (CSTM) défini dans la convention médicale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 (médecins installés hors zones sous denses qui viennent prêter main forte à leurs confrères exerçant en zones sous denses).</p> <p>❖ <u>Missions de santé publique</u> Réalisation de missions de santé publique à choisir dans la liste des thèmes (en annexe) ou s'inscrivant en cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (PRS).</p> <p>❖ <u>Satisfaction des patients</u> Mise en place, en collaboration, si possible avec des représentants des patients, d'outils permettant d'évaluer la satisfaction et les besoins exprimés par les patients sur l'organisation et les services offerts par la structure (sur les modalités d'accueil, de contacts avec la structure, etc...) avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mise en place d'un questionnaire, et - La mise en place d'adaptations au regard des besoins identifiés (après exploitation des questionnaires ou des réunions d'échange) et - le cas échéant, l'organisation de réunions avec les usagers de la structure.

ANNEXE 1 (suite) : Les indicateurs du contrat (57)

Axes	Socle prérequis	Socle optionnel
<p>Travail en équipe et coordination (concerne particulièrement les patients complexes)</p>	<p>❖ Fonction de coordination : La fonction de coordination est assurée soit par des personnes exerçant au sein de la structure (y compris des professionnels de santé en exercice) ayant un temps identifié et dédié à cette fonction, soit par du personnel recruté spécifiquement pour assurer cette fonction. La fonction de coordination regroupe notamment les missions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Animation de la coordination interprofessionnelle, - Coordination des parcours et des dossiers patients, - Suivi de l'utilisation du système d'information (SI) et organisation du travail de production des données de santé, - Relation avec les institutions (organisme d'assurance maladie, agence régionale de santé...) ou collectivités. <p>❖ Protocoles pluriprofessionnels : Elaboration de protocoles pluriprofessionnels pour la prise en charge et le suivi des patients présentant une pathologie nécessitant l'intervention coordonnée de différents professionnels de santé. Ces protocoles doivent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'appuyer sur l'expérience et les compétences des professionnels concernés, - Etre conformes aux recommandations élaborées par les agences sanitaires (HAS, ANSM, Santé publique France...), - Etre adaptés à chaque équipe, - Répondre à un vrai besoin, - Formaliser et harmoniser des pratiques existantes, - Etre simples, aisément consultables lors de soins, - Préciser le rôle et les moments d'intervention de chacun des professionnels impliqués dans la prise en charge et les différentes interactions entre eux (répondre à la question « qui fait quoi quand »), - Etre réactualisées régulièrement à la lumière des retours d'expérience. 	<p>❖ Formation des jeunes professionnels : La structure constitue un terrain de stages de formation pour les professionnels de santé, à raison d'au moins deux stages par an (quelle que soit la profession de santé) et selon les modalités propres à chaque profession.</p> <p>❖ Coordination externe : La structure met en place une procédure conforme à la réglementation définissant les modalités de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels de santé extérieurs à la structure, - Les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation, - Les structures et services médico-sociaux, - Les intervenants sociaux (dans le respect du secret professionnel et de la réglementation applicable). <p>Cette procédure permet notamment la transmission du volet médical de synthèse (VMS) établi par le médecin traitant complété des informations recueillies par les autres professionnels de santé de la structure nécessaires à la continuité de la prise en charge. Pour chaque patient hospitalisé, un dossier médical partagé est ouvert et alimenté au moins par le VMS.</p>

ANNEXE 1 (suite) : Les indicateurs du contrat (57)

Axes	Socle prérequis	Socle optionnel
<p>Travail en équipe et coordination (concerne particulièrement les patients complexes)</p>	<p>Les protocoles doivent porter en priorité sur les thèmes listés dans l'annexe 3 de l'accord du 24 juillet 2017. Les protocoles élaborés sur des thèmes n'appartenant pas à la liste figurant dans cette annexe font l'objet d'un examen au cas par cas par l'Assurance Maladie en vue d'une éventuelle valorisation.</p> <p>❖ Concertation pluriprofessionnelle : Organisation d'au moins 6 réunions par an entre professionnels de la structure autour du cas des patients relevant d'un des thèmes listés à l'annexe 3 de l'accord du 24 juillet 2017. Ces réunions visent à définir la stratégie de prise en charge du patient et à coordonner sa mise en œuvre. Un compte rendu est intégré dans le dossier informatisé du patient, sous une forme paramétrable permettant une requête informatique et alimente le dossier médical partagé. Pour bénéficier de la rémunération maximale, le nombre de dossiers étudiés doit correspondre à 5% des patients médecins traitants présentant une affection de longue durée ou âgés de plus de 75ans. Les dossiers examinés lors des réunions peuvent concerner également des patients ne remplissant pas ces conditions d'âge ou d'ALD.</p>	
<p>Systeme d'information</p>	<p>❖ Systeme d'information niveau standard : La structure dispose d'un système d'information labellisé niveau « standard » par l'ASIP Santé intégrant les fonctionnalités minimales nécessaires au fonctionnement d'une structure pluriprofessionnelle. Ces fonctionnalités sont précisées sur le site de l'ASIP Santé. Les dossiers des patients de la structure sont informatisés et partagés, au moyen d'habilitations différenciées, entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient.</p>	<p>❖ Systeme d'information niveau avancé : La structure dispose d'un système d'information labellisé niveau « avancé » par l'ASIP Santé intégrant des fonctionnalités supplémentaires utiles au fonctionnement d'une structure pluriprofessionnelle. Ces fonctionnalités sont précisées sur le site de l'ASIP Santé.</p>

ANNEXE 2 : La valorisation des indicateurs (57)

Catégorie	Libellé court	Valorisation	Justificatifs
Indicateurs relatifs à l'accès aux soins			
Socle et prérequis	Horaires d'ouverture et soins non programmés	<p>800 points fixes si couverture de l'intégralité de l'amplitude horaire ou si une dérogation a été accordée au regard des modalités d'organisation de la permanence des soins ambulatoire.</p> <p>Application à ce nombre de points d'une <u>minoration</u> si la structure n'est pas ouverte sur la totalité de l'amplitude horaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amplitude horaire d'ouverture entre 10h et 12h par jour en semaine et le samedi matin : <i>minoration de 60 points</i> - Amplitude horaire d'ouverture entre 8h et 10h par jour et le samedi matin : <i>minoration de 150 points</i> - Fermeture le samedi matin : <i>minoration de 120 points</i> - Fermeture maximum pendant 3 semaines pendant les congés scolaires dans l'année : <i>minoration de 20 points</i> 	Transmission de la copie de la charte d'engagement de la structure vis-à-vis des patients (modèle type joint dans l'annexe 4 de l'accord du 24 juillet 2017). Cette charte est affichée dans la structure.
Optionnel	Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés ou de pharmaciens ou de soins paramédicaux niveau 1.	250 points fixes	Transmission de la liste des professionnels de santé associés de la structure au 31 décembre de l'année avec pour chaque professionnel les informations suivantes : nom, prénom, numéro AM, numéro RPPS, profession ou spécialité médicale.
Optionnel	Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés ou de pharmaciens ou de soins paramédicaux niveau 2.	250 points fixes Ces points se cumulent avec ceux du niveau 1.	
Optionnel	Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure niveau 1.	250 points fixes	Transmission de la liste des professionnels ayant réalisé des vacations au sein de la structure au cours de l'année écoulée précisant pour chaque professionnel les informations suivantes : nom, prénom, numéro AM, numéro RPPS, profession médicale ou spécialité médicale, temps moyen hebdomadaire de présence au sein de la structure, intervention dans le cadre d'un CSTM ou non (production de la copie du CSTM).
Optionnel	Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure niveau 2.	250 points fixes Ces points se cumulent avec ceux du niveau 1.	
Optionnel	Accueil de médecins intervenant dans la structure dans le cadre d'un CSTM (contrat solidarité territoriale médecin)	200 points fixes	
Optionnel	Missions de santé publique	<p>350 points variables par mission réalisée dans l'année écoulée.</p> <p>2 missions peuvent être rémunérées au maximum.</p> <p>Une mission au plus peut être rémunérer pour chacun des thèmes retenus.</p>	La (ou les) mission(s) retenu(s) est (sont) précisée(s) dans une annexe au contrat de la structure précisant le contenu, les modalités de mise en œuvre de la mission ainsi que les justificatifs à transmettre.

ANNEXE 2 (suite) : La valorisation des indicateurs (57)

Catégorie	Libellé court	Valorisation	Justificatifs
Optionnel	Satisfaction des patients	100 points fixes.	Tout document permettant d'attester de la mise en place d'outils permettant d'évaluer la satisfaction et les besoins exprimés par les patients sur l'organisation et les services offerts par la structure et des adaptations réalisées au regard des besoins identifiés.
Indicateurs relatifs au travail en équipe			
Socle et prérequis	Fonction de coordination	700 points fixes + 1 350 points variables (par tranche de 4 000 patients) jusqu'à 8 000 patients + 1 000 points variables (par tranche de 4 000 patients) au-delà de 8 000 patients	Transmission des documents attestant de la mise en place d'une fonction de coordination assurée soit par des personnes exerçant au sein de la structure (y compris des professionnels de santé en exercice) ayant un temps identifié et dédié à cette fonction soit par du personnel recruté spécifiquement pour assurer cette fonction : contrat de travail, fiche de poste...
Socle	Protocoles pluriprofessionnels	100 points fixes par protocole. 8 protocoles peuvent être rémunérés au maximum.	Transmission à l'organisme d'assurance maladie des protocoles élaborés.
Socle	Concertation pluriprofessionnelle	1 000 points variables Si au moins 6 réunions par an et un nombre de dossiers étudiés correspondant à 5% des patients médecins traitants présentant une affection de longue durée ou âgés de plus de 75ans. La rémunération est proratisée au regard de ce taux d'atteinte.	Transmission par la structure du calendrier des réunions précisant pour chaque réunion le nombre de dossiers examinés. Les comptes rendus des réunions de concertations sont mis à disposition du service médical de l'assurance maladie à sa demande.
Optionnel	Formation des jeunes professionnels	450 points fixes	Transmission à l'organisme local d'assurance maladie de la photocopie des attestations de stages réalisés au sein de la structure ou de la photocopie des conventions de stages permettant d'identifier : - Le nom du stagiaire - La profession concernée par la formation - Les dates de réalisation du stage.
Optionnel	Coordination externe	200 points variables	Transmission de tout document attestant de la mise en place de ces procédures de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers : - Les professionnels de santé extérieurs à la structure, - Les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisations, - Les structures et services médico-sociaux. - Les intervenants sociaux.

ANNEXE 2 (suite) : La valorisation des indicateurs (57)

Catégorie	Libellé court	Valorisation	Justificatifs
Indicateurs relatifs au système d'information			
Socle et Prérequis	Système d'information niveau standard	500 points fixes + 200 points par professionnel de santé (au sens du code de santé publique) associés de la structure ou salariés pour les centres de santé (en équivalent temps plein) jusqu'à 16 professionnels, + 150 points par professionnel de santé au-delà de 16 professionnels.	Transmission de la copie des factures du logiciel, des bons de commande ou des contrats d'abonnement, de maintenance ou de location permettant de vérifier que le système d'information fait bien partie des logiciels labellisés par l'ASIP santé. Ces documents comportent la date d'acquisition de l'équipement.
Optionnel	Système d'information niveau avancé	100 points fixes	

ANNEXE 3 : Mails envoyés aux pharmaciens d'officines de Franche-Comté

Mail 1 :

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de sa thèse d'exercice, Camille BONVALOT, étudiante en 6^{ème} année de pharmacie, souhaiterait s'entretenir avec des pharmaciens d'officine exerçant en Franche-Comté au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle.

L'entretien, physique ou téléphonique, durera *maximum* 45 minutes. Il permettra de mieux comprendre le rôle et les missions d'un pharmacien d'officine dans ces maisons de santé pluriprofessionnelles.

En cliquant sur le lien suivant, vous pourrez accepter ou refuser de participer à ce travail de thèse <https://goo.gl/forms/BybGbL117jWkD2F11>

Camille se tient à votre disposition pour toute information complémentaire soit par mail soit par téléphone.

Je vous remercie par avance pour l'attention que vous porterez à ce mail.

Bien cordialement

Virginie NERICH

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Pôle Pharmaceutique

Mail 2 :

Madame, Monsieur,

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce mail et d'y avoir donné une suite favorable.

Je souhaiterais désormais convenir avec vous d'une date pour réaliser notre entretien. Pourriez-vous m'indiquer vos disponibilités.

Afin de faciliter cet échange, si vous en êtes d'accord, notre entretien sera enregistré sous réserve que le formulaire ci-joint soit signé. Cet enregistrement ne sera utilisé qu'à des fins de retranscription.

Respectueusement,

Camille BONVALOT

Mail 3 :

Madame, Monsieur,

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce mail. Je respecte votre décision.
Pour contribuer au travail de cette thèse, accepteriez-vous de me dire, en quelques mots, les raisons du refus de cet entretien ?

Respectueusement,

Camille BONVALOT

ANNEXE 4 : Trame pour les entretiens avec les pharmaciens des maisons de santé



Trame pour les entretiens avec les pharmaciens des maisons de santé

1. Données sociodémographiques relatives aux pharmaciens d'officine et sur la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)		
<i>Question principale</i>	<i>Approfondissement</i>	<i>Commentaires</i>
Description du pharmacien d'officine en quelques mots	Âge Sexe Situation maritale Nombre et âge des enfants D'autres membres de la famille dans le métier Distance entre la pharmacie et son domicile en km	
Situation démographique de l'officine et de la MSP	<u>Environnement :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Département d'exercice - Milieu rural, urbain ou semi-urbain ? - Nombre d'habitants dans ville/village - Distance entre la pharmacie et les autres PS de la MSP en km - Quels sont les PS exerçant au sein de la MSP ? - Quels sont les autres professions médicales/paramédicales exerçant autour de la MSP et qui n'en font pas partie ? - Adresse de la pharmacie identique ou déplacement du au projet de MSP 	
	<u>Pharmacie :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Composition du personnel de la pharmacie (Pharmacien, préparateur, rayonniste...) - Organisation de la pharmacie <ul style="list-style-type: none"> o Présence d'automate/robot → libération de temps pour activités à la MSP o Rôles spécifiques des pharmaciens/préparateurs dans la MSP 	
	<u>Activités :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Réalisation d'entretiens pharmaceutiques (AVK, asthme ou autres) - Réalisation de séances d'ETP individuelle ou collective <ul style="list-style-type: none"> o Si oui : dans le cadre de la MSP ? - Réalisation de bilan de médication partagé 	

ANNEXE 4 (suite) : Trame pour les entretiens avec les pharmaciens des maisons de santé

2. Parcours et expérience professionnelle		
<i>Question principale</i>	<i>Approfondissement</i>	<i>Commentaires</i>
Le parcours du titulaire pour devenir pharmacien	<ul style="list-style-type: none"> - Métier souhaité depuis le début des études - Lieu des études (ville, faculté) - Choix de la filière officine dès le début du cursus ? - Motivation externe par d'autres membres de la famille/amis pour devenir pharmacien - Date d'obtention du diplôme de docteur en pharmacie 	
Parcours professionnel après obtention de la thèse	<ul style="list-style-type: none"> - Lieu de travail (officine) identique pendant toute la durée de l'exercice - Titularisation : volontaire ou inattendu, ressenti... 	

ANNEXE 4 (suite) : Trame pour les entretiens avec les pharmaciens des maisons de santé

3. Connaissance de l'existence de ces MSP et intégration		
<i>Question principale</i>	<i>Approfondissement</i>	<i>Commentaires</i>
Avis sur les MSP en général et de celle où le pharmacien exerce	<ul style="list-style-type: none"> - Apport pour le patient de ce nouveau mode d'exercice (avantage/inconvénient) - Apport pour les PS de ce nouveau mode d'exercice (avantage/inconvénient) - Autres remarques 	
Statut juridique de la MSP	<ul style="list-style-type: none"> - Statut juridique de la MSP (SEL, SISA...) - Intégration au sein de la MSP ou simple invitation à la collaboration interprofessionnelle ? - Quel projet de santé avez-vous défini ? 	
Rôle du pharmacien au sein des MSP d'après le pharmacien d'officine	<ul style="list-style-type: none"> - Pensez-vous que le pharmacien joue un rôle au sein des MSP ? - Quel est son rôle et ces missions ? - Que peut apporter le pharmacien d'officine au sein d'équipe pluriprofessionnelle ? 	
Prise de connaissance de l'existence des MSP par le pharmacien et intégration au sein de la MSP	<ul style="list-style-type: none"> - Comment avez-vous pris connaissance de l'existence des MSP ? - Quels sont les acteurs qui vous ont contacté/sollicité ? Ou bien est-ce une démarche de votre part vers les autres PS ? 	
Crainces ou motivations du pharmacien d'officine pour intégrer la MSP	<ul style="list-style-type: none"> - Craintes du pharmacien avant d'intégrer ce type de structure - Motivations pour intégrer ces MSP (prise en charge du patient, financier, activité pluriprofessionnelle, motif personnel...) - Est-ce pour vous, une nouvelle facette du métier de pharmacien ? - Est-ce que ce type de structure apporte un plus pour accomplir toutes les missions du pharmacien d'officine (entretien, ETP, DMP) ? - Difficultés rencontrées pour travailler avec les autres PS 	
Organisation générale de la MSP	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les acteurs de la MSP ? - L'exercice pluriprofessionnel intervient sous quelle forme (réunion, échange par mail...) ? - Fréquence des rencontres entre les PS - Outils de communication entre les PS - Impact de la MSP sur l'organisation de l'officine - Quelle est l'implication de l'équipe officinale ? 	
Dimension financière	<ul style="list-style-type: none"> - Rémunération du pharmacien pour cette activité (forfait, subvention...), rémunération suffisante ? - Quelle est l'implication de l'ARS, du CNOP dans la MSP ? - Pensez-vous que la MSP puisse vous apporter un préjudice financier (chronophage, investissement de matériel...) ? - Pensez-vous qu'il puisse y avoir une reconnaissance et une meilleure rémunération ultérieurement ? 	

ANNEXE 4 (suite) : Trame pour les entretiens avec les pharmaciens des maisons de santé

Implication de la famille/entourage du pharmacien dans ce projet de MSP	<ul style="list-style-type: none"> - Participation de votre entourage dans ce projet - Discussion de ce projet avec la famille - Leurs réactions/opinions quand à ce projet - Répercussions de la MSP sur la vie familiale - Présence de soutien de la famille dans cette démarche 	
Le vécu et ressenti du pharmacien	<ul style="list-style-type: none"> - Regret de cette démarche au sein de la MSP - Aspects du métier de pharmacien qui manquent au pharmacien - Evaluation de sa qualité de vie - Présence d'une différence entre avant et après MSP ? 	

