



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1
FACULTE DE PHARMACIE
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES

2014

THESE n°161

THESE

pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présentée et soutenue publiquement le 19 décembre 2014

par

Mme ANGLARD Noémie

Née le 6 juin 1989
à Saint-Etienne

COOPERATION PHARMACIENS – MEDECINS : A PARTIR D'EXPERIENCES EN FRANCE ET
EN SUISSE, ELABORATION DE VOIES D'AVENIR

JURY

Mme VINCIGUERRA Christine, Professeure des Universités – Praticien hospitalier

M. CATALA Olivier, Docteur en pharmacie

M. CHANELIERE Marc, Docteur en médecine

Mme PASQUALINI-CORTAZAR Mélanie, Docteur en pharmacie

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1
FACULTE DE PHARMACIE
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES

2014

THESE n°161

THESE

pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présentée et soutenue publiquement le 19 décembre 2014

par

Mme ANGLARD Noémie

Née le 6 juin 1989

à Saint-Etienne

COOPERATION PHARMACIENS – MEDECINS : A PARTIR D'EXPERIENCES EN FRANCE ET

EN SUISSE, ELABORATION DE VOIES D'AVENIR

JURY

Mme VINCIGUERRA Christine, Professeure des Universités – Praticien hospitalier

M. CATALA Olivier, Docteur en pharmacie

M. CHANELIERE Marc, Docteur en médecine

Mme PASQUALINI-CORTAZAR Mélanie, Docteur en pharmacie

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

- Président de l'Université M. François-Noël GILLY
- Vice-président du Conseil d'Administration M. Hamda BEN HADID
- Vice-président du Conseil Scientifique M. Germain GILLET
- Vice-président du Conseil des Etudes et de la vie Universitaire M. Philippe LALLE

Composantes de l'Université Claude Bernard Lyon 1

SANTE

- UFR de Médecine Lyon Est Directeur : M. Jérôme ETIENNE
- UFR de Médecine Lyon Sud Charles Mérieux Directrice : Mme Carole BURILLON
- Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques Directrice : Mme Christine VINCIGUERRA
- UFR d'Odontologie Directeur : M. Denis BOURGEOIS
- Institut des techniques de réadaptation Directeur : M. Yves MATILLON
- Département de formation et centre de recherche en biologie humaine Directrice : Anne-Marie SCHOTT

SCIENCES ET TECHNOLOGIES

- Faculté des Sciences et technologies Directeur : M. Fabien DE MARCHI
- UFR de Sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS) Directeur : M. Yannick VANPOULLE
- Ecole polytechnique universitaire de Lyon (ex ISTIL) Directeur : M. Pascal FOURNIER
- I.U.T. Lyon 1 Directeur : M. Christophe VITON
- Institut des Sciences financières et d'assurance (ISFA) Directeur : M. Nicolas LEBOISNE
- I.U.F.M Directeur : M. Alain MOUGNIOTTE

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1
ISPB –Faculté de Pharmacie Lyon

LISTE DES DEPARTEMENTS PEDAGOGIQUES

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE SCIENCES PHYSICO-CHIMIQUE ET PHARMACIE GALENIQUE

- **CHIMIE ANALYTIQUE, GENERALE, PHYSIQUE ET MINERALE**

- Monsieur Raphaël TERREUX (Pr)
- Monsieur Pierre TOULHOAT (Pr – PAST)
- Madame Julie-Anne CHEMELLE (MCU)
- Monsieur Lars-Petter JORDHEIM (MCU)
- Madame Christelle MACHON (AHU)

- **PHARMACIE GALENIQUE – COSMETOLOGIE**

- Madame Marie-Alexandrine BOLZINGER (Pr)
- Madame Stéphanie BRIANCON (Pr)
- Madame Françoise FALSON (Pr)
- Monsieur Hatem FESSI (Pr)
- Monsieur Fabrice PIROT (PU – PH)
- Monsieur Eyad AL MOUAZEN (MCU)
- Madame Sandrine BOURGEOIS (MCU)
- Madame Ghania HAMDI-DEGOBERT (MCU – HDR)
- Monsieur Plawen KIRILOV (MCU)
- Monsieur Damien SALMON (AHU)

- **BIOPHYSIQUE**

- Monsieur Richard COHEN (PU – PH)
- Madame Laurence HEINRICH (MCU)
- Monsieur David KRYZA (MCU – PH)
- Madame Sophie LANCELOT (MCU – PH)
- Monsieur Cyril PAILLER-MATTEI (MCU – HDR)
- Madame Elise LEVIGOUREUX (AHU)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE PHARMACEUTIQUE DE SANTE PUBLIQUE

- **DROIT DE LA SANTE**

- Monsieur François LOCHER (PU – PH)
- Madame Valérie SIRANYAN (MCU – HDR)

- **ECONOMIE DE LA SANTE**

- Madame Nora FERDJAOUI MOUMJID (MCU – HDR)
- Madame Carole SIANI (MCU – HDR)
- Monsieur Hans-Martin SPÄTH (MCU)

- **INFORMATION ET DOCUMENTATION**

- Monsieur Pascal BADOR (MCU – HDR)

- **HYGIENE, NUTRITION, HYDROLOGIE ET ENVIRONNEMENT**

- Madame Joëlle GOUDABLE (PU – PH)