4. Après ce bilan		
<i>Question principale</i>	<i>Approfondissement</i>	<i>Commentaires</i>
Envisagement de la suite	<ul style="list-style-type: none"> - Pensez-vous à une amélioration du système ou un retour en arrière ? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si amélioration : quoi faire ? ▪ Si retour en arrière : pourquoi ? - Avez-vous de nouveaux objectifs à l'esprit ? 	
Avis sur l'organisation de la MSP	<ul style="list-style-type: none"> - Pensez-vous à des améliorations possibles sur l'organisation et le fonctionnement de la MSP ? 	
Préparation à cette activité par la formation universitaire	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les améliorations possibles dans la formation des futurs pharmaciens pour davantage les préparer à ce type d'exercice ? 	

5. Vision du pharmacien par rapport à la prise en charge globale du patient		
<i>Question principale</i>	<i>Approfondissement</i>	<i>Commentaires</i>
Avis sur cette nouvelle approche dans la prise en charge du patient	<ul style="list-style-type: none"> - Y-a-t-il un bénéfice de cette collaboration pour le patient ? - Le patient connaît-il cette collaboration entre les PS par le patient - Exemple d'un patient pour qui cette pluridisciplinarité a été bénéfique ? 	

6. Question bonus	
<i>Question principale</i>	<i>Commentaires</i>
Imaginez que vous avez un pharmacien face à vous, qu'est-ce que vous lui diriez pour le convaincre d'entrer dans cette démarche ?	
Pourquoi avez-vous accepté de me rencontrer ?	

ANNEXE 5 : Entretien avec le pharmacien Dr M le 21 aout 2018

Pharmacien (Ph) : Pharmacie X, bonjour.

Moi : Oui bonjour, je cherche à joindre Mr M s'il vous plait.

Ph : Oui c'est moi.

Moi : Bonjour monsieur, Camille BONVALOT, je me permets de vous rappeler suite au mail que nous avons échangé concernant la thèse.

Ph : Oui...

Moi : Je vous ai demandé de me recontacter... Du coup vous ne vouliez pas faire cet entretien ?

Ph : C'est vrai que moi je suis tout seul et je n'ai pas trop le temps mais si cela ne dure pas trop longtemps... Eh bien dites-moi ce que vous voulez savoir ?

Moi : Après c'est comme vous voulez ? Sinon on peut refixer une date ou un moment...

Ph : Ben non, c'est pour cela que je vous ai dit maintenant car après la semaine prochaine enfin la fin de semaine je vais être de garde donc il ne faut pas monopoliser le téléphone si jamais je suis appelé et demain c'est vrai que je vais en maison de retraite faire des piluliers donc je ne serais pas joignable du tout entre midi et deux, c'est pour cela que je vous ai dit soit hier soit aujourd'hui.

Moi : Entendu... Donc là je peux vous poser quelque question du coup ?

Ph : Oui oui...

Moi : Je vais faire le plus rapidement possible.

Ph : D'accord.

Moi : Alors moi je voulais vous demander plusieurs choses. Cet entretien s'articule en plusieurs axes. Dans un premier temps, j'aurais voulu que vous vous décriviez en quelques mots ?

Ph : ...

Moi : C'est vraiment pour savoir, pour avoir une vue d'ensemble sur votre expérience. Comment vous avez accédé à cet exercice dans les maisons pluriprofessionnelles ?

Ph : Donc moi j'ai repris la pharmacie y a pas longtemps, cela fait deux ans et demi que je suis installé. Donc j'ai repris la pharmacie et donc en fait, c'était l'ancienne titulaire qui avait fait les démarches, avec les médecins tout ça... C'est pour une maison de santé qui s'est créée au village de Y. Donc c'est plutôt elle qui a fait tout au début, il y avait des réunions et compagnie. Moi je n'ai assisté à rien car je n'étais pas encore là... Ben c'est vrai, quand je suis arrivé, elle m'a dit : « Ben voilà, il y a une maison de santé à Y avec des réunions de formation de temps en temps voilà tout ça » ...

Moi : Et ces réunions, vous les faites encore aujourd'hui ?

Ph : Ben moi j'ai arrêté, c'est toujours le soir... et pis ben vu que je suis tout seul, le soir je préfère rentrer, avoir du temps pour moi, s'il faut encore que j'aille faire une demi-heure de route pour aller à la maison de santé faire une formation, passer deux heures là-bas, voilà je perds ma soirée donc voilà.

Moi : Oui je comprends, il n'y a pas de soucis. Non mais c'est intéressant de savoir un peu les expériences de chacun en fait.

Ph : Ben c'est ce que je me disais aussi, la maison de santé elle est à Y, c'est à une demi-heure de la pharmacie grossomodo donc euh... Voilà pour moi c'est pourquoi ils ont fait la maison médicale là-bas ? C'est un peu étonnant car c'est isolé de tout et voilà... Ce n'est pas comme s'ils avaient cette maison médicale à Z, cela faisait 10-15 minutes, là cela aurait été bien placé pour les gens je trouve. Parce que là de toute façon s'ils ont rendez-vous à Y, je le vois bien...

Je regardais là, justement avant l'entretien j'allais regarder sur le mois de juin le nombre d'ordonnance que j'ai eu émanant de Y. Eh bien cela fait vingt. Une vingtaine d'ordonnances qui viennent de Y. Cela veut dire... je pense que les gens, cela m'étonnerai qu'il ait peu de patient chez eux mais bon je pense qu'ils vont surement ailleurs.

Moi : Oui mais après si vous dites que c'est long, c'est un petit peu normal non ?

Ph : Ah ben oui

Moi : Et puis vous, vous avez une maison de santé qui est plus proche d'où vous travailler ?

Ph : Oui ben là c'est le docteur X qui a fait son cabinet, elle regroupe plusieurs professionnels. Là il y a un 2^{ème} médecin qui s'est installé. Euh... elle a aussi des nutritionnistes qui viennent, des psychologues. De temps en temps, elle loue des salles pour des professionnels à la journée. Il y a aussi une sage-femme qui s'est installée là aussi. Et kiné et infirmières qui font une permanence deux jours par semaine aussi. Et là, c'est beaucoup plus près, c'est à une dizaine de minutes.

Moi : Et puis là du coup ils vous ont invité ou pas à participer à celle-ci ?

Ph : Ah ben de toute façon, on est tous dans la même en fait...

Moi : D'accord...

Ph : Ben en fait, c'est regroupé, c'est la pharmacie, la maison de Z, la maison de Y, avec le médecin de X et les infirmières.

Moi : D'accord, en fait c'est une maison de santé mais vous n'êtes pas tous au même endroit. Vous êtes relié en SISA ?

Ph : Oui, oui ... c'est ça, c'est en pôle santé, c'est comme une association.

Moi : Et donc la pharmacie fait bien partie de cette structure juridique ? Association ?

Ph : C'est plus une association.

Moi : Oui donc vous n'avez pas d'obligation...

Ph : Ah non, non du tout !

Moi : Et du coup vous allez plutôt vous penchez sur celle-ci ?

Ph : Ben en fait, de temps en temps, elles vont faire également des réunions là-bas.

Moi : D'accord ...

Ph : La dernière que j'avais faite, c'était sur les addictions donc à l'alcool tout cela... c'était essentiellement sur l'alcool, le sevrage alcoolique. J'avais assisté à ses réunions là.

Moi : Et du coup, vous faites que des réunions où vous parlez aussi des patients ?

Ph : Ah non, non ... ce n'est que des réunions de formation. Après je n'en sais rien, peut-être qu'elles, entre médecins, elles le font... mais pas avec les autres professionnels.

Moi : D'accord, donc vous ne discutez pas de cas de patient compliqué ?

Ph : Non.

Moi : Non du tout jamais.

Ph : Non.

Moi : Et vous du coup, vous avez fait vos études où ?

Ph : Moi, à Lille.

Moi : Vous avez toujours voulu faire pharmacien ?

Ph : Oui je l'ai vraiment fait pour être installé, être à mon compte. Après quand j'ai eu l'opportunité de m'installer ici, ben je me suis dit : pourquoi pas ? C'est une pharmacie où je

suis tout seul, je suis tranquille tout seul. Bon après, cela à des avantages et des inconvénients aussi mais bon...

Moi : Et avant de vous installer, vous avez travaillé dans d'autres officines ?

Ph : Ben avant, j'ai travaillé à la pharmacie de A pendant 5 ans.

Moi : Et puis c'est la seule pharmacie et après vous vous êtes installé ?

Ph : Voilà.

Moi : Alors...

Ph : Quand j'étais à la pharmacie de A, il y avait une maison médicale à A avec des réunions qui se sont faites avec la dame de l'ARS. Et par contre, là-bas, c'est tombé à l'eau ce projet...

Moi : Il faudrait que je... Je n'ai pas eu encore toute les réponses, il faut que je relance les pharmaciens en septembre parce qu'avec les vacances tout ça... Mais c'est intéressant d'avoir des expériences comme ça pour voir les points positifs, les points négatifs...

Ph : On y était allé, il y avait une réunion. Le titulaire m'a dit « si tu veux venir, on y va, on ne sait pas ce que ça va donner mais on y va ». Donc on y est allé. Donc à peu près le même jour, ils parlaient de plusieurs thèmes, ils devaient choisir des thèmes pour s'impliquer, faire de la formation tout ça... Et d'après ce qu'il m'a dit, c'est tombé à l'eau...

Moi : D'accord... Parce que d'une maison de santé à l'autre c'est vraiment différent. Enfin, je vois vers celle où je suis, ils parlent beaucoup de cas de patients qui leurs posent problème en faites. Ce n'est pas vraiment de la formation, c'est plus...

Ph : Ah oui...

Moi : Ça travaille autrement... Et pis vous, vous pensez quoi du rôle du pharmacien au sein de ces structures ?

Ph : Ben... Euh... Pas grand-chose. Parce que Euh... Là, je n'en pense rien... Après pour faire des formations comme ça, c'est bien d'avoir des informations en plus mais après au niveau du rôle... Si j'aurais un rôle s'il y a ce genre de concertations, des concertations sur les patients. Sinon là, je ne sers pas à grand-chose.

Moi : Si vous vous voyez que pour faire les formations, cela n'a pas grand intérêt ? Mais par contre s'il y avait cette histoire d'avoir un avis sur les traitements, sur l'ordonnance, on aurait vraiment un rôle important en tant que pharmacien ?

Ph : Oui, oui, oui... sur l'observance tout ça etc.

Moi : Et ça irait en complément de ce qu'on fait actuellement ou pas avec les DMP, DP, entretiens ...

Ph : Voilà...

Moi : Et puis, dans le cadre de discussions de cas de patient, est-ce que vous seriez près à réintégrer ces maisons de santé ?

Ph : Oui, ce ne se serait pas mal...

Moi : Cela vous plairait ?

Ph : Oui

Moi : Et il y a des choses qui vous font peur ? Avec les autres professionnels de santé ?

Ph : Euh... ben non je ne pense pas... Qu'est-ce que vous entendez par ce qui pourrait me faire peur ?

Moi : Ben par exemple, de parler avec d'autres professionnels, de ne pas s'entendre ? Autres choses ?

Ph : Ben non... On s'entend relativement bien...

Moi : Quelque chose de supériorité ou pas ?

Ph : Ah non, ça il n'y a pas du tout...

Moi : Et puis, quand vous étiez dans la maison de santé, quand vous avez acheté, il y avait un système de financement ou pas ?

Ph : Euh ben euh.... Cela a été entièrement financé par l'ARS. A Y, tout a été financé par l'ARS. Après à X, le cabinet du Dr X, elle, c'est à titre privé.

Moi : D'accord... Donc du coup, pour vous, il n'y a aucune rémunération ?

Ph : Ah oui moi non rien du tout... C'est du bénévolat.

Moi : Et vous pensez qu'un jour cette activité, elle va pouvoir être rémunérer par rapport à ce qu'on peut faire ?

Ph : Euh.... Ben là je ne pense pas. Non parce que de toute façon, l'ARS donne une enveloppe pour les formations pour faire venir des intervenants mais pas plus.

Moi : Pas pour le reste ?

Ph : Non parce qu'on avait vu les comptes, quand j'étais allé à la dernière assemblée générale, on parlait des comptes tout ça... Ce qu'il y avait sur le compte de l'association mais non après non pas grand-chose... Le budget leur a servi essentiellement à acheter du matériel, du matériel pour le cabinet.

Moi : D'accord, ok... J'ai une dernière question et après je vous laisse tranquille : si vous avez un pharmacien en face de vous, qu'est-ce que vous lui diriez pour le convaincre de faire cette démarche ou pas ?

Ph : Euh... Ça c'est une bonne question...

Moi : Est-ce que pour vous c'est une bonne chose ou est-ce que ... ?

Ph : Oui ça pourrait être une bonne chose après cela permet au moins de connaître aussi les autres professionnels de santé, de connaître les médecins si jamais comme ça on a besoin de les contacter, on a mis un visage sur le nom, on sait qui est la personne, voilà ça c'est bien.

Moi : Ça c'est une chose utile pour vous ? Et puis est ce que dans l'approche au niveau des patients, est-ce que vous pensez que ça pourrait être un bénéfice pour eux ?

Ph : Oui !

Moi : Oui clairement. Vous pensez que ça peut leur apporter quoi ?

Ph : Ben plus de coordination oui, ben quand on voit des patients qui ne prennent pas forcément leurs traitements, qui disent « ben ça je ne le prends pas, je n'ai pas envie de le prendre, ça non plus ». Ben c'est vrai, là j'ai un patient qui vient avec l'ordonnance et qui prend les médicaments et qui me dit « je ne les prends pas les médicaments ». C'est compliqué...

Moi : C'est compliqué au niveau de l'observance...

Ph : Ah oui, oui... Et quand on voit les promis, on se dit des fois... Oufff... Des choses qui restent là pendant deux mois, ce n'est pas de l'urgence. Quand on voit qu'il reste des antibiotiques, c'est qu'ils ne sont pas allés au bout du traitement. Sans dire de fliqué... mais au moins ça permettrait que le médecin soit au courant que le patient ne prend pas tout les traitements...

Moi : et dans discuter... En tout cas, je vous remercie beaucoup.

Ph : Ben de rien.

Moi : Est-ce que ça vous intéresse que je vous envoie la thèse une fois terminée ?

Ph : Oui, oui par mail... Comme ça je regarde quand je peux.

Moi : Pas de soucis, de toute façon, elle ne sera pas finie avant l'année prochaine. En tout cas je vous remercie beaucoup et je vous souhaite une bonne journée.

Ph : Bonne journée à vous aussi. Au revoir.

Moi : Au revoir

ANNEXE 6 : Entretien avec le pharmacien Dr O le 10 octobre 2018

Ph : Allo ?

Moi : Mr O ?

Ph : Oui.

Moi : Oui, bonjour, C'est Camille BONVALOT.

Ph : Oui Bonjour, je pense que ça va être bon cette fois ci ?

Moi : J'espère (rire)...

Ph : Je pense aussi oui !

Moi : Il n'y a pas de raison normalement, on va y arriver. Je me plis aux exigences, j'ai déjà très peu de pharmaciens...

Ph : Oui c'est vrai ? Ils ne sont pas très loquaces ? Mais vous chercher des pharmaciens qui exercent vers des maisons de santé ?

Moi : Oui

Ph : Cela ne court pas les rues... Il n'y en a pas tant que ça, si ? Et en Bourgogne-Franche-Comte ?

Moi : Non c'est uniquement en Franche-Comté car ma thèse s'articule uniquement en Franche-Comté en fait.

Ph : Ah d'accord.

Moi : Oui c'est pour cela que je suis bloquée, il a fallu restreindre le périmètre.

Ph : D'accord.

Moi : L'entretien n'est pas du coup pour vous « fliquer » ou quoique ce soit mais c'est pour chercher des données qui puissent influencer le fait que les pharmaciens adhèrent à ce genre de structure ou pas. C'est vrai que des fois je vais vous demander des choses personnelles mais il ne faut pas que vous le preniez...

Ph : Non, non ... ça ne me gêne pas... Je suis prêt à tout !

Moi : Vous êtes prêt à tout ? Parfait alors ! Est-ce que vous pourriez vous décrire en quelques mots ?

Ph : Ou... Ah oui....

Moi : Est-ce que je peux vous demander votre âge par exemple ?

Ph : Ah oui c'est ça me décrire.... Alors j'ai 58 ans.

Moi : Est-ce que vous avez des enfants ? Vous êtes marié ?

Ph : Marié, deux enfants.

Moi : D'accord. Est-ce que vous avez d'autres membres de votre famille qui sont dans le métier ou professionnels de santé ?

Ph : Oui mon épouse qui est pharmacien biologiste mais qui n'exerce plus.

Moi : Ok

Ph : Mais elle est diplômée...

Moi : Vous habitez loin de votre pharmacie du coup ?

Ph : Non, non ... j'habite à 800m donc ce qui me permet d'y aller en vélo matin, midi, soir donc c'est bien.

Moi : C'est plutôt du positif du coup ?

Ph : Ah oui ça c'est bien ! C'est l'avantage d'être sur place. Mais il y a d'autres inconvénients (rire) !

Moi : C'est vrai ?

Ph : Oui on ne sort pas de la pharmacie, on croise les gens qu'on voit. Quand on se pointe dans le village, on voit les mêmes personnes qu'au travail.

Moi : Votre village, est ce que vous pouvez me le décrire ? Il y a beaucoup d'habitants ? C'est rural...

Ph : Il y a environ 1500 habitants. C'est plutôt rural... après c'est proche de Montbéliard, Sochaux donc disons que c'est du semi-rural mais rural. Les gens qui travaillent dans le village, il y en a très peu, ils vont tous travailler en ville à côté.

Moi : D'accord ok, parce qu'il n'y a pas beaucoup de commerce ?

Ph : Si ! Il y a une épicerie, une boulangerie, un restaurant, un bar et la maison de santé qui n'est pas un commerce. Puis le reste, c'est des petits commerces.

Moi : Et la distance entre la pharmacie et les autres professionnels de santé ? Vous êtes tous au sein du même bâtiment ?

Ph : Ah oui... on est plus... la distance c'est 20cm.

Moi : Ah oui, vous êtes vraiment... Vous avez reconstruit un nouveau bâtiment ?

Ph : C'était un seul bâtiment et... Oui, oui ... on est mitoyen, les murs sont communs.

Moi : D'accord, et il y a d'autres professionnels qui n'exercent pas dans la maison de santé et qui exercent autour ?

Ph : Dans le village, non.

Moi : Vous êtes tous regroupés au sein de la maison de santé ?

Ph : Oui on est tous regroupés.

Moi : Et il y a qui d'autres, comme professionnels de santé au sein de la maison de santé ?

Ph : Alors, il y a trois médecins généralistes, un dentiste, une sage-femme qui vient un jour par semaine, deux infirmiers, une pédicure-podologue, un kiné, un infirmier de santé publique, je ne sais pas si vous connaissez ?

Moi : Non cela ne me dit rien...

Ph : Ben il fait de l'éducation thérapeutique... Il suppléante un peu les médecins... Il est rémunéré par je ne sais pas qui... C'est fonction du nombre de médecins dans la structure, ils ont droit à un certain temps, je crois que c'est assez récent. Donc il fait des actions anti-tabac, il pose des tensiomètres à demeure, sur 24h... mais il n'est pas à temps plein lui. Il y a aussi une ostéopathe qui occupe un cabinet quand il est libre, elle ne vient pas souvent. Qui j'ai oublié ?

Moi : Ah il y a quand même du monde ?

Ph : Oui, oui il y a du monde... Ah oui il y a aussi une pharmacienne, alors elle, elle fait de l'éducation thérapeutique.

Moi : Elle fait uniquement ça ?

Ph : Oui elle est un peu spécialisée dans ce qui est... diététique et huiles essentielles etc.

Moi : Mais elle ne rentre pas dans le cadre de votre officine ?

Ph : Non pas du tout.

Moi : Chaque structure est différente, c'est impressionnant !

Ph : Donc on est dans le même local sauf moi qui suis indépendant. La loi nous impose d'être indépendant, de ne pas avoir une porte commune. Mais tous les autres sauf la kiné ont un hall commun avec des portes qui desservent les différents professionnels.

Moi : Et votre pharmacie a toujours été situé ici ?

Ph : Euh non, car la maison de santé, elle-même a environ 7 ans. Et puis avant j'étais là, mais dans le local derrière qui a été réaménager pour agrandir la maison de santé. Donc ça été remanié... Mon ancienne pharmacie est au même endroit mais on a bougé de place... C'est la même adresse. Je n'ai quasiment pas bougé mais je ne suis plus dans les mêmes locaux.

Moi : Je visualise bien la chose.

Ph : Imaginez un ancien bâtiment qui a été réaménagé, ré-agrandit pour faire une structure plus grande.

Moi : C'est un beau projet. Et puis au niveau de la pharmacie en elle-même, vous êtes combien en personnel ?

Ph : Alors, je suis le seul pharmacien et il y a deux préparatrices, une à temps plein et l'autre à 28h.

Moi : Vous vous organisez comment dans votre pharmacie ? Il y a un robot ??

Ph : Ah non, non... C'est une pharmacie... basique. Enfin basique ?

Moi : On va dire un fonctionnement normal sans grande technologie...

Ph : Enfin on a quand même l'informatique (rire) mais au niveau stockage, on a des étagères.

Moi : Les préparateurs ont un rôle dans la maison de santé ? Ou il n'y a que vous qui avez un rôle ?

Ph : Euh... les préparatrices n'ont pas vraiment de rôle.... Bon quand on fait les réunions pluridisciplinaires, c'est-à-dire quand on se réunit, on prend un thème, un professionnel de santé qui parle d'un sujet. Par exemple, récemment, un médecin est venu et a parlé de la vaccination, des nouveaux calendriers pour tout le monde, tous les professionnels sont là. Après le dentiste a parlé de la prévention des problèmes de déchaussement de dent.

Moi : Et ces thèmes-là sont prévus à l'avance ou c'est décidé « sur le tas » ?

Ph : Ah non, non... c'est prévu, on choisit un thème et on a le temps, de faire un petit topo, de faire des projections... Par exemple, nous la pharmacie, la dernière fois, on a fait sur le problème du surdosage du doliprane.

Moi : Vous vous donnez rendez-vous tous les combien en réunions pluridisciplinaires ?

Ph : C'est environ une par trimestre, 3-4 par an.

Moi : Ah pas plus que ça ?

Ph : Sur ces grands thèmes sinon si on a besoin, on communique facilement avec les médecins, ils sont à côté. Ça permet... On peut toujours appeler un médecin vous allez me dire, mais là c'est plus facile parce que on se connaît.

Moi : Vous ne discutez jamais de cas de patient en réunion ?

Ph : En réunion, non ? Non, non ... apparemment, je pense que les médecins n'y tiennent pas trop. Si sauf, peut-être par téléphone, quand il y a un peu de confidentialité. Sinon dans les réunions pluridisciplinaires, on ne parle pas de cas particuliers. On cite des cas mais on ne cite pas de noms. Par exemple, si je reviens au DOLIPRANE[®], quand on sait qu'il y a quelqu'un qui prend trop de paracétamol-codéiné, voilà il prend du paracétamol-codéiné car il est accro à la codéine donc il se surdose au paracétamol, c'est quand même idiot ! Mais les médecins comprennent tout de suite de qui on parle.

Moi : Est-ce qu'au sein de votre pharmacie, vous réalisez les entretiens pharmaceutiques (asthme, AVK, AOD) ?

Ph : Euh... Je ne vous cache pas que... Bon j'ai fait les formations mais je n'ai pas fait d'entretiens du tout.

Moi : Ce n'est pas un problème, c'est juste pour avoir des informations.

Ph : Je n'ai eu aucune demande des patients car ils ont eu un courrier à une époque... Bon après je suis seul...

Moi : Oui c'est compliqué à gérer quand on est seul pharmacien...

Ph : Ça prend du temps....

Moi : Oui c'est long... Il faut être là en cas de problème. Donc pas d'éducation thérapeutique du patient non plus ?

Ph : Euh.... Non.

Moi : Et plus récemment, les bilans de médicaments ?

Ph : Ah non ça c'est trop frais ! Je suis en train de faire une formation en DPC là-dessus. Et non je n'en ai pas encore fait.

Moi : Ça viendra... En pluriprofessionnel, ça doit être très intéressant en plus.

Ph : Pardon ?

Moi : Pour récupérer les informations en pluriprofessionnels, ça doit être très intéressant...

Ph : Oui je pense que ce n'est pas mal.

Moi : D'accord. Puis je vais revenir un petit peu sur votre parcours et votre expérience professionnelle. Pouvez-vous me décrire votre parcours pour devenir pharmacien ?

Ph : Alors c'est-à-dire ? Depuis quand ?

Moi : Ben par exemple est ce que vous avez toujours eu envie de faire ce métier par exemple ?

Ph : Euh Non ! C'était une opportunité, à l'époque, sa remonte quand même dans les années... avant 1980. Ce n'est pas d'aujourd'hui ! Ça fait plus de 40-45ans. Ouais ben je pense que j'ai été influencé.... Moi je voulais être prof de physique pour rien vous cacher et puis j'ai eu mes parents qui étaient prof aussi. Ils m'ont dit « oulala ne fait pas ça ! », fait un travail plus rémunérateur etc. Et puis je ne voulais pas être médecin, je ne voulais pas, ça c'est un truc que je n'aurais jamais fait. Et donc je me suis orienté comme ça vers la pharmacie.

Moi : Bon et vous ne regrettez pas du coup ?

Ph : Ah ben non ! Une fois que s'est fait ! Euh non, non, non, non... Je ne regrette pas, ça dépend il y a toujours des hauts et des bas dans le métier. Quand on a un petit problème, on se dit « ouille, je n'aurais pas dû » et pis quand ça va mieux, on n'y pense plus !

Moi : Et vous avez fait vos études où ?

Ph : A Besançon.

Moi : Et du coup, quand vous vous êtes orienté en pharmacie, vous avez tout de suite voulu faire officine ?

Ph : Oui, oui ! Et pis, il fallait repasser l'internat et j'en avais assez aussi, je n'avais pas trop envie de travailler (rire)...

Moi : Je comprends... J'aurais aussi du mal à m'y remettre ... Et du coup, vous avez obtenu votre diplôme de pharmacie en quelle année ?

Ph : En 1986 pour docteur en pharmacie.

Moi : Puis vous avez soutenu votre thèse dans la même année ?

Ph : Euh ouais je crois...

Moi : Ne vous inquiétez pas je n'irai pas vérifier...

Ph : Vous pouvez (rire)...

Moi : Et depuis que vous êtes diplômé, vous avez toujours travaillé dans la même officine ?

Ph : Alors non, j'ai commencé par faire des remplacements en Franche-Comté. Pendant mes études, quand j'avais validé ma 5^{ème} année à l'époque, on pouvait remplacer les pharmaciens. Donc j'ai remplacé en Franche-Comté, pas très loin de chez mes parents, autour de Y. Après je suis parti deux ans à Z en Haute-Savoie, c'est une station de ski. Et après j'ai obtenu une création à X. Et ça fait 30 ans que j'y suis.

Moi : Et vous êtes content d'être titulaire ? C'était vraiment ce que vous vouliez ?

Ph : Ben oui et non... Au début oui et maintenant, je sens une certaine pesanteur. Je pense que c'est plus compliqué...

Moi : Vous en avez presque « marre » ?

Ph : Ouais, c'est presque le juste mot. Ouais non je trouve que j'ai déjà fait pas mal de choses...

Moi : Et sans indiscrétion, il vous reste encore beaucoup d'année à travailler ?

Ph : Et ben si on va jusqu'à 67 ans, ce que je ne ferais pas ! En aucun cas ! J'ai 58 ans donc encore 9 ans.... Ce n'est pas possible, je ne les ferais pas.

Moi : Une fois cette pharmacie acquise, pour arriver au projet de maison de santé, comment cela s'est passé ?

Ph : Alors j'ai un peu subi le truc parce que... Je n'y suis pour pas grand-chose, j'ai pris le train en marche. Les médecins qui étaient... Au départ, il y avait un seul médecin qui s'est associé avec un autre médecin. Et ici, on avait un maire qui était assez tonique. Donc les médecins et le maire ont proposé de créer une structure. Et puis voilà, je me suis accroché au wagon.

Moi : Et vous cela ne vous bottait pas plus que ça ? Au début ? Et puis même maintenant ?

Ph : Ben je me dis que.... Maintenant oui, on se rend compte que les médecins préfèrent travailler ensemble que seul, ça permet d'avoir des médecins, des prescripteurs, c'est déjà énorme, c'est essentiel. Et voilà... Et moi je n'étais pas mécontent. Bon après l'acquisition des locaux, des anciens locaux et les nouveaux... Bon ça c'est un autre problème, ça ne s'est pas très bien passé avec la mairie donc... bon ça c'est un détail ! (rire)

Moi : Et je ne vous ai pas demandé, mais vous êtes organisé comment ? En maison de santé ? En SISA ?

Ph : Moi je ne suis pas inclus, par contre les médecins entre eux, le sont. Par contre les autres professionnels de santé je ne suis pas sûr... Par contre moi non je suis complètement indépendant. Je suis à côté. On n'a aucune structure administrative commune ou quoique ce soit.

Moi : Qu'est-ce que vous pensez de ces maisons de santé de manière générale ? Par forcément que de la vôtre... Mais aussi de la vôtre après ?

Ph : Ben les maisons de santé, je pense que c'est super bien pour les pharmacies qui sont à côté. Pour les pharmacies, quand les médecins se réunissent dans une maison de santé et désertent un secteur c'est moins drôle. Bon les médecins qui sont venus, il y en a un qui est d'origine, qui était là avant moi (33 ans) et les deux autres sont arrivés, il y a une quinzaine d'années et l'autre, il y a sept ans. Donc ils sont arrivés, ils n'avaient pas de cabinet avant. Bon oui évidemment, la maison de santé, je ne vais pas cracher dans la soupe, heureusement que j'ai des médecins prescripteurs. Par contre la maison de santé pour les médecins, ce n'est pas mal, cela leur permet de travailler en équipe et à temps partiel. J'ai trois médecins mais je n'ai pas

trois temps plein si vous voulez. Je pense qu'il y a environ, un temps plein et demi. Oui guère plus car ils font tous des mi-temps. C'est très bien et je pense que les médecins apprécient énormément. Pour se faire remplacer, il n'y a pas de problème.

Moi : Pour vous, quel peut être le rôle du pharmacien au sein de ses structures ?

Ph : Mon rôle ?

Moi : Le rôle du pharmacien, qu'est-ce qu'il peut apporter ? Quelles sont ces missions ? Quels bénéfices ? Ou pas ?

Ph : Ben déjà, puisqu'on est proche des médecins, on les connaît personnellement, il y a une approche beaucoup plus facile. Après c'est vrai que, ce n'est pas... Disons que l'on reste un peu distant. Je ne sais pas quoi dire... Après ce que j'apporte aux médecins ? Bon à part les coups de fils habituellement, quand il y a un petit problème d'ordonnance, quand on a un doute... Et puis ces fameuses réunions pluridisciplinaires... Je ne vois pas trop ce que cela apporte de plus... Après je ne sais pas comment font les autres, j'aimerais contacter des autres mais je ne sais pas...

Moi : Ben oui après, je me renseigne vraiment car je me rends compte que d'une maison de santé à l'autre, il n'y a personne qui ne fonctionne pareil. Il n'y a pas de lois donc chacun fait comme il veut donc c'est vrai que c'est intéressant d'avoir tous les avis.

Ph : Ben nous on reste assez indépendant l'un de l'autre. Bon pis on craint... Je ne veux pas qu'il se sente obligé de quoique ce soit. Mais je ne veux pas dire... mais on n'est pas copain dans la vie, en dehors du boulot, chacun est 100% libre. Cela n'influence pas... Enfin je ne sais pas quoi penser en fait ! Pour moi je pense que ça n'a pas changé beaucoup... Je suis déjà un vieux de la vieille donc les habitudes. Après un jeune pharmacien, il sera peut-être plus avenant, proche...

Moi : Ne vous inquiétez pas, il n'y a pas de bonne ou mauvaise chose...

Ph : Non je ne suis pas inquiet mais je me dis, que peut-être il y en a d'autres qui communiquent, qu'ils font d'autres choses ?

Moi : Après il n'y a pas de consensus, il y a peut-être un leader pour motivé ? C'est vraiment structure dépendante. Et puis est-ce que vous avez des craintes avant d'intégrer ce type de structure ?

Ph : Ah non aucune ! Car comme je vous le disait, cela n'a pas changé grand-chose. Ben non au contraire, je me suis retrouvé mieux placé, dans des locaux tout neufs et beau. Non, non rien.

Moi : Donc la motivation, c'était de vous retrouver dans des nouveaux locaux, beaux ?

Ph : C'était que je me suis dit... Non mes locaux étaient bien aussi mais je me suis dit allons-y ! Mais, au niveau administratif, cela n'a absolument rien changé. Pour moi, il y a juste une maison de santé à côté et on se voit de temps en temps. J'étais assez neutre en fait.

Moi : Est-ce que vous rencontrez des difficultés à travailler avec les autres professionnels de santé ? Aucune peur pour communiquer avec eux ?

Ph : Ben bon ben des fois on n'aime pas les déranger pour un oui ou pour un non même si ça paraît évident... Non, non je ne crains pas...

Moi : Vous me dites que vous les appelez, est ce que vous avez un autre mode de communication à part le téléphone ? Vous avez des logiciels en commun ?

Ph : Non rien de tout ça... Il y a la boîte aux lettres. Des fois, il me laisse des ordonnances dedans...

Moi : Avez-vous reçu des financements, des aides de l'ARS ?

Ph : Non car je suis indépendant.

Moi : Et vous avez pensé à vous lier avec eux, en société, pour avoir ces aides ?

Ph : Ben je n'y ai même pas pensé... C'est vrai... Mais je pense que je souhaitais être et rester indépendant. J'avoue qu'au départ, on n'y pensait même pas à bénéficier d'aides. Quand ça été fait, je pense que les aides de l'ARS n'existaient pas.

Moi : Comment votre famille vous a accompagné dans votre projet ?

Ph : Quoi dire.... Non mais personne n'y a vu d'inconvénient. C'était une opportunité...

Moi : Ils vous ont soutenus ?

Ph : Ah oui complètement !

Moi : Comment évaluer vous votre qualité de vie aujourd'hui ? Est-ce qu'il y a un avant/après maison de santé ?

Ph : Euh... non. La qualité de vie.... Je ne veux pas décourager les jeunes diplômés, on est pris du lundi matin au samedi midi, tous les jours, toute l'année, il faut se faire remplacer.

Moi : Après avoir fait ce bilan, comment envisager vous la suite ?

Ph :

Moi : Après avoir discuté, pensez-vous à d'autres choses ?

Ph : Autres choses ?

Moi : En relation pluridisciplinaire ? Améliorer le système ? Ou rester comme vous êtes ? Ou arrêter ?

Ph : Améliorer le système.... Je ne sais pas... Moi je trouve que ça ne roule pas mal ! Moi je ne vois pas ce que je peux faire... Après est-ce que je ne souhaite pas vraiment non plus ? ... Ouais non je ne vois pas trop....

Moi : Est-ce que vous pensez que l'organisation de la maison de santé pourrait être amélioré ?

Ph : Ben je trouve que.... De l'organisation de la maison de santé en générale ?

Moi : Oui.

Ph : Après ça c'est plus... Ben je suis plus à côté.... La façon d'exercer des médecins ? Mais ça c'est leurs problèmes (rire).

Moi : Non, non (rire), je suis plus dans le pluriprofessionnel.

Ph : Ce n'est pas une critique, c'est une constatation mais c'est vrai que maintenant les médecins, c'est comme tout le monde, c'est normal, ils privilégient plus leur temps libre, leur activité. On ne voit plus les médecins qui... aujourd'hui, ils ont plus tendance à travailler sur rdv. Le rendez-vous, c'est moins de consultation mais après faut voir si c'est bien comme ça. Mais moi je ne peux rien apporter, je ne peux rien améliorer. Je suis dans mon petit coin. Au risque de vous décevoir...

Moi : Ah non, non, du tout, ne vous inquiétez pas, j'aime bien avoir les approches de tout le monde, c'est intéressant. Est-ce que vous pensez que la formation universitaire, c'est loin pour vous mais est-ce que vous pensez que cela nous aide à préparer cette nouvelle activité ?

Ph : Est-ce que cela nous aide ... ? Ben après je serais curieux de savoir ce que font les autres pharmacies dans les maisons de santé, savoir si elles sont très partie prenante ou pas ? Je n'ai pas un énorme changement donc est ce qu'on est bien préparé ou pas à ce qu'il se passe ? ... ben je ne sais pas trop...

Moi : D'accord.