- **DISPOSITIFS MEDICAUX**
Monsieur Gilles AULAGNIER (PU – PH)
Monsieur Daniel HARTMANN (Pr)
- **QUALITOLOGIE – MANAGEMENT DE LA QUALITE**
Madame Alexandra CLAYER-MONTEMBAULT (MCU)
Monsieur Vincent GROS (MCU – PAST)
Madame Audrey JANOLY-DUMESNIL (MCU – PH)
Madame Pascale PREYNAT (MCU – PAST)
- **MATHEMATIQUES – STATISTIQUES**
Madame Claire BARDEL-DANJEAN (MCU)
Madame Marie-Aimée DRONNE (MCU)
Madame Marie-Paule PAULTRE (MCU – HDR)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE SCIENCES DU MEDICAMENT

- **CHIMIE ORGANIQUE**
Monsieur Pascal NEBOIS (Pr)
Madame Nadia WALCHSHOFER (Pr)
Monsieur Zouhair BOUAZIZ (MCU – HDR)
Madame Christelle MARMINON (MCU)
Madame Sylvie RADIX (MCU – HDR)
Monsieur Luc ROCHEBLAVE (MCU – HDR)
- **CHIMIE THERAPEUTIQUE**
Monsieur Roland BARRET (Pr)
Monsieur Marc LEBORGNE (Pr)
Monsieur Laurent ETOUATTI (MCU – HDR)
Monsieur Thierry LOMBERGET (MCU – HDR)
Madame Marie-Emmanuelle MILLION (MCU)
- **BOTANIQUE ET PHARMACOGNOSIE**
Madame Marie-Geneviève DIJOUX-FRANCA (Pr)
Madame Anne-Emmanuelle HAY DE BETTIGNES (MCU)
Madame Isabelle KERZAON (MCU)
Monsieur Serge MICHALET (MCU)
- **PHARMACIE CLINIQUE, PHARMACOCINETIQUE ET EVALUATION DU MEDICAMENT**
Madame Roselyne BOULIEU (PU – PH)
Madame Magali BOLON-LARGER (MCU – PH)
Madame Céline PRUNET-SPANO (MCU)
Madame Catherine RIOUFOL (MCU – PH – HDR)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE PHARMACOLOGIE, PHYSIOLOGIE ET TOXICOLOGIE

- **TOXICOLOGIE**
Monsieur Jérôme GUITTON (PU – PH)
Madame Léa PAYEN (MCU – HDR)
Monsieur Bruno FOUILLET (MCU)
Monsieur Sylvain GOUTELLE (AHU)

- **PHYSIOLOGIE**
 - Monsieur Christian BARRES (Pr)
 - Monsieur Daniel BENZONI (Pr)
 - Madame Kiao Ling LIU (MCU)
 - Monsieur Ming LO (MCU – HDR)

- **PHARMACOLOGIE**
 - Monsieur Michel TOD (PU – PH)
 - Monsieur Luc ZIMMER (PU – PH)
 - Monsieur Roger BESANCON (MCU)
 - Madame Evelyne CHANUT (MCU)
 - Monsieur Nicola KUCZWSKI (MCU)
 - Monsieur Olivier CATALA (Pr PAST)
 - Madame Corinne FEUTRIER (MCU – PAST)
 - Madame Mélanie THUDEROZ (MCU – PAST)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DES SCIENCES MEDICALES A

- **IMMUNOLOGIE**
 - Monsieur Jacques BIENVENU (PU – PH)
 - Monsieur Guillaume MONNERET (PU – PH)
 - Madame Cécile BALTER-VEYSSEYRE (MCU – HDR)
 - Monsieur Sébastien VIEL (AHU)

- **HEMATOLOGIE ET CYTOLOGIE**
 - Madame Christine TROUILLOT-VINCIGUERRA (PU – PH)
 - Madame Brigitte DURAND (MCU – PH)
 - Monsieur Olivier ROUALDES (AHU)

- **MICROBIOLOGIE ET MYCOLOGIE FONDAMENTALE ET APPLIQUEE AUX BIOTECHNOLOGIES INDUSTRIELLES**
 - Monsieur Patrick BOIRON (Pr)
 - Monsieur Jean FRENEY (PU – PH)
 - Madame Florence MORFIN (PU – PH)
 - Monsieur Didier BLAHA (MCU)
 - Madame Ghislaine DESCOURS (MCU – PH)
 - Madame Anne DOLEANS JORDHEIM (MCU – PH)
 - Madame Emilie FROBERT (MCU – PH)
 - Madame Veronica RODRIGUEZ-NAVA (MCU – HDR)

- **PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE MEDICALE**
 - Monsieur Philippe LAWTON (Pr)
 - Madame Nathalie ALLIOLI (MCU)
 - Madame Samira AZZOUZ-MAACHE (MCU – HDR)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DES SCIENCES MEDICALES B

- **BIOCHIMIE – BIOLOGIE MOLECULAIRE – BIOTECHNOLOGIE**
 - Madame Pascale COHEN (Pr)
 - Monsieur Alain PUISIEUX (PU – PH)
 - Monsieur Karim CHIKH (MCU – PH)
 - Madame Carole FERRARO-PEYRET (MCU – PH – HDR)
 - Monsieur Boyan GRIGOROV (MCU)

Monsieur Olivier MEURETTE (MCU)
Madame Caroline MOYRET-LALLE (MCU – HDR)
Madame Angélique MULARONI (MCU)
Madame Stéphanie SENTIS (MCU)
Monsieur Anthony FOURIER (AHU)

- **BIOLOGIE CELLULAIRE**

Madame Bénédicte COUPAT-GOUTALAND (MCU)
Monsieur Michel PELANDAKIS (MCU – HDR)

- **INSTITUT DE PHARMACIE INDUSTRIELLE DE LYON**

Madame Marie-Alexandrine BOLZINGER (Pr)
Monsieur