Ph : Pour moi les maisons de santé, cela a apporté, de fixer des prescripteurs. Au niveau de mon exercice, il n'y a pas grand-chose de nouveau... Bon notre formation, c'est vrai qu'elle remonte un petit peu mais est ce qu'elle était adaptée ? Notre formation, on l'a fait sur le tas ! Franchement.... Je ne sais pas comment c'est en fac maintenant mais nous on avait un stage d'officine. On n'avait pas de stage hospitalier... On apprenait tout sur le tas. Bon je ne sais pas.... Mais Euh ... Je vais vous poser une question à mon tour !

Moi : Dites-moi !

Ph : Alors lorsque vous dites qu'une pharmacie est partie prenante dans une maison de santé, que fait le pharmacien qui fait qui peut interférer un peu plus que moi ?

Moi : Dans celles que j'ai pu rencontrer, avec les pharmaciens avec qui j'ai pu discuter... Ben par exemple, ils avaient... La pharmacie n'était pas forcément à côté de la maison de santé. Elle était située à 500 m environ. Mais par contre, toutes les semaines, ils y avaient une réunion le vendredi matin, autour d'un café-croissant. Ils discutaient, par exemple, de cas qu'ils rencontraient, de cas difficile, d'un patient qui « posait problème », qu'ils leurs posaient problème façon de parler, au niveau thérapeutique. Et n'importe quel professionnel de santé pouvait apporter des notions. La plupart du temps, les patients nous disent des choses et on leur dit « mais vous l'avez dit au médecin ? » et ben pas forcément. Donc parfois ils ne prennent pas leurs traitements ou d'autres choses. Par exemple, les infirmiers vont beaucoup à domicile, il y a beaucoup de communication, donc dans le choix thérapeutique de mettre ou non un anticoagulant chez un papi qui a beaucoup de tapis chez lui ? C'est plus sur une vision globale, le parcours de soin...

Ph : Ouais c'est bien ça...

Moi : Le peu que j'ai vu, par exemple, un patient diabétique à qui on mettait de l'insuline mais il n'avait pas de frigo chez lui et ça il ne nous le disait pas. Et un coup c'est l'infirmière qui nous l'a dit donc on a essayé de trouver des solutions... Du coup la pharmacie gardait les stylos dans le frigo... C'est vraiment au cas par cas.

Ph : Ouais ça c'est bien, c'était des pharmaciens jeunes, des moins jeunes ?

Moi : Euh... Les médecins sont jeunes, ils ont 35-40ans. Les pharmaciennes ont... Il y en a une qui n'est pas loin de la retraite et l'autre était issue de l'industrie et qui est revenue en officine donc elle était très, très motivée... Après les infirmiers sont jeunes.... C'est une maison de santé qui est très, très dynamique.

Ph : Je ne suis pas sûr que les médecins soient tous ouverts comme ça ?

Moi : Tous ouverts dans ce sens-là ?

Ph : Ouais je ne crois pas... Moi peut être pas trop non plus apparemment (rire) ! C'est vrai qu'on communique s'il y a quelque chose mais ce n'est pas systématique comme ça... Non c'est bien, je pense que c'est bien. Mais nous, on n'en est pas encore là !

Moi : Mais ça viendra... Peut-être que ça va vous faire réfléchir (rire)...

Ph : Ouais peut être... Pourquoi pas ?

Moi : Je ne vais pas vous embêter plus longtemps, je vais vous laisser retourner travailler...

Ph : Je prends plus tard, ne vous inquiétez pas...

Moi : Dans la prise en charge du patient, est-ce que vous pensez que cette collaboration peut apporter un bénéfice ?

Ph : Ah ben si, je pense que oui. Cela peut être très bénéfique.

Moi : Est-ce que vous savez si au sein de la maison de santé, ils ont mis en place... Est-ce que les patients savent que les professionnels de santé peuvent communiquer entre eux sur les patients ?

Ph : Je ne suis pas sûr qu'ils le sachent... Mais il y en a qui le savent car le médecin dit « le pharmacien m'a dit que... » ... Non il n'y a pas une affiche disant qu'on communique entre nous.

Moi : Pour finir, j'ai deux petites questions bonus : imaginez un pharmacien face à vous, qu'est ce que vous lui diriez pour le convaincre pour rentrer dans cette démarche ou pas ?

Ph : Dans la démarche de la maison de santé ?

Moi : Oui.

Ph : Ah ben il faut foncer dare-dare !! Parce que... Vous allez dire que je reviens toujours à mes problèmes mais moi j'ai des copains qui ont perdu leurs prescripteurs et qui sont vraiment dans la panade. Que s'il y a un projet de maisons de santé avec des médecins près de chez eux, il faut foncer. Il ne faut pas hésiter. Et puis surtout travailler plus comme l'exemple que vous avez cité, plutôt que comme moi, communiqué plus souvent plus régulièrement et puis de façon conviviale. Nous c'est plutôt des formations continues comme je vous l'ai dit.

Moi : C'est intéressant, on apprend des choses qu'on ne connaît pas et au moins tous les professionnels de santé ont le même discours.

Ph : C'est vrai...

Moi : Pour finir, je voulais vous demander pourquoi vous avez accepté cet entretien ?

Ph : J'ai accepté car je crois savoir... j'ai pensé à la thésarde que vous étiez.... Je crois savoir qu'il y a assez peu de pharmacien proche de maison de santé ou avec des maisons de santé à côté etc. Donc je me suis dit « la pauvre, si elle a que quelques cas, il faut que je sois là ». C'était mon argument principal (rire).

Moi : En tout cas je vous en remercie bien beaucoup !

Ph : J'ai donné un cas de plus !

Moi : Je vous remercie de m'avoir accordé ce temps là...

Ph : Je peux vous poser une question ?

Moi : Oui, allez-y !

Ph : Vous souhaitez quoi vous à terme ? Après vos études ? Travailler dans quel domaine ?

Moi : Ah moi officine, à terme je voudrais avoir ma propre officine. Pour l'instant ce n'est pas possible pour des raisons financières bien sûr, au début c'est compliqué mais à terme, j'aimerais bien être titulaire. Le métier de pharmacien évolue dans le bon sens et ça me plaît !

Ph : Oui, oui c'est bien, vous êtes jeune, vous êtes pleine d'enthousiasme.

Moi : Il faut ! Ce ne sera plus comme la génération avant nous, on ne sera plus que des vendeurs de boîte...

Ph : Mais par contre, ça effraie un peu les nouvelles missions pour les vieux, on va dire...

Moi : Au début c'est compliqué, il faut se remettre dans le bain...

Ph : Non et pis la vaccination... Je vais vous embêter encore 30 secondes...

Moi : Allez-y, pas de soucis !

Ph : La vaccination, je trouve que c'est bien pour la couverture vaccinale mais qu'est-ce que ça apporte au pharmacien ? C'est hyper chronophage... Et pis moi je considère que ce n'est pas hyper valorisant par rapport...

Moi : Après je ne sais pas si on en aura beaucoup...

Ph : ... Ça n'a rien à voir ?

Moi : Non ça n'a rien à voir, mais si on ne se saisit pas de cette opportunité-là, est-ce qu'après on n'aura pas des regrets derrière ? Je ne sais pas...

Ph : C'est possible mais... je ne sais pas. C'est un exemple de nouvelles missions qui ne me font pas rêver par contre.

Moi : Ben ça me fait, moi, rêver comme le bilan de médication.

Ph : Oui complètement d'accord avec vous !

Moi : Après voilà, si des patients nous demandent, on le fera quand on aura le droit.

Ph : Oui en faites c'est un service à rendre aux gens en fait.

Moi : En gros c'est ça... Après est ce que cela prendra beaucoup de temps, après ça je ne sais pas ?

Ph : Ok.

Moi : On verra quand ce sera chez nous... en tout cas merci beaucoup !

Ph : Bonne continuation et bon courage !

Moi : Merci. Au revoir.

Ph : Au revoir.

ANNEXE 7 : Entretien avec le pharmacien Dr R le 25 octobre 2018

Moi : Dans un premier temps, nous allons parler de tout ce qui est données socio-démographiques autour de la maison de santé et de vous-même. Est-ce que vous pourriez vous décrire en quelques mots ?

Ph : La pharmacie ?

Moi : Vous le pharmacien dans un premier temps. Après on parlera de la pharmacie.

Ph : Dans mon exercice professionnel ?

Moi : Tout ! Donc votre âge, si vous avez des enfants...

Ph : Donc euh... J'ai 38 ans, deux enfants, une grande fille de 6 ans et un petit garçon de 3 ans.

Moi : Et vous habitez loin de la pharmacie ?

Ph : A Y, à 5 km.

Moi : Et puis au niveau du village de X, c'est plus un milieu rural ? Nombre d'habitants ?

Ph : C'est plutôt rural. On pourrait penser que c'est péri-urbain, on est considéré péri-urbain mais on s'aperçoit quand même que l'on a une patientèle qui est plus rurale. C'est-à-dire qui est quand même très fidèle à ses médecins, à ses professionnels de santé, aux pharmaciens. Donc il y a peu de déplacement en ville. On a beaucoup de paysans qui viennent de X et Z. Donc ce n'est vraiment pas une pharmacie de banlieue, c'est vraiment plus une pharmacie rurale même si on est aux portes de Y.

Moi : Ok. Et au niveau des professionnels de santé qui se trouvent autour de vous, ils sont tous dans la maison de santé où il y en a aussi... ?

Ph : Non ils ne sont pas tous dans la maison de santé parce qu'il y a un autre médecin dans le village de X qui exerce seul. On va avoir deux médecins qui vont être à L dans un cabinet qui va être plus petit que l'espace santé mais je crois qu'il y a des infirmières aussi, elles travaillent à côté. Il doit y avoir des professionnels avec les deux médecins mais je ne sais plus exactement. Il y a des kinés qui sont « au-dessus » à P et à F. Donc non, il y a d'autres professionnels de santé qui ne sont pas dans l'espace de santé.

Moi : Et au sein même de X ? A part le médecin...

Ph : A part le médecin, non il n'y a pas d'autres professionnels.

Moi : Et du coup, pouvez-vous me rappeler qui exerce ici ?

Ph : On est à peu près, dans l'espace santé, on est une bonne dizaine de professions différentes. Sachant que nous les pharmaciens, on est trois, les kinés sont cinq, les médecins sont quatre etc. Mais dans l'exercice coordonné, on va être un peu moins car il y a l'ophtalmo qui ne rentre pas l'exercice coordonné (les soins de premiers recours), il n'y a pas non plus le chirurgien plasticien, le chirurgien maxillo-facial.

Moi : Donc ils n'interviennent pas dans la pluridisciplinarité ?

Ph : Non.

Moi : Par contre, au niveau réglementaire, ils font partie de la maison de santé ?

Ph : Non, au niveau immobilier, ils font partie de la maison de santé... Alors pas de la maison de santé, ils font partie de l'espace santé au niveau immobilier. Mais moi non plus je ne fais pas partie de la maison de santé, moi je fais partie de la SISA. Donc eux ils ne font pas partie de la SISA. Ils n'ont pas le droit.

Moi : Ils n'ont pas le droit d'avoir des parts dedans ?

Ph : Ah non dans la SISA, ils n'ont pas le droit parce qu'ils ne sont pas en premier recours.

Moi : Oui. On peut avoir des spécialistes qui viennent se regrouper...

Ph : Alors l'ophtalmo peut être car on peut aller le voir directement ? Mais ça ne s'est jamais fait et il n'a jamais demandé. Et puis de toute façon il ne pourrait pas. Et puis nous les pharmacies, on peut être dans la SISA mais pas dans la maison de santé. Mais nous on est un cas un peu particulier à X, c'est-à-dire que les professionnels qui pourraient être dans la maison de santé, il y en a certains qui n'y sont pas. Ils veulent quand même avoir une activité indépendante de la maison de santé. Donc les infirmières sont à côté, les kinés sont à côté.

Moi : Tout en étant dans la structure ?

Ph : Tout en étant dans la SISA et dans l'espace santé. Donc dans la structure législative (la SISA) et dans la structure immobilière (l'espace santé).

Moi : C'est assez compliqué...

Ph : C'est assez compliqué !

Moi : Et du coup, au niveau de la pharmacie, vous avez toujours été situé ici ou avant vous étiez ... ?

Ph : Alors, on a toujours été situé ici depuis qu'on est avec l'espace santé. Avant les professionnels étaient un peu tous dispersés et la pharmacie était juste à côté. On a transféré de 15 mètres.

Moi : Et ça c'était en quelle année ?

Ph : 2010.

Moi : Et ici, vous êtes combien au sein de la pharmacie à travailler ? En personnel ?

Ph : Alors là du coup, il y a trois pharmaciens, une préparatrice et deux apprenties.

Moi : Est-ce que les autres pharmaciens, vous et les préparateurs ont un rôle spécifique au sein de la maison de santé ?

Ph : Non en gros, pour l'instant, il n'y a que moi qui m'en occupe.

Moi : Ok. Pour rester au sein de la pharmacie, est-ce que vous réalisez des entretiens pharmaceutiques ?

Ph : On en a fait.

Moi : Moins maintenant ?

Ph : Moins maintenant, on a ralenti mais par contre on va relancer ! On va être en sureffectif là pendant quelques mois, justement c'est calculé pour pouvoir relancer les entretiens pharmaceutiques, les bilans de médicaments et se préparer à la vaccination qui va arriver l'année prochaine.

Moi : Et vous en avez déjà fait des bilans de médication ?

Ph : Non pas encore, il y a mes deux pharmaciens qui se forment début novembre et on va lancer ça d'ici la fin d'année.

Moi : Et au niveau de votre parcours et expérience professionnelle, quel a été votre parcours pour devenir pharmacien ?

Ph : Donc les études à Y. Je suis allé faire une 6^{ème} année, à l'époque ça s'appelait diplôme d'étude approfondie (DEA) de chimie médicinale, à Paris, à Chatelet-Malavrie. Puis je suis resté quelques années en tant que pharmacien d'officine car je n'ai pas eu de subvention pour ma thèse. Donc c'était de la recherche, de la pharmacognosie en gros. Et puis après j'ai eu une opportunité de racheter la pharmacie, des parts à X en 2009. Donc je suis arrivé ici en juillet 2009.

Moi : Et donc le transfert... ?

Ph : J'ai acheté avec le projet de transfert.

Moi : D'accord. Directement. Et puis vous avez toujours voulu devenir pharmacien ?

Ph : Euh non, pas particulièrement... C'est plus une histoire familiale.

Moi : Ben justement j'allais vous le demander s'il y avait des parents pharmaciens ?

Ph : Des parents, des grands-parents, ma sœur...

Moi : Ah oui toute la famille... Et du coup vous avez choisi la filière officine dès le début ?

Ph : Ben non, nous, il fallait faire un stage d'initiation à la recherche (SIR) et il fallait justifier d'unité d'enseignement (UE) particulière pour pouvoir valider son équivalent du master 1 (M1). Puis après le DEA, qui était l'équivalent du master 2 (M2), avec une année de recherche avec des cours le matin.

Moi : Et du coup, pour vous l'objectif était d'aller en laboratoire ?

Ph : En recherche et ce qui ne m'a finalement pas plus. C'était particulier. Puis après, à P, j'ai fait pas mal d'expérience. J'ai été 4 ans là-bas donc j'ai fait de l'officine mais aussi grossiste répartiteur et puis j'ai refait de l'officine avec beaucoup de style de pharmacies différentes.

Moi : C'était des remplacements ou en tant que pharmacien adjoint ?

Ph : Les deux en tant qu'adjoint, en remplacement et on m'a même proposé d'acheter des parts là-bas. Ce que je n'ai pas voulu car je voulais rentrer dans la région. J'ai un peu toute les expériences qu'on peut faire et ça c'est bien !

Moi : C'est bien vous avez pu tester avant de vous installer.

Ph : Tout à fait...

Moi : Avez-vous... euh non je ne peux pas vous poser cette question car vous me l'avez déjà dit. Aviez-vous déjà pensé au projet de maison de santé avant de racheter ?

Ph : Non du tout ! Ça s'est fait... je connaissais le pharmacien, c'est un copain de famille. Un jour c'est venu comme ça sur la table qu'il vendait. Et que pour vendre correctement sa pharmacie qui n'était pas très, très grosse, il avait mis en projet, il avait monté le projet avec les médecins de pouvoir construire un espace santé qui pourrait accueillir la pharmacie, les médecins, des kinésithérapeutes car il n'y avait pas de kinésithérapeutes à X donc il avait deux kinés qui arrivaient à X, et d'autres professionnels... Enfin moi je suis arrivé avec le projet clef en main finalement. Après il a fallu faire les plans de la pharmacie, faire des choses comme ça. Mais pour le rachat des maisons, des terrains, tout avait été fait.

Moi : D'accord et cela ne vous a pas fait peur ? D'arriver dans un projet ?

Ph : Oh non, au contraire, ben je pense que la pharmacie était difficilement viable sans projet. C'est plutôt l'inverse, je pense que je ne serais jamais venu s'il n'y avait pas ce projet. Et cela me plaisait beaucoup qu'il y ait un projet, et de bosser avec d'autres professionnels.

Moi : Intéressant d'avoir l'avis de tout le monde car je me suis rendue compte que cet avis n'était pas partagé par tout le monde.

Ph : Je suis venu un peu là pour ça aussi. Il y avait du potentiel pour la pharmacie mais aussi un avenir qui me paraissait intéressant au niveau du boulot.

Moi : Au niveau des échanges entre les professionnels ?

Ph : Ouais, ouais... voir le boulot de façon différente.

Moi : Et puis d'une manière générale, pas que de votre maison de santé, vous en pensez quoi des maisons de santé ?

Ph : C'est toujours difficile de pouvoir en parler... car j'aime bien m'appuyer sur des chiffres, des données mais là aujourd'hui, les données manquent. Est-ce qu'effectivement travailler en

SISA améliore le service rendu au patient ? Très dur de le savoir... Mais moi j'en ai la conviction. Donc c'est vrai que c'est un peu plus dur pour moi d'en parler car j'aimerais bien m'appuyer sur des chiffres et les chiffres n'existent pas encore. Ça c'est d'un point de vue efficacité. Mais également, il y a une question d'intérêt, de pouvoir travailler avec d'autres personnes qui ont des points de vue, qui ont des aspects différents, qui vont amener des éléments, même si ça peut paraître des éléments mineurs, il n'y a pas d'éléments mineurs. Qui permettent d'apporter des choses pour améliorer l'état d'un patient ou pour simplement remettre en question le système de santé. Je trouve que c'est très intéressant.

Moi : C'est une autre vision...

Moi : Ah ben c'est une autre méthode de travail... Et puis est ce qu'au niveau du rôle du pharmacien, qu'est-ce que vous pensez qu'il apporte au sein d'une SISA, maison de santé ? Qu'est-ce qu'il peut apporter ?

Ph : Alors qu'est-ce qu'il apporte et qu'est-ce qu'il peut apporter ? A mon avis il y a deux questions. Alors qu'est-ce qu'il apporte aujourd'hui ? ... Euh ça dépend de la maison de santé mais euh... pas forcément grand-chose car on n'a pas la culture de travailler ensemble... mais pas que les pharmaciens. Mais il faut déjà se connaître, déjà pouvoir avoir une histoire ensemble pour pouvoir travailler ensemble. Donc un pharmacien comme ça au milieu de professionnels qui ne se connaissent pas eux-mêmes entre eux, je ne suis pas sûr que cela apporte grand-chose. Par contre, qu'est-ce qu'il peut apporter ? Ben comme tous les autres professionnels c'est-à-dire les éléments par rapport à la compréhension totale du problème que pourrait avoir un patient. On a tous, un petit peu, quand on voit une réunion pluridisciplinaire et puis qu'on sait un petit peu ce qu'il en ait sur un patient et qu'on prend un quart d'heure, une demi-heure dessus, on voit qu'il y a un petit peu toutes les professions qui parlent, qui apportent quelque chose. Evidemment, on n'a pas des solutions toutes faites, on ne trouve pas la solution à chaque fois mais on apporte tous, un petit élément. Après il faut peut-être prendre des cas plus précis pour voir ce qu'on peut apporter. Je pense que, concrètement, de travailler ensemble, avoir un informatique ensemble, d'avoir des analyses biologiques au comptoir pour pouvoir adapter certains traitements et de pouvoir retourner au médecin en fonction de s'il n'avait pas vu ou de pouvoir en discuter. Concrètement, c'est le futur. C'est notre rôle plein, on est en plein dedans. De pouvoir se connaître, d'avoir une personne qui va être à l'écoute quand on va avoir un problème plutôt que de se dire « est-ce que le médecin va bien me parler ? Est-ce que le médecin aura trente secondes pour répondre à ma question ? ». Là, on sait qu'on n'a pas de soucis, on va les appeler « Allo martial, salut Géraldine, comment ça va ? Tu sais pour ce patient, j'ai ça et tout... ». On sait qu'ils vont prendre le temps, que ça va être respectueux. Ça n'a pas de prix pour l'exercice professionnel et ça n'a quasiment pas de prix pour le patient. Combien de fois on a des médecins où l'on n'arrive pas à lire un nom de médicament et puis finalement c'est la secrétaire qui nous répond. On dit à la secrétaire : « J'aimerais bien parler au médecin » mais elle nous répond « non, non mais c'est comme ça, c'est moi qui vous répond ». Voilà... Donc Je crois qu'il faut déjà créer un lien où humainement ça se passe bien, même s'il y a des désaccords. On est respectueux et on bosse dans un même objectif et tout le monde peut apporter sa pierre, que ce soit le pharmacien ou d'autres professionnels.

Moi : C'est bien ! Et justement, vous avez parlé des logiciels. Ici vous fonctionner comment ? Vous avez un logiciel commun ?

Ph : On a un logiciel métier qui est Winpharma[®]. Et on a un logiciel commun. Pour l'instant c'est tout neuf. Et c'est vrai, un peu comme toute nouvelle chose, on se l'approprie avec calme. On se sert quand même très largement de la messagerie instantanée. Ce qu'on appelle les « bulles ». Donc cela nous permet de pouvoir communiquer, en sécuriser, de pouvoir utiliser les noms des patients plutôt que sur gmail ou yahoo. Et de pouvoir parler un petit peu de cas... Ce n'est pas mal car quand c'est vraiment une vision longue avec une réponse qui n'est pas

forcément immédiate sur un patient ou autre chose, on utilise les mails. Et quand on veut avoir une réponse très rapide, on utilise le téléphone car là on va l'avoir en direct. Par contre sur ces choses qui sont pseudo-urgentes, ben là ça a trouver vraiment sa place. Parce que les mails qui se perdaient, où l'on ne voulait pas déranger au milieu d'une consultation pour quelque chose qui pouvait attendre un petit peu, ben là on trouve que cela marche bien. Donc on l'utilise pour ça.

Bon après, j'espère... pas en 2019 car on a d'autres choses à faire en 2019, mais que en 2020, on puisse développer des choses par rapport à cet outil informatique. Peut-être cibler des populations, cibler des pathologies en regardant par exemple, les insuffisances rénales, si ça ne serait pas intéressant... Je ne pense pas qu'au comptoir ce soit faisable ou très difficilement parce qu'il faut retourner sur un autre poste, ce n'est pas pratique. Mais quand on a le temps, de se dire « ben ce mois-ci, on prend les différents patients qui ont au-dessus de tel âge et on regarde s'il n'y a pas des traitements qui ne sont fortement dosés. ». Avec l'outil informatique qu'on a en commun, ce ne serait pas mal.

Moi : Et donc, ce logiciel, à part la messagerie instantanée. Est-ce qu'on peut dire que c'est « comme un DMP » ? Ou chaque professionnel va venir mettre ses documents dessus ?

Ph : Il peut, c'est vrai... après moi je n'ai jamais mis un document. Pour l'instant, on a l'outil informatique. Il faut valider en pluridisciplinaire, qu'est-ce qu'on y fait, qu'est-ce qu'on y met concrètement ? Ils nous ont dit qu'on avait le droit concrètement de regarder cet outil quand on avait besoin. On n'a pas accès à tout, on a accès aux composantes biologiques, à l'historique mais on n'a pas accès aux consultations, de ce qu'il s'est dit... Les ordonnances, on a accès. ... il faut définir encore ce qu'on en fait. Mais pour l'instant c'est quand même plutôt les prescripteurs qui remplissent. Mais oui effectivement, on peut imaginer ça comme finalement un DMP de X où l'on peut mettre chacun des informations... Oui on peut.

Moi : Et il est arrivé quand ce logiciel ? Vous dites que c'est récent...

Ph : Le logiciel, eux, les autres professionnels, ils l'ont depuis longtemps mais on n'arrivait pas à le mettre à la pharmacie. Et puis tout d'un coup, la solution a été trouvée. Ça a maintenant 6 mois donc c'est récent.

Moi : Je vais repartir un petit peu sur votre intégration dans la maison de santé. Est-ce que vous avez eu des craintes pour intégrer ce type de structure ?

Ph : Alors là, pas du tout !

Moi : Vous étiez à fond dedans ?

Ph : Ben... on peut le dire, à la rigueur, à fond. En tout cas, je ne sais pas si j'étais à fond mais en tout cas je n'avais pas de craintes.

Moi : Et puis des motivations ?

Ph : Ah ben plutôt ouais...

Moi : Lesquelles ? A part l'activité pluriprofessionnelle que vous m'avez bien parlée tout à l'heure, est-ce qu'il y avait d'autres motivations ?

Ph : Ah oui, oui... Je me mentirais si je ne le disais pas mais il y a quand même un intérêt économique. C'est sûr qu'on est une pharmacie avec quatre médecins au-dessus. C'est sûr que par rapport à certaines pharmacies, on est en vie. Et on est quasiment sûr finalement que ça va continuer... Si un médecin qui part, il y a une certaine dynamique. Cette dynamique est encourageante pour les jeunes médecins. Elle attire les personnes. Oui c'est vrai que c'était aussi une des raisons de s'installer, c'est que ça allait mettre du dynamisme dans la pharmacie et qu'économiquement, il n'y aurait pas de soucis. Quand je vois certains pharmaciens qui en bavent aujourd'hui, des pharmacies de ville qui ferment... Voilà nous ce n'est pas notre cas.

Moi : On est dans la bonne pente !

Ph : Dans la pente stagnante mais c'est déjà bien...

Moi : Est-ce que selon vous, c'est une partie du métier qui pouvait manquer aux pharmaciens ... ?

Ph : De travailler en pluridisciplinaire ?

Moi : Oui

Ph : Ah ben oui ! Mais aux pharmaciens et aux médecins, infirmiers, kiné et à tous les professionnels. Il faut voir.... Ça dépend comment on voit le système de soin. Si le système de soin, on le tourne autour des professionnels, euh, ... non on peut dire qu'on est bien chacun de son côté. Si on le tourne autour du patient, je ne vois pas comment, à un moment donné, se dire, comment on fait pour bosser avec les autres professionnels ?

Moi : C'est vrai... Parmi les autres missions que le pharmacien doit faire et qui pourraient être compliquées à mettre en place par manque de temps, est-ce que ce type de structure peut aider à mettre ses choses en place ?

Ph : ...

Moi : Par exemple, le bilan de médication prochainement. Est-ce que ça va être une plus-value d'avoir ces médecins juste au-dessus ?

Ph : Moi je pense plutôt oui après je pense qu'il y aura certaines réticences. C'est vrai quand on va venir devant les prescripteurs et qu'on va lui dire qu'il faut changer certains traitements. Euh je ne sais pas si tous les prescripteurs au-dessus seront réceptifs de la même façon. C'est vrai que.... Mais de façon générale, ce sera positif. Quand je vois aussi le prescripteur qui est à X, je pense qu'on aura plus de facilité à parler avec ceux au-dessus de nous que le 5^{ème} médecin de X qui n'est pas dans l'espace santé.

Moi : C'est sûr... Le caractère pluriprofessionnel que vous entretenez ici, vous le faites sous quelles formes ? Vous m'avez dit mail, téléphone, et vous avez des réunions aussi ?

Ph : Des réunions !

Moi : Elles se font à quelle fréquence ?

Ph : C'est-à-dire quelles sont nombreuses et les grandes messes, c'est-à-dire quand il y a tout le monde de la SISA qui est invité, elles sont rares. Car on s'est aperçu qu'on ne pouvait pas travailler, il y a trop de monde.

Moi : Mais alors du coup, comme inviter, c'est tout le monde ?

Ph : A la pharmacie, il y a que moi mais sinon il peut y avoir les quatre médecins, il peut y avoir les étudiants avec les médecins, les cinq kinésithérapeutes, les étudiants avec les kinésithérapeutes, les trois infirmières, une infirmière asalée, deux podologues, deux sages-femmes, le dentiste, la secrétaire médicale. On ne peut pas.

Moi : Est-ce que c'était nécessaire de mettre tout le monde ?

Ph : Ben du coup, on ne sait pas mais du coup on ne le fait plus ! On le fait une fois tous les deux mois. Tout le monde est invité mais tout le monde ne vient pas. On se retrouve toujours entre 10-20. Et c'est déjà dur. C'est déjà dur parce que... Qui est la personne qui va temporiser/coordinatrice ? Mais des fois il y a des petites tensions comme dans tous les groupes et, là, on s'aperçoit que c'est compliqué. Il y en a deux qui vont discuter d'un sujet puis on leur dit « attendez, on en discutera après » puis ils continuent... comment on intervient ? Enfin c'était compliqué, on est un peu moins en ce moment. Ça va et ça vient... La dernière fois, on était un petit peu moins nombreux et on s'aperçoit finalement qu'on bosse beaucoup mieux. Donc on a plutôt des ateliers donc il y a trois personnes qui s'occupent du système

d'information, quatre personnes qui s'occupent de la prévention, quatre personnes qui s'occupent du projet de santé, quatre personnes qui s'occupent du CREX (Comité de Retour d'Expérience). Et puis, on se voit comme ça, en petit groupe, pour pouvoir avancer de façon beaucoup plus rapide. Et après dans ces grandes messes, on reedit un peu ce qui a été dit. Et on ne fait plus des cas patients parce que c'était trop compliqué. On peut en parler d'un ou deux cas très précis mais on ne passe pas une heure et demi là-dessus. Et par contre, on se voit... Par exemple, si j'ai envie de voir les médecins ou qu'eux ont envie de me voir... Eux ils se voient tous les lundis donc je peux aller tous les lundis les voir pendant 15-20min et leur parler. Il y a des réunions tous les mois entre les infirmières et médecins, et tous les deux mois entre les kinés et les médecins. Nous, les infirmières, on les voit tous les jours. Ce n'est pas des réunions mais elles passent chercher des trucs, on parle de patient derrière. Voilà, il y a des choses formelles, des choses plutôt informelles. On se voit plus en petit groupe.

Moi : Quand vous dites des réunions par petit groupe, vous avez chacun « un thème » bien précis que vous remettez en commun pour la grosse réunion ... ?

Ph : Non, non ... en faites on a plusieurs... ce n'est pas des ateliers... comment on peut appeler ça ?

Moi : Des thèmes ? En fait, un groupe de plusieurs personnes s'occupent

Ph : ...de ça, un autre de ça etc. On fait des protocoles, on fait des papiers... Et après on fait un briefing à la grosse réunion.

Moi : Et du coup, les cas patients, il y a aucun moment où vous êtes plusieurs professionnels de santé... un patient qui vous « pose problème » ... Est-ce que cela vous arrive de vous poser avec les autres professionnels de santé qui s'occupent de lui tout au long de sa prise en charge ?

Ph : Alors deux cas, soit cela se passe pendant ces grandes messes mais c'est difficile... Alors soit on est peu nombreux ce jour là où c'est plus facile, soit on est très nombreux et il y en a toujours un qui parle. Soit alors ça se fait en petit comité donc comme je vous l'ai dit, moi j'ai envie de parler d'un cas, je vais voir le médecin, si c'est vraiment le problème avec les médecins, je vais les voir le lundi. Si je pense qu'il faut en parler avec les infirmières, je vais en parler avec les infirmières. Effectivement, quand on a passé ça, c'est-à-dire deux professionnels qui en ont déjà parlé entre eux et qu'on ne voit pas. C'est vrai que ces cas-là, où on n'arrive pas à trouver la solution, ils remontent dans les réunions pluridisciplinaires où on prend le temps de parler. Mais toujours avec les mêmes limites... C'est compliqué.

Moi : D'accord. Et ça arrive assez souvent les cas... ?

Ph : Ah ben dans toutes les réunions pluriprofessionnelles on a des cas.

Moi : Donc tous les deux mois...

Ph : Tous les deux mois... Oui, oui... qui sont dur à traiter. Après il y a beaucoup de cas qui sont gérés avant. C'est vraiment les impasses thérapeutiques, quand on ne sait plus quoi faire, on demande un avis général.

Moi : Au niveau de l'aspect financier, est-ce que vous touchez des subventions, des aides ? Est-ce que cela vous rémunère un peu plus ?

Ph : On n'est pas payé sur les réunions pluridisciplinaires, ce n'était pas assez productif. Et puis cela revenait beaucoup trop cher quand tout le monde venait. Par contre, on est payé pour les ateliers. Alors c'est 1 ou 2C de l'heure. C'est la consultation médicale. Mais je ne sais plus combien cela fait en argent. Et du coup, ça on est rémunéré. Mais après, si on en fait une par mois entre les différentes commissions dont on fait partie. Donc moi je fais partie du CREX et de la commission système d'information. Si on en fait une par mois ou une tous les deux mois, on ne peut pas vivre avec, vous voyez. On se voit une heure.

Moi : Ces informations là, vous les déclarer à l'assurance maladie ?

Ph : Euh non, en faites, on a des enveloppes. C'est l'ARS et maintenant la CPAM qui nous donnent des enveloppes. On a des critères à donner pour pouvoir être rémunéré : le projet de santé, des protocoles à donner. Le CREX sert aussi à ça, de pouvoir donner des protocoles pour pouvoir répondre à ce que demande l'ARS. Et puis, ils nous donnent des enveloppes en fonction de tous cela. Aussi le nombre de médecin, de nombre de patient dont c'est les médecins traitants etc. Il y a plusieurs critères à remplir. C'est la SISA qui touche l'argent. Et du coup, cela nous permet de payer en partie la salle de réunion, de payer les différents intervenants qui viennent faire les réunions et les commissions, par exemple l'informatique de la pharmacie a été payé avec la SISA. L'informatique en général, qui permet la pluridisciplinarité, est payé par la SISA. Les infirmières et les kinésithérapeutes ont un accès sur ce poste et c'est la SISA qui paye. Tout ce qui est lié à l'exercice pluridisciplinaire, c'est la SISA qui paye.

Moi : Est-ce que c'est suffisant en rémunération, est ce que vous espériez autre chose ?

Ph : Moi je pense que c'est largement suffisant. Ça vient en complément de notre exercice actuel. On ne peut pas dire que notre exercice, qu'on soit toujours à fond. Enfin je veux dire c'est....

Moi : Après aussi, vous êtes trois pharmaciens, dans le sens où vous pouvez vous permettre d'aller à la maison de santé sans aucune...

Ph : C'est ce que j'allais dire... Et puis, moi je les connais les personnes en haut. On va manger ensemble et puis après on fait la réunion. A la limite cela me fait plus plaisir qu'autre chose. On a eu un jour une conversation avec toute l'équipe pluridisciplinaire pour savoir comment on se rémunérerait avec cet argent de la SISA ? Quelle réunion était rémunérée ? Quand on était en commission, on faisait quoi ? Moi j'étais plutôt dans ceux qui en voulait le moins c'est-à-dire ne pas être rémunéré pour les réunions pluridisciplinaires où on est là simplement pour s'informer. Et puis, en commission, là où on bosse un peu plus, 1C ça suffit, ça me paraissait... Et puis il y en a qui était moins d'accord, il considérait que si on faisait un boulot à côté de notre activité, il fallait être rémunéré quand même. Pour vous dire, ce soir ou demain soir, je vais certainement aller boire des coups avec des professionnels qui sont en haut. On se connaît, on s'apprécie... Pas tous. Mais de façon générale, on s'entend quand même bien. Ce n'est pas une galère d'aller faire une réunion.

Moi : Quand vous parlez de 1C ?

Ph : C'est le tarif. Mais je ne peux pas vous dire c'est combien. Mais si vous regarder sur internet vous le trouverez tout de suite. « C » c'est pour consultation donc ça doit être 23€. Donc ça doit être 1C de l'heure ou de 2C de l'heure.

Moi : Ok car je ne connaissais pas du tout...

Ph : Moi non plus, il a fallu que je demande un jour.

Moi : Est-ce que vous pensez que cette nouvelle activité est chronophage, qu'elle puisse vous portez un préjudice financier, des choses comme ça ... ?

Ph : Ben non, ... Non, je ne vois pas. Non je ne le vois pas... Je ne vois pas comment cette activité qui nous assure d'avoir des professionnels de santé... peut-être pas qui nous assure mais en tout cas qui donne toute les chances de notre côté pour avoir des professionnels de santé autour de nous dont des prescripteurs car quand même financièrement on en dépend, et qui permet de faire le cœur de notre métier pourrait être à un moment préjudiciable à notre exercice ? Non je ne comprends pas cet argument.

Moi : J'entends...

Ph : Je sais que j'ai déjà entendu ce genre... mais non je ne suis pas... Au contraire, si on regarde d'un point de vue, même d'un point de vue économique, il faut le saisir.

Moi : D'accord. Et votre famille, votre entourage, il vous a accompagné comment dans ce projet ? A grand bras ... où on vous a dit « attention » ?

Ph : Ah non... Ils n'ont pas dit : attention ! Non mais les gens, d'une façon générale et dans ma famille proche qui ne m'accompagne pas du tout dans la santé, quand ils viennent comme ça dans un espace santé, c'est limite comme une petite clinique. Surtout quand il y a une bonne ambiance entre les différents professionnels, qu'on dit facilement qu'il faudra aller voir le kiné, le pharmacien, les infirmières. Il pense déjà qu'on a les informations qui circulent. Donc les gens en demandent plutôt de ce genre de concertation et ils ont raison ! Rien de pire que d'être tout seul avec sa certitude.

Moi : Entre vous, entre professionnels de santé, est-ce que vous avez des missions ? Je prends un exemple comme ça qui me vient à l'idée : la prise en charge du diabète, est ce que c'est par exemple l'infirmière qui aide pour prendre le traitement, le pharmacien peut donner des règles hygiéno-diététiques, est ce qu'il y a des protocoles... ?

Ph : Mais pour tout ça, on a une infirmière « asalée ». Je ne sais pas si vous savez ce que c'est ?

Moi : Qui est là pour l'éducation thérapeutique ?

Ph : Ouais c'est ça... donc elle est là... elle fait que ça. Donc elle fait tout ce qui est diabète, tabac, hypertension... Mais elle se charge de tout ça donc si les médecins ont besoin, ils envoient direct vers l'infirmière « asalée ».

Moi : Donc il n'y a pas de rôle ... ?

Ph : Alors on a des rôles mais moins... plus de l'organisation on va dire. Par exemple, moi je m'occupe en tant que pharmacien dans l'espace santé de récupérer les adresses mails pour qu'on ait toujours un catalogue d'adresse mail à jour des différents professionnels car vu qu'on est nombreux ça bouge. Je m'occupe d'envoyer les mails de décès, c'est moins cool mais c'est moi qui m'en charge pour tous les autres, pour que tout le monde soit au courant et puis je m'occupe de la pharmacovigilance donc c'est-à-dire dès qu'il y a un effet indésirable dans l'espace santé, ils me le disent et c'est moi qui fait le dossier de pharmacovigilance.

Moi : Ok donc il y a quand même des missions qui ont été mise en place. Comment évalueriez-vous votre qualité de vie ?

Ph : Non mais elle est bonne...

Moi : Du coup, après avoir fait ce petit bilan, comment envisagez-vous la suite ?

Ph : Pas différent qu'avant le bilan (rire).

Moi : Non... Est-ce que vous pensez à améliorer ? Ou d'autres choses ?

Ph : Je vous ai déjà dit 2-3 petites choses. Je pense que vraiment l'outil principal qu'on ait et dont il faut qu'on se serve est vraiment l'informatique. Il faut qu'on prenne cette chance énorme qu'on a de pouvoir avoir certaines données qu'on aura peut-être dans le DMP peut-être dans plusieurs années. Et d'adapter le traitement... Et là, dans les deux ans, j'espère qu'il va se passer pas mal de chose car ça va nous permettre de voir comment les médecins, les prescripteurs au-dessus sont un petit peu réceptif avec les bilans de médication, à ce qu'on puisse intervenir un petit peu dans leur exercice. Quand on est libéral, je me mets dedans aussi car on est une profession libérale, on n'aime pas beaucoup que d'autres personnes viennent voir même si on bosse en pluridisciplinarité. Donc on va voir comment ça interagit un petit peu, si c'est possible d'y aller, de faire des choses avec cet informatique. C'est ça le gros progrès pour nous. De maintenir les différentes commissions qu'on a. On voit par exemple que le CREX est en train

de s'essouffler (Comité de Retour d'Expérience). On prend un effet indésirable, et, on essaie de voir comment on peut l'améliorer, comment on peut éviter que cela se reproduise. Donc on met en place des protocoles, on corrige certaines choses quand on peut le faire etc. Donc on a fait 2-3 beaux trucs moi je trouve mais c'est vrai qu'on retombe sur les mêmes problèmes dont on n'a pas les solutions. Alors il y avait le système informatique, souvent on manquait de liaison donc là c'est en voie d'amélioration. Il y a certaines choses qu'on ne pouvait pas faire avant, qu'on va pouvoir faire maintenant. Et puis le 2^{ème} point et là on ne pourra quasiment rien faire, c'est la différence entre l'hôpital et les soins ambulatoire de ville. On a beaucoup de cas, des problèmes qu'on rencontre de sortie d'hôpital, de traitement qui n'ont pas été mis en place assez vite parce que le patient est sorti trop vite. Souvent les problèmes graves qu'on a, sont liés à une sortie d'hôpital, d'une clinique. Et ça malheureusement, c'est très difficile, on a essayé de mettre des protocoles en place, comme quoi le médecin devait appeler une personne qui était à l'hôpital, elle devait s'assurer d'appeler toute les deux semaines ou tous les mois pour pas que ce soit trop contraignant, et ça n'a pas été fait car c'est trop contraignant. Ce n'est pas un reproche au médecin, c'est juste que ce n'était pas adapté. Il faut qu'on trouve les solutions qui s'adaptent. Donc ça n'a pas été fait. Et puis en même temps, ce n'était pas idéal, parce que si le patient appel le médecin à J0 et que le patient sort à J5. Ben il ne serait pas au courant non plus. Tant qu'on n'a pas un outil informatique comme le DMP qui peut vraiment envoyer des informations sur des... ou bien alors sur la messagerie sécurisée des informations quasiment en temps réel. Tous ces problèmes-là ne pourront pas être réglés. C'est vrai dans le CREX, on tournait un peu en rond, on est en train de voir si cette commission ne pourrait pas partir vers autre chose. Donc voilà pour nous dans le CREX, un point que l'on pourrait améliorer. Et sinon dans l'exercice pharmaceutique, je pense que l'exercice le plus dur, dans l'avenir dans 5-10 ans, est de garder l'énergie qu'on a depuis dix ans. On sent, et c'est normal, qu'il y a des périodes où ça s'essouffle un peu. On a les cinq premières années où on a fait et mis en place plein de choses. Et puis depuis cinq ans, c'est un petit peu plus mou. Cette année, on a réussi à reprendre un peu... Il y a eu un atelier périnatalité qui a beaucoup plu, qu'on a fait... alors moi je ne suis pas intervenu en tant que pharmacien mais il y a beaucoup de professionnel qui sont intervenus dans la maison de santé. On a pu amener des professionnels extérieurs. On a des ateliers comme « mille et une buche » sur les risques de chutes qui marchent bien, on a toujours du monde qui vient faire ses ateliers. Donc voilà cette année, on a eu beaucoup de choses positives. Donc voilà, enfin le système informatique qui s'est mis en commun. Donc voilà, le plus dur, c'est de continuer là-dessus. Dans ça, je trouvais qu'il y avait des maisons de santé qui était assez intéressante. Ils « obligeaient » de faire un barbecue par exemple une fois par an, pour garder cette dynamique, se connaître, partager des choses professionnelles ou peut-être même plus personnelles voir créer une dynamique de groupe. C'est ça le gros enjeu !

Moi : Ne pas rentrer dans un « quotidien ». Est-ce que vous avez de nouveaux objectifs là clairement ?

Ph : Dans la pharmacie ou l'espace santé ?

Moi : Les deux.

Ph : Dans la pharmacie, le bilan de médication et pour l'espace santé, utiliser le système d'information. C'est les deux gros points.

Moi : Et puis là, juste pour un point d'actualité et de la curiosité personnel, vous pensez quoi de la future prescription par les pharmaciens ? Le droit de prescription ?

Ph : Je n'ai pas réfléchi vraiment par rapport au patient. D'un point de vue purement égoïste, dans le sens de la profession, pour moi plus on se diversifie et plus l'intérêt de la profession est... quand même assuré. Pour le patient, est ce qu'il y a vraiment une amélioration de prise en charge ? Je ne suis pas sûr.

Moi : Après, est-ce-que le temps d'attente pour avoir un rdv chez le médecin est long, rapide ici ?

Ph : Il peut être long si on demande un médecin particulièrement mais sinon il y a toujours quelqu'un.

Moi : Vous avez toujours quelqu'un.

Ph : Il faut voir aussi sur quel produit ? Moi j'ai vu sur le MONURIL[®], il y avait quoi d'autres comme produit ?

Moi : Moi, j'avais le MONURIL[®] en tête. Je trouvais ça pas mal.

Ph : Je ne suis pas sûr que ce soit une avancée majeure. En tout cas les médecins le considèrent comme... ils disent clairement sur leurs... ils ne sont pas du tout content.

Moi : Ben comme les infirmières sur la vaccination...

Ph : Oui mais les médecins sont un peu plus puissants que les infirmières.

Moi : Après à l'étranger, ils sont en avance. Après la France a toujours 20 ans de retard.

Ph : Ah ouais, ils le font déjà ?

Moi : Il y a pas mal d'études que je rentre dans ma thèse où qu'on voit où l'on a beaucoup d'année de retard. Ça fait déjà des années que c'est là-bas. Les infirmiers prescrivent des choses, les pharmaciens aussi...

Ph : Les infirmières peuvent prescrire ici...

Moi : Oui mais je veux dire qu'il y a un temps de latence.

Ph : Ben après, si on avait suivi il y a 20 ans certains pays, on aurait le paracétamol dans *Leclerc*. Alors qu'on revient en arrière maintenant. Je ne sais pas... Je ne me suis pas vraiment intéressé mais il faudrait que, avec une formation, je suppose et j'espère qu'il y aura une formation, on peut facilement délivrer du MONURIL[®] si c'est le cas, je ne vois pas le souci.

Moi : Enfin, c'était une parenthèse... Pour vous, est-ce que votre formation universitaire vous a apporté un petit peu dans l'exercice pluriprofessionnel ?

Ph : Oh ben non, rien du tout. Ben moi déjà, je n'ai pas fait filière officine donc déjà elle m'a pas apporté grand-chose en officine. Mais dans l'exercice pluridisciplinaire... l'hôpital en 5^{ème} année avec les copains externes en médecine. Voilà là ça m'a appris à travailler un petit peu avec les autres. On nous appelait le « DOROSZ[®] ». On avait toujours dans la poche sur nous. Il y avait quand même ce côté où on a chacun sa casquette comme on peut retrouver dans l'espace santé. Donc le stage de 5^{ème} année à l'hôpital oui mais sinon non. Enfin nous, on était quand même ensemble, médecine-pharma à la fac...

Moi : On est encore ensemble mais au nouvel hôpital.

Ph : On se côtoyait avec « les médecines », on se voyait.

Moi : Il n'y avait pas de cours en commun, de formation en commun ?

Ph : Non, non...

Moi : Qui sont en train de mettre en place en ce moment... avec le service sanitaire...

Ph : Ah oui... en plus il y a toute la 1^{ère} année qui est regroupée...

Moi : PACES ? Oui mais ça fait déjà 10ans.

Ph : A 10ans ?

Moi : Oui, oui...

Ph : Ah déjà, ça passe vite (rire).

Moi : Oui ça doit bien faire 8-10 ans maintenant.

Ph : Ok.

Moi : Il parle même d'un retour en arrière... Enfin c'est autre chose... Mais sinon, ils mettent en place la pluridisciplinarité à pleine dose. L'année dernière, on a eu deux jours de formation avec médecin, sage-femme, dentiste, kiné, infirmière... Toutes les filières étaient représentées. On était tous pendant deux jours à travailler ensemble... Bon là le thème choisit n'était pas terrible, c'était de la fin de vie.

Ph : C'est intéressant pourtant...

Moi : Oui, oui très intéressant mais très compliqué dans le sens éthique. Du coup, certains n'étaient pas trop intéressés. Pour avoir été en soin palliatif, je trouve que c'est quand même une thématique assez compliquée. Après c'est sûr, en soin palliatif, pluridisciplinarité à fond.

Ph : Les études étaient sur un an en commun et maintenant sont portés sur deux ans ?

Moi : Ah, non, non...

Ph : Ah j'avais vu un truc comme ça...

Moi : Là vous avez toujours la 1^{ère} année qui est en commun et après chacun part dans sa filière. Et en fait, au milieu, il y a quelques cours qui vont se regrouper. Et là, par exemple en 5^{ème} année, depuis cette année, en parallèle du stage hospitalier, les 5^{èmes} années de pharmacie, les 4^{èmes} années de médecine et les autres filières se retrouvent ensemble et ont un projet à monter au niveau régional. Mais bon après c'est la première année qui font ça donc c'est les « crash-test » ...

Ph : On ne sait pas trop ce que ça va donner... Mais c'est vrai qu'on sent bien qu'on a un peu le vent en poupe. Là on voit qu'il y a quand même des... qu'au niveau de l'argent, il y a un peu d'argent. Et puis il y a surtout une volonté, avec les différents ministres qui viennent nous dire : « voilà la pluridisciplinarité c'est l'avenir ». C'est vrai qu'on est plutôt soutenu. C'est pour ça que moi des fois, quand je vois d'autres professionnels qui ne sont pas pour ou qui ne sont pas trop dedans, moi je me fais un peu petit car c'est vrai qu'on est déjà bien soutenu, ils en entendent parler beaucoup en ce moment. Donc je ne sais pas si c'est plus efficace pour le patient mais ce qui me fait dire... que ça doit être plus avantageux financièrement pour l'état. S'ils poussent comme ça en ce moment c'est qu'il doit y avoir un avantage financier.

Moi : Ben finalement, le but de ces structures est d'éviter l'hospitalisation d'un patient donc c'est sûr que pour eux, c'est « tout bénéf ». Enfin c'est mon point de vue. Donc justement, dans la prise en charge du patient, qu'est-ce que vous pensez que cette nouvelle approche apporte ? On répète un peu ce qu'on dit...

Ph : Non, non mais je ne suis pas sûr que...

Moi : Pour vous, il n'y a pas de bénéfice pour lui ?

Ph : Alors si mais est-ce que lui y voit un bénéfice ? Moi je ne suis sûr qu'il le voie....

Moi : Mais est-ce que le patient est au courant ?

Ph : Ben je ne sais même pas si... Alors c'est ce que je disais tout à l'heure, si le patient sait qu'il y a plusieurs professionnels etc. En général, quand même médecin, infirmier, kiné et pharmacien, il sait quand même. Après les autres professionnels, s'il ne sait pas qu'il y a un ostéopathe. Mais quand il le sait, c'est vrai... enfin je pense que les informations générales circulent bien. Après s'il ne sait pas, je ne suis pas sûr qu'il puisse penser qu'il y ait une plus-value, qu'il voit une différence. Il y a des gens qui ne vont voir que les médecins au-dessus, qui ne vont pas chez les pharmaciens parce qu'ils n'habitent pas ici. Pour eux, c'est comme un médecin classique ailleurs. Donc ça dépend aussi quelle approche il a, où il habite... La question précisément c'était ?

Moi : C'était qu'est-ce que vous pensez de cette nouvelle approche dans la prise en charge du patient ? Quels sont les bénéfices pour lui ?

Ph : Les bénéfices, ben déjà il prend moins de traitement. Quand on se met comme ça à plusieurs, en général, et quand on réfléchit à un cas, il y a un petit peu plus de soin qui vont se tourner vers la kiné, vers la psychologie, vers les choses comme ça... Plutôt que de soigner avec des comprimés. Donc je pense qu'il prend un petit peu moins de traitement.

Moi : Ce n'est pas plus mal...

Ph : Moi je trouve mais bon...

Moi : Il y en a qui dirait que ce n'est pas bon pour l'avenir de la pharmacie...

Ph : Oui c'est ça... Ben après si on veut se diriger vers un système pharmaceutique où l'on est rémunéré à l'acte et pas à la boîte.

Moi : Est-ce que vous avez des patients qui ont refusé cette collaboration ?

Ph : Non je n'ai pas d'exemple... Non parce que s'ils refusent, ils ne viennent pas ici. Je pense...

Moi : Après ils peuvent voir le médecin et leur dire « je n'ai pas envie que l'on parle de mon cas ».

Ph : Ben c'est possible qu'il l'ait dit au médecin mais il ne nous l'ait pas dit. C'est un peu eux qui gèrent le système informatique. Peut-être qu'eux, ils ne répondraient pas la même chose mais personne n'est venu me le dire.

Moi : Est-ce que vous avez un exemple de pluridisciplinarité avec un patient pour lequel ça été bénéfique ?

Ph : ...

Moi : Rapidement, sans détail, est ce qu'il y a quelque chose qui vous a marqué ?

Ph : On a eu un problème sur un patient et on a mis en place quelque chose qui a permis finalement d'éviter que cela se reproduise. C'est bénéfique par rapport à d'autres ordonnances. C'est tout simplement que les médecins puissent mettre sur la même ordonnance les soins pharmaceutiques et infirmiers. Il y a eu un problème sur une injection où les médecins n'avaient pas mis la même chose entre les infirmières et les pharmaciens. L'infirmière n'a pas pu vérifier parce que nous on avait pris l'ordonnance pour commander un produit, ce qu'on ne fait plus maintenant. Et donc du coup, on a fait des protocoles, on a vu pour chaque professionnel, ce qu'il fallait faire. Et pour les médecins, c'était en l'occurrence, une action correctrice, de ne faire qu'une seule ordonnance avec les médicaments et en dessous de la ligne du médicament qui était concerné pour faire les injections, de mettre la petite phrase pour les infirmiers. Afin d'éviter que cela ne se reproduise. La dernière fois, on a eu le cas avec une ordonnance de sortie de clinique écrite à la main où il n'y avait pas marqué la même chose entre l'ordonnance de l'infirmière et l'ordonnance du pharmacien. L'infirmière est revenue et nous a dit « tu n'as pas délivré la bonne quantité ». Ben je lui dis « si regarde c'est marqué deux semaines ». Et sur la sienne, c'était marqué « quatre semaines ». Ben voilà, ben s'ils avaient été à X, en l'occurrence, ils n'auraient pas eu de soucis.

Moi : C'est intéressant, on ne pense pas à ça en premier lieu. Allez une petite question bonus...

Ph : Ouais...

Moi : Imaginez que vous avez un pharmacien face à vous, qu'est-ce que vous lui diriez pour le convaincre d'entrer dans cette démarche ?

Ph : Je ne sais pas s'il y a vraiment de mot à dire. Je crois que c'est aussi une façon de voir le système de soin. Je ne crois pas qu'il y aurait beaucoup de mot à dire à un médecin ou à

un pharmacien qui ne veut pas bosser en pluridisciplinarité. J'ai déjà eu le cas, face à des médecins en l'occurrence... euh bon... Je ne sais pas si je trouverais les mots... parce que vraiment, ce n'est pas simplement de refuser de travailler ensemble parce qu'ils ne refusent pas de travailler ensemble, mais il y a autre chose qui fait... alors des fois il n'y a pas la chance et il y a un peu d'envie mais il y a autre chose qui les poussent à garder un exercice libéral solitaire. Et ce quelque chose, je ne le comprends donc... Je ne suis pas très bon pour ça. J'ai déjà essayé une ou deux fois et je ne sais pas...

Moi : Et si vous avez un confrère par exemple, où on lui propose de rentrer dans ce type de structure (SISA) et qui ne sait pas...

Ph : Ben je lui dirais « Si t'a envie de bosser tout seul, ce n'est pas pour toi ». Je ne lui mentirais pas. « Si par contre, tu penses que c'est intéressant de te remettre en question et de voir un petit peu comment on peut essayer de faire au mieux pour le patient, ben vas-y fonce, tu vas voir, c'est passionnant. » Mais je ne suis pas sûr qu'il y ait beaucoup de pharmaciens qui soit réceptifs à ça...

Moi : Je ne sais pas...

Ph : Mais j'ai déjà essayé, j'ai même des amis très proches avec qui je parle de ça... Bon ben on retombe plus souvent sur l'exercice individuel et libéral.

Moi : C'est leurs choix...

Ph : Je n'ai pas beaucoup de chose...

Moi : Et puis une dernière question, pourquoi avez-vous accepté de me rencontrer ?

Ph : Ah ! Moi tout ce qui tourne autour de la pluridisciplinarité, moi ça m'intéresse. Voilà et il y avait le temps...

Moi : Je m'adapte...

Ph : Dans la pharmacie... Et là c'est lié aussi à la pluridisciplinarité, je pense que c'est dans une mentalité. Nous, on a deux apprentis, on a quatre étudiants systématiquement c'est-à-dire de 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} et 6^{ème} année. Voilà, on partage les connaissances, on partage ce qu'on sait. Si cela peut vous aider pour votre thèse, la question c'est pourquoi je ne le ferais pas ? Donc... je crois que j'ai répondu.

Moi : Eh bien merci beaucoup, c'est sympa.

Ph : De rien.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mazuy M, Prioux F, Barbieri M. L'évolution démographique récente en France. In: Population [Internet]. 2011 [cité 1 oct 2018]. p. 503-54. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/rte/3/PDF/population/popf1134_mazuy_prioux_barbieri.pdf
2. De Haas P. Le médecin généraliste au cœur du parcours de soins.: La coordination du parcours en soins primaires : l'exemple des maisons de santé. Médecine Mal Métaboliques. 1 févr 2017;11(1):18-21.
3. Belche J, Buret L, Duchesnes C, Giet D. Coordination de soins en première ligne : et Mme Dupont ? Santé Conjug. mars 2016;(74):45-50.
4. Berland Y. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences [Internet]. 2003 oct [cité 8 févr 2018] p. 58. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000619.pdf>
5. Descours C. Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire [Internet]. 2003 mai [cité 2 oct 2018] p. 69. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000383.pdf>
6. Berland Y, Bourgueil Y. « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé » [Internet]. Observatoire national de la démographie des professions de santé; 2006 juin [cité 1 oct 2018] p. 135. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cinq_experim_juin2006.pdf
7. Haute Autorité de Santé. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2008 avr [cité 8 févr 2018] p. 61. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16__12_23_31_188.pdf
8. Etat des lieux des Pôles et Maisons de Santé 2016 [Internet]. SolutionsMédicales.fr. 2017 [cité 16 juill 2018]. Disponible sur: <http://solutionsmedicales.fr/gerer-un-cabinet/etat-des-lieux-des-poles-et-maisons-de-sante-2016>

9. Sarkozy N. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. Code de la Santé Publique juill 21, 2009. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
10. Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé. Etude sur les systèmes d'Information des maisons, pôles et centres de santé polyvalents [Internet]. 2011 déc [cité 25 sept 2018] p. 90. Disponible sur: <http://esante.gouv.fr/travaux-d-experts/etude-sur-les-systemes-d-information-des-maisons-poles-et-centres-de-sante>
11. Macron E, Philippe E, Buzyn A, Penicaud M, Darmanin, Gourault J, et al. Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 - Article 39 [Internet]. 2018-1203 déc 22, 2018. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?cidTexte=JORFTEXT000037847585&idArticle=JORFARTI000037847623&categorieLien=cid>
12. Buzyn A, Le Maire B, Travert S, Darmanin G. Arrêté du 9 mars 2018 portant approbation de l'avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie [Internet]. Code de la Santé Publique, 0063 mars 16, 2018. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/3/9/SSAS1803603A/jo/texte>
13. Bras P-L, Kiour A, Maquart B, Morin A. Pharmacies d'officine : rémunération, missions, réseau [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2011 juin [cité 26 oct 2018] p. 208. Report No.: RM2011-090P. Disponible sur:
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000355.pdf>
14. Revel N, Henry F, Gaertner P, Bonnefond G, Fournival J-L. Arrêté du 24 juin 2016 portant approbation des avenants 8 et 9 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie [Internet]. juin 24, 2016. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032788512&categorieLien=id>

15. Direction Générale de l'Offre de Soins. Les centres de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 26 oct 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-centres-de-sante-211965>
16. Georges P, Waquet C. Les centres de santé : Situation économique et place dans l'offre de soins de demain [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2013 juill [cité 4 oct 2018] p. 138. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-119P-Centres_de_sante.pdf
17. Code de la santé publique - Article L6323-3 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031929923&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180913&oldAction=rechCodeArticle&fastReqId=1716214264&nbResultRech=1>
18. Hollande F, Valls M, Royal S, Vallaud-Belkacem N, Taubira C, Sapin M, et al. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. Code de la Santé Publique, 2016-41 janv 27, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
19. Fédération française des maisons et pôles de santé. Qui sommes-nous ? [Internet]. FFMPs. [cité 4 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.ffmps.fr/index.php/la-federation/qui-sommes-nous>
20. Carrey-Conte. Amendement N°II-1040 [Internet]. II-1040 nov 7, 2015 p. 2. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/amendements/3096C/AN/1040.pdf>
21. Sarkozy N. Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 [Internet]. Code de la Santé Publique, 2007-1786 déc 19, 2007. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=D31F50D04C7E28DEFCC8CCD1BEAA9C08.tplgfr24s_2?cidTexte=JORFTEXT000017726554&dateTexte=20181005
22. Code de la santé publique - Article L6323-3. Code de la santé publique.

23. Sarkozy N. 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 - Article 2 [Internet]. Code de la Santé Publique août 10, 2011. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000024462526&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120529&oldAction=rechCodeArticle>
24. Edito du Président : la FFMPS devient AVECSanté - Avenir des équipes coordonnées - AVECSanté [Internet]. AVEC santé. 2019 [cité 27 oct 2019]. Disponible sur:
<https://www.avecsante.fr/edito-du-president-la-ffmps-devient-avecsante-avenir-des-equipes-coordonnees/>
25. Manzi I, Tromeur C. Instruction n°DGOS/PF3/DREES/DMSI/2012/135 du 28 mars 2012 [Internet]. 2012 mars [cité 13 sept 2018] p. 12. Report No.: ETSH1209151J. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/04/cir_35035.pdf
26. Cardoux J-N, Daudigny Y. Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale - Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires [Internet]. Sénat; 2017 juill [cité 26 oct 2018] p. 4. Report No.: 16-686. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-686/r16-686-syn.pdf>
27. Fédération française des maisons et pôles de santé. Organisation [Internet]. FFMPS. 2018 [cité 3 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.ffmps.fr/qui-sommes-nous/organisation/>
28. Foulst M. Maisons de santé, équipes de soins primaires, CPTS... Qui fait quoi ? La CNAM dissèque la coordination [Internet]. Le Quotidien du médecin. 2019 [cité 3 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/maisons-de-sante-equipes-de-soins-primaires-cpts-qui-fait-quoi-la-cnam-disseque-la-coordination>
29. Ameli. Maisons de santé pluriprofessionnelles : des rémunérations en hausse de 30 % [Internet]. Ameli.fr. 2019 [cité 3 oct 2019]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/medecin/actualites/maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-des-remunerations-en-hausse-de-30>
30. Autès M, Dufay M-G. Maisons de santé et aménagement du territoire : une dynamique à partager. Santé Publique. 2009;21:17-25.

31. Agence Régional de Santé. Liste des maisons de santé pluriprofessionnelles en Bourgogne-Franche-Comté : données de l'ARS. 2018.
32. Direction Générale de l'Offre de Soins. Les maisons de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015 [cité 13 sept 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
33. Fédération française des maisons et pôles de santé. Vous avez un projet... [Internet]. FFMPs. [cité 25 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.ffmps.fr/index.php/exercice-coordonne/vous-avez-un-projet>
34. Buzyn A. Arrêté du 27 février 2018 relatif aux centres de santé [Internet]. Code de la Santé Publique, 32 févr 27, 2018 p. 4. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/2/27/SSAH1731210A/jo/texte>
35. Vallet B, Godineau F. Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité [Internet]. Journal officiel de la République Française. Sect. 34, 0049 févr 27, 2015 p. 20. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030289835&categorieLien=id>
36. Berland Y, Annereau A, Berthet J, Errieau G, Leroy O, Ract Y. Mission « Démographie des professions de santé » [Internet]. 2002 nov [cité 8 févr 2018] p. 114. (Paris : La Documentation Française). Report No.: 2002135. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000643.pdf>
37. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. L'assurance maladie face à la crise : Mieux évaluer la dépense publique d'assurance maladie : l'ONDAM et la mesure de l'accessibilité financière des soins [Internet]. HCAAM; 2011 déc [cité 1 oct 2018] p. 184. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_hcaam_version_definitive_2011.pdf
38. Lefeuvre J, Manzi I. Instruction interministérielle n°DGOS/SG-CIV/PF3/2012/351 du 28 septembre 2012 [Internet]. 2012 sept [cité 13 sept 2018] p. 9. Report No.: AFSH1235719J. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_351_280912-2-2.pdf

39. Fédération française des maisons et pôles de santé. Maisons et Pôles de Santé ? [Internet]. FFMPs. [cité 25 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/maisons-et-poles-de-sante>
40. Askenazy P, Dormont B, Geoffard P-Y, Paris V. Pour un système de santé plus efficace. *Cons Anal Économique*. juill 2013;(8):12.
41. Assurance Maladie. Développement des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) : un soutien financier renforcé [Internet]. 2018 [cité 29 oct 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Communique_de_presse_-_Remuneration_des_MSP_-_4_juin.pdf
42. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie [Internet]. 2007 juill [cité 4 oct 2018] p. 150. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport2007.pdf
43. De Haas P. Monter et faire vivre une maison de santé [Internet]. Le Coudrier. 2015 [cité 4 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.edition-lecoudrier.fr/produit/5/9782919374113/monter-et-faire-vivre-une-maison-de-sante/preview#lg=1&slide=0>
44. Commission nationale de l'informatique et des libertés. RGPD : par où commencer [Internet]. CNIL. [cité 23 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/rgpd-par-ou-commencer>
45. Juilhard J-M. Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ? [Internet]. Sénat; 2007 oct [cité 29 oct 2018]. Report No.: 14. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-014.html>
46. Sarkozy N. 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 [Internet]. Code la Santé Publique août 10, 2011 p. 13754. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024457033&categorieLien=id>
47. Ministère de l'Économie et des Finances. BIC - Champ d'application et territorialité - Personnes imposables - Sociétés de personnes et assimilées - Sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) et sociétés, groupements et associations leur ayant préexisté. *Bull Off Financ Publiques-Impôts*. 1 mars 2017;3.

48. Mutuelle d'assurance des professionnels de la santé. L'essentiel sur la SISA [Internet]. Mutuelle d'assurance des professionnels de la santé. 2017 [cité 29 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/Exercice-en-Groupe/Actualites-Conseils/L-essentiel-sur-la-SISA>
49. Fillon F, Bertrand X. Décret n° 2012-407 du 23 mars 2012 relatif aux sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires [Internet]. JORF, 2012-407 mars 23, 2012 p. 5425. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2012/3/23/ETSH1203618D/jo/texte>
50. Direction Générale de l'Offre de Soins. La société interprofessionnelle de soins ambulatoires - SISA [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 13 sept 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/la-societe-interprofessionnelle-de-soins-ambulatoires-sisa>
51. Delpla P, Thevenot J. Les différents modes d'exercice de la médecine [Internet]. Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins; [cité 16 juill 2018]. Disponible sur: http://www.ordmed31.org/IMG/pdf/cdom_31_-_nouveaux_modes_d_exercice.pdf
52. Fédération française des maisons et pôles de santé. Questions-réponses relatives aux sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) [Internet]. Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé; 2015 [cité 16 juill 2018]. Disponible sur: http://www.ffmps.fr/images/SISA/Questions_rponses_SISA_2015-12-15.pdf
53. Bied-Charreton V. Instruction du 23 mars 2012 - Régime fiscal des sociétés de personnes [Internet]. Code Général des Impôts, 8 avr 5, 2012 p. 11. Disponible sur: <http://www11.bercy.gouv.fr/boi/boi2012/4fepub/textes/4f212/4f212.pdf>
54. Magnant A. Rescrit de l'administration fiscale concernant les pharmaciens assujettis à la TVA [Internet]. 2012 [cité 11 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.femasac.fr/telechargements/file/17-rescrit-de-l-administration-fiscale-concernant-les-pharmaciens-assujettis-a-la-tva.html>
55. Ministère des affaires sociales et de la santé. Intégration des pharmaciens dans les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires - Sénat. Journal Officiel du Sénat. 11 avr 2013;1162.

56. Déclaration de M. Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé, sur la proposition de loi relative à la création de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), Assemblée nationale le 7 juillet 2011. [Internet]. 2011 [cité 10 oct 2018]. Disponible sur: <http://discours.vie-publique.fr/notices/113001672.html>
57. Lignot-Leloup M, Courrèges C. Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles [Internet]. août 5, 2017 p. 56. Disponible sur: <https://fnampos.fr/wp-content/uploads/2017/08/ACI-JO.pdf>
58. Haute Autorité de Santé. Principes d'élaboration d'un protocole pluriprofessionnel de soins de premier recours [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2011 nov [cité 25 sept 2018] p. 4. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/ppsrp_2clics_principes_elaboration_4pages.pdf
59. De Cort P, De Jonghe M, Laekeman G. Hypertension : les pharmaciens dans l'engrenage thérapeutique. *Minerva Website*. 2010;9(1):1.
60. Mercier G, Duflos C, Kanouni T, Thévenon J, Chevalier J, Cartron G. Comment quantifier la coordination des soins ? L'exemple de l'hémato-oncologie en France. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. 1 mars 2018;66:S48-9.
61. Organisation Mondiale de la Santé. Guide pédagogique pour la sécurité des patients : édition multi-professionnelle [Internet]. OMS; 2011 [cité 27 mai 2019] p. 78. Disponible sur: https://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/Guide_pedagogique_securite_des_patients_-_introduction.pdf?ua=1
62. Hubert I. Mission de concertation sur la médecine de proximité [Internet]. 2010 nov [cité 23 oct 2018] p. 183. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000622/index.shtml>
63. Philippe E, Buzyn A. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée [Internet]. Code de la Santé Publique, 2018-629 juill 18, 2018. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2018/7/18/2018-629/jo/article_1
64. Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé - Élaboration des protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2012 [cité 9 juill 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2680226/fr/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours

65. Haute Autorité de Santé. Matrice de maturité en soins primaires [Internet]. 2012 déc [cité 9 oct 2018] p. 48. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/matrices_de_maturite_en_soins_primaires_note_de_synthese.pdf
66. Michenot S, Hono R, Girardier J, Mayeur D-H, Jaquement M, Vitu-Loas L. Soins palliatifs et accompagnement. Actual Doss En Santé Publique. 28 sept 1999;(28):39-43.
67. Lasbordes P. Rapport sur le dossier médical personnel (DMP) : quel bilan d'étape pour quelles perspectives ? (compte rendu de l'audition publique du 30 avril 2009) [Internet]. 2009 avr [cité 30 oct 2018] p. 110. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r08-567/r08-5671.pdf>
68. Les Français séduits par le DMP ! [Internet]. Ameli.fr. 2019 [cité 27 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/actualites/les-francais-seduits-par-le-dmp>
69. Foulst M. Les pharmacies dopent la création de nouveaux DMP [Internet]. Le Quotidien du Médecin. 2019 [cité 27 mai 2019]. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2019/01/18/les-pharmacies-dopent-la-creation-de-nouveaux-dmp_865050
70. Agence Française de la Santé Numérique. L'ASIP Santé vous accompagne. 31 mars 2016 [cité 21 sept 2018]; Disponible sur: <http://esante.gouv.fr/services/labellisation/l-asip-sante-vous-accompagne>
71. Agence Française de la Santé Numérique. Les solutions labellisées. 12 avr 2018 [cité 21 sept 2018]; Disponible sur: <http://esante.gouv.fr/services/labellisation/les-solutions-labellisees>
72. Agence Française de la Santé Numérique. Les garanties apportées par le label e-santé. 31 mars 2016 [cité 21 sept 2018]; Disponible sur: <http://esante.gouv.fr/services/labellisation/les-garanties-apportees-par-le-label-e-sante>
73. Ministère des Solidarités et de la Santé. Exercice coordonné : le partage de l'information [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 25 sept 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/exercice-coordonne-le-partage-de-l-information>

74. Article L1110-4 du code de la santé publique [Internet]. Code de la santé publique mars 5, 2002. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000036515027&dateTexte=&categorieLien=id>
75. Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé. Cahier des charges du système d'information des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels et des centres de santé polyvalents [Internet]. 2011 déc [cité 23 oct 2018] p. 90. Disponible sur:
https://esante.gouv.fr/sites/default/files/ASIP_CDC_MPSP_CSP_V1_dec_2011.pdf
76. Giscard-Destain V, Barre R, Peyrefitte A, Bonnet C, Bourges Y, Boulin R, et al. Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés [Internet]. janv 6, 1978. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000886460>
77. Direction Générale de l'Offre de Soins. Guide méthodologique relatif à la circulation au sein des centres et des maisons de santé, des informations concernant la santé des patients [Internet]. 2012 nov [cité 25 sept 2018] p. 20. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodo_circulation_infos_22_11_12.pdf
78. Direction générale de l'offre de soins. La circulation des informations médicales dans les centres et les maisons de santé [Internet]. DGOS; 2012 nov [cité 30 oct 2018] p. 4. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Partage_infos_pro_sante_4_pages.pdf
79. Denneboom W, Dautzenberg M, Grol R, Smet P. Comparison of two methods for performing treatment reviews by pharmacists and general practitioners for home-dwelling elderly people. *J Eval Clin Pract*. 1 juin 2008;14(3):446-52.
80. Chevalier P, Laperche J. Généralistes et infirmières, partenaires pour le suivi des patients chroniques ? *Minerva Website*. 2006;5(7):97.
81. Belche J-L, Berrewaerts M-A, Ketterer F, Henrard G, Vanmeerbeek M, Giet D. De la maladie chronique à la multimorbidité : quel impact sur l'organisation des soins de santé ? *Presse Médicale*. 1 nov 2015;44(11):1146-54.

82. Fédération des maisons de santé comtoises (FéMaSaC), Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS). Le petit guide de la participation en santé de proximité [Internet]. LeComptoir.coop; 2015 [cité 10 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.femasac.fr/telechargements/%20file/89-le-petit-guide-de-la-participation-en-%20sante-de-proximite-femasac-ffmps.html>
83. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'exercice coordonné entre professionnels de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. [cité 13 sept 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/>
84. Berland Y. Commission Démographie médicale [Internet]. 2005 avr [cité 4 oct 2018] p. 64. Disponible sur: http://www.la-fps.fr/rapport_berland_2005.pdf
85. Haute Autorité de Santé. Coopération entre professionnels de santé - Mode d'emploi [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2012 avr [cité 30 oct 2018] p. 6. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/protocole_de_cooperation_-_mode_d_emploi.pdf
86. Arcizet J, Leroy B, Renzullo C, Mondolini P, Donier L, Penaud J-F, et al. Iatrogénie médicamenteuse responsable d'hospitalisation en réanimation : étude descriptive dans un centre hospitalier. *J Pharm Clin.* juin 2018;37(2):111-20.
87. Armantier G. Petit « Livre Blanc » sur iatrogénie médicamenteuse [Internet]. 2016 févr [cité 29 oct 2019] p. 53. Disponible sur: <https://www.adeic.fr/wp-content/uploads/2016/06/Livre-Blanc-sur-iatrog%C3%A9nie-m%C3%A9dicamenteuse-16-02-2016-1.pdf>
88. Burke RE, Guo R, Prochazka AV, Misky GJ. Identifying keys to success in reducing readmissions using the ideal transitions in care framework. *BMC Health Serv Res.* 23 sept 2014;14(1):423.
89. Daniels R, Metzelthin S, van Rossum E, de Witte L, van den Heuvel W. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling older persons: an overview. *Eur J Ageing.* 9 févr 2010;7(1):37-55.
90. Daniels R, van Rossum E, Metzelthin S, Sipers W, Habets H, Hobma S, et al. A disability prevention programme for community-dwelling frail older persons. *Clin Rehabil.* nov 2011;25(11):963-74.

91. Avery A, Rodgers S, Cantrill J. Diminution des erreurs médicamenteuses grâce aux pharmaciens. *Minerva*. 2013;12(4):43-4.
92. Afrite A, Mousquès J. Les formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours. *Quest Déconomie Santé* [Internet]. sept 2014 [cité 9 juill 2018];(201). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/201-les-formes-du-regroupement-pluriprofessionnel-en-soins-de-premiers-recours.pdf>
93. Fiquet L, Hugué S, Annezo F, Chapron A, Allory E, Renaut P. Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. *Pédagogie Médicale*. 1 mai 2015;16(2):105-17.
94. Ministère des solidarités et de la santé, Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Le service sanitaire - Les formations en santé au service de la prévention [Internet]. 2018 févr [cité 23 oct 2018] p. 16. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/system/files/2018-03/180226%20-%20Dossier%20de%20presse%20-%20Service-sanitaire.pdf>
95. Chevillard G. Dynamiques territoriales et offre de soins : l'implantation des maisons de santé en France métropolitaine [Internet] [Géographie]. Université Paris-Ouest-Nanterre-la-Défense; 2015 [cité 11 juill 2018]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/profile/Guillaume_Chevillard/publication/283638621_Dynamiques_territoriales_et_soins_l'implantation_des_maisons_de_sante_en_France_metropolitaine/links/57b6f16e08ae2fc031fd898b.pdf
96. Maurey H. Déserts médicaux : agir vraiment [Internet]. 2013 févr [cité 4 oct 2018] p. 133. Report No.: 335. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r12-335/r12-3351.pdf>
97. Langlois J. La démographie médicale future [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2001 déc [cité 4 oct 2018] p. 22. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/demofuture.pdf>
98. Raffarin J-Pi, Douste-Blazy P. Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. [Internet]. Code de la Santé Publique, 2004-802 juill 29, 2004. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=FBEDCA6D48A9653CE9470DA52532ED49.tplgfr33s_3?cidTexte=JORFTEXT000000421679&dateTexte=29990101

99. Simon F. Maisons de santé interprofessionnelles et déontologie médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2012 oct [cité 4 oct 2018] p. 3. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/maisons_de_sante_pluriprofessionnelles2012.pdf
100. Delanoe J-Y, Offrey C. Maisons de santé pluriprofessionnelles : acteurs et financeurs. oct 2011;(542):68-71.
101. Thietry L-I. Recueil des attentes et du ressenti des professionnels de santé participant aux réunions de territoire du plan démographie meuse 2007/2017 : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. [Internet]. [Nancy]: Lorraine; 2012 [cité 24 oct 2018]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2012_THIETRY_GONNAND_LAURE_ISABELLE.pdf
102. Positions FNI [Internet]. FNI - Fédération Nationale des Infirmiers. 2012 [cité 31 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.fni.fr/actualite-fni/positions-fni/>
103. Fédération nationale des infirmières. Les maisons de santé au JNIL : ça passe ou ça casse | FNI - Fédération Nationale des Infirmiers [Internet]. 2016 [cité 31 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.fni.fr/les-maisons-de-sante-au-jnil-ca-passe-ou-ca-casse/>
104. Martin L. Exercice infirmier en maisons de santé : les plus... et les moins. Actusoins. nov 2014;(14):24-6.
105. Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. Réponses aux questions posées à l'occasion de la webconférence sur le maillage territorial [Internet]. 2018 [cité 4 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/385315/1844563/version/1/file/R%C3%A9ponses+questions+maillage+territorial.pdf>
106. Macron E, Philippe E, Buzyn A, Girardin A. Ordonnance n° 2018-3 du 3 janvier 2018 relative à l'adaptation des conditions de création, transfert, regroupement et cession des officines de pharmacie [Internet]. Code de la Santé Publique janv 4, 2018. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036375715&dateTexte=&categorieLien=id>
107. Pharmacists AS of H-S. Status of collaborative drug therapy management in the United States, March 2004. Am J Health Syst Pharm. 1 août 2004;61(15):1609-10.

108. Pearson GJ. Evolution in the practice of pharmacy - not a revolution! Can Med Assoc J. 24 avr 2007;176(9):1295-6.
109. Michot P, Catala O, Supper I, Bouliou R, Zerbib Y, Colin C, et al. Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique de la littérature. Santé Publique. 6 août 2013;25(3):331-41.
110. Locca J-F, Krähenbühl J-M, Niquille A, Figueiredo H, Bugnon O. Qualité de la prescription médicamenteuse : des progrès grâce à la collaboration médecins-pharmaciens. Rev Médicale Suisse. 2009;5:2382-7.
111. Hughes CM, Hawwa AF, Scullin C, Anderson C, Bernsten CB, Björnsdóttir I, et al. Provision of pharmaceutical care by community pharmacists: a comparison across Europe. Pharm World Sci PWS. août 2010;32(4):472-87.
112. Bertrand X, Baroin F, Péresse V, Le Maire B. Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie [Internet]. 0107 mai 6, 2012 p. 8112. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025804248>
113. Hollande F, Cazeneuve B, Sapin M, Touraine M, Urvoas J-J, Le Foll S, et al. Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 [Internet]. Code de la Santé Publique, 2016-1827 déc 23, 2016. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=1B0FB014D472FC2F704373C99E7F2AE8.tplgfr21s_3?cidTexte=JORFTEXT000033680665&dateTexte=20170102
114. Cazeneuve B, Touraine M, Sapin M, Eckert C. Décret n°2017-985 du 10 mai 2017 relatif à l'expérimentation de l'administration par le pharmacien du vaccin contre la grippe saisonnière [Internet]. Journal officiel de la République Française mai 11, 2017 p. 3. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000034676756
115. Amprou A-C, Fatome T. Arrêté du 10 mai 2017 Pris en application de l'article 66 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 [Internet]. mai 10, 2017. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034677446&dateTexte=20180928>

116. Salomon J, Lignot-Leloup M. Arrêté du 25 septembre 2018 modifiant l'arrêté du 10 mai 2017 pris en application de l'article 66 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 [Internet]. 0222 sept 26, 2018. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037432811&dateTexte=&categorieLien=id>
117. Philippe E, Buzyn A, Darmanin. Décret n° 2019-357 du 23 avril 2019 relatif à la vaccination par les pharmaciens d'officine [Internet]. 2019-357, 2019-357 avr 23, 2019. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038409863&categorieLien=id>
118. Buzyn A, Le Maire B, Travert S, Darmanin G. Arrêté du 14 décembre 2017 portant approbation de l'avenant 11 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie [Internet]. 0293 déc 16, 2017. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036209951>
119. Ameli.fr. Signature de l'avenant 18 sur les TROD de l'angine [Internet]. Ameli.fr. 2019 [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/signature-de-lavenant-18-sur-les-trod-de-langine>
120. Celtipharm. TROD Angine à l'officine : c'est parti [Internet]. Celtipharm. 2019 [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.celtipharm.com/Pages/Actualites/2019/09/TROD-Angine-a-l-officine-c-est-parti.aspx>
121. Macron E, Philippe E, Belloubet N, Parly F, Buzyn A, Darmanin G, et al. Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé [Internet]. Code de la Santé Publique, 2019-774 juill 24, 2019. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038821260&categorieLien=id>
122. Hogg W, Lemelin J, Dahrouge S, Liddy C, Armstrong CD, Legault F, et al. Randomized controlled trial of anticipatory and preventive multidisciplinary team care: for complex patients in a community-based primary care setting. *Can Fam Physician Med Fam Can.* déc 2009;55(12):e76-85.

123. Chevalier P, Laekeman G. Modification de comportement du patient : impact du médecin généraliste et du pharmacien. *Minerva*. avr 2012;11(3):27.
124. Carter BL, Bergus GR, Dawson JD, Farris KB, Doucette WR, Chrischilles EA, et al. A cluster randomized trial to evaluate physician/pharmacist collaboration to improve blood pressure control. *J Clin Hypertens Greenwich Conn*. avr 2008;10(4):260-71.
125. McLean DL, McAlister FA, Johnson JA, King KM, Makowsky MJ, Jones CA, et al. A randomized trial of the effect of community pharmacist and nurse care on improving blood pressure management in patients with diabetes mellitus: study of cardiovascular risk intervention by pharmacists-hypertension (SCRIP-HTN). *Arch Intern Med*. 24 nov 2008;168(21):2355-61.
126. Green BB, Cook AJ, Ralston JD, Fishman PA, Catz SL, Carlson J, et al. Effectiveness of home blood pressure monitoring, Web communication, and pharmacist care on hypertension control: a randomized controlled trial. *JAMA*. 25 juin 2008;299(24):2857-67.
127. Rothman RL, Malone R, Bryant B, Shintani AK, Crigler B, Dewalt DA, et al. A randomized trial of a primary care-based disease management program to improve cardiovascular risk factors and glycated hemoglobin levels in patients with diabetes. *Am J Med*. mars 2005;118(3):276-84.
128. Tsuyuki RT, Johnson JA, Teo KK, Simpson SH, Ackman ML, Biggs RS, et al. A randomized trial of the effect of community pharmacist intervention on cholesterol risk management: the Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists (SCRIP). *Arch Intern Med*. 27 mai 2002;162(10):1149-55.
129. Gattis WA, Hasselblad V, Whellan DJ, O'Connor CM. Reduction in heart failure events by the addition of a clinical pharmacist to the heart failure management team: results of the Pharmacist in Heart Failure Assessment Recommendation and Monitoring (PHARM) Study. *Arch Intern Med*. 13 sept 1999;159(16):1939-45.
130. Wu J, Leung W, Chang S. Suivi téléphonique du pharmacien améliorant la survie ? *Minerva Website*. 2007;6(5):78-80.
131. Santschi V, Chiolero A, Burnand B, Colosimo AL, Paradis G. Impact of pharmacist care in the management of cardiovascular disease risk factors: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Arch Intern Med*. 12 sept 2011;171(16):1441-53.

132. Kwint HF, Faber A, Gussekloo J, Bouvy ML. Effects of medication review on drug-related problems in patients using automated drug-dispensing systems: a pragmatic randomized controlled study. *Drugs Aging*. 1 avr 2011;28(4):305-14.
133. Zermansky A, Aldred D, Petty D, Raynor D, Freemantle N, Eastaugh J, et al. Clinical medication review by a pharmacist of elderly people living in care homes-randomised controlled trial. *nov 2006;35(6):586-91*.
134. Pignorel CV. Automédication et effets indésirables : étude transversale descriptive auprès de 666 personnes consultant dans le quart Nord-Ouest de l'île de la Réunion entre septembre 2013 et mai 2014. *Médecine Hum Pathol*. 15 oct 2014;116.
135. Bryant LJM, Coster G, Gamble GD, McCormick RN. The General Practitioner-Pharmacist Collaboration (GPPC) study: a randomised controlled trial of clinical medication reviews in community pharmacy. *Int J Pharm Pract*. avr 2011;19(2):94-105.
136. Saastamoinen LK, Klaukka TJ, Ilomäki J, Enlund H. An intervention to develop repeat prescribing in community pharmacy. *J Clin Pharm Ther*. juin 2009;34(3):261-5.

PERMIS D'IMPRIMER

Thèse pour obtenir le **Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie**

Présentée par : Camille BONVALOT

Né(e) le : 19 avril 1994

à : Dijon

Et ayant pour titre :

**Rôle et place du pharmacien d'officine
dans les maisons de santé pluriprofessionnelles franc-comtoises**

Vu,

Besançon, le jeudi 31 octobre 2019

Le Président du jury de thèse,

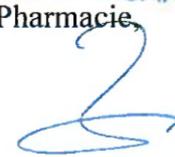


Docteur Virginie NERICH

Vu et Approuvé,

Besançon, le 12/11/2019

Le Président et par délégation,
Pour le Directeur de l'UFR Santé,
Le Doyen de Pharmacie



Professeur X. BERTRAND

Professeur Xavier BERTRAND

Rapport du Président de Jury

Thèse pour obtenir le Diplôme d'Etat de **Docteur en Pharmacie**

Présentée par : Camille BONVALOT

Né(e) le : 19/04/1994

à : Dijon

Titre de la Thèse :

Rôle et place du pharmacien d'officine dans les maisons de santé pluriprofessionnelles franc-comtoises

Le travail a été effectué par le candidat sous la direction du Professeur Virginie NERICH

Le travail présenté est consacré au rôle et à la place du pharmacien d'officine dans les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en Franche-Comté.

Une première partie bibliographique présente les généralités sur ce que sont les MSP et leur organisation, ainsi que le besoin d'une coordination des professionnels de santé, parmi lesquels les pharmaciens d'officine en leur sein. Cette partie, bien documentée, est facile à lire.

Une seconde partie présente un travail original ayant pour objectif principal de réaliser un retour d'expérience des pharmaciens d'officine exerçant à ce jour au sein de MSP. Malheureusement, sur les 427 officines franc-comtoises sollicitées, seules 21 ont répondu parmi lesquelles 6 pharmaciens exerçant au sein d'une SISA ou avec une MSP. Trois d'entre eux ont accepté de partager leur expérience lors d'un entretien semi-directif. Les entretiens ont été analysés et ont permis d'identifier certaines forces et faiblesses à exercer dans ce cadre-là. Cette partie est bien présentée.

Le travail réalisé dans le cadre de cette thèse d'exercice pour l'obtention du diplôme d'état de Docteur en pharmacie a nécessité un investissement personnel de la candidate et peut être soutenu en l'état.

Fait, le jeudi 31 octobre 2019

Le Président de Jury

Professeur Virginie NERICH



RÉSUMÉ

BONVALOT Camille

Thèse soutenue le 4 décembre 2019

Rôle et place du pharmacien d'officine dans les maisons de santé pluriprofessionnelles franc-comtoises

Résumé :

Pour améliorer la prise en charge d'un patient, les professionnels de santé doivent s'unir et travailler ensemble. Pour ce faire, depuis quelques années se sont développées de nouvelles structures qui facilitent le travail en pluridisciplinarité telles que les maisons de santé pluriprofessionnelles, les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires, les pôles de santé, les centres de santé, les communautés professionnelles territoriales de santé. Les professionnels de santé, avec ce nouveau mode d'exercice, doivent sortir de leur exercice individuel pour se rapprocher d'un exercice coordonné. Leur formation initiale est importante pour faciliter cette pluridisciplinarité.

Le pharmacien joue un rôle important au sein de ces équipes pluriprofessionnelles. Il est, comme les autres professionnels de santé, complémentaire des autres. Le pharmacien est le spécialiste du médicament. Il peut apporter ses connaissances pharmacocinétiques, pharmacodynamiques et ses nombreuses autres connaissances au profit du patient.

Un reflet du rôle et de la place du pharmacien exerçant au sein ou à proximité de maisons de santé pluriprofessionnelles a été étudié. L'objet de ce travail a été de réaliser un retour d'expérience des pharmaciens franc-comtois exerçant au sein de ces structures. Sur les 427 officines franc-comtoises sollicitées, seules 21 ont répondu parmi lesquelles 6 pharmaciens exerçant au sein d'une SISA ou avec une MSP. Trois d'entre eux ont accepté de partager leur expérience lors d'un entretien semi-directif. Les entretiens ont été analysés et ont permis d'identifier certaines forces et faiblesses à exercer dans ce cadre-là.

Mots clés : exercice coordonné, maison de santé pluriprofessionnelle, patient, pharmacien, pluridisciplinarité, société interprofessionnelle de soins ambulatoires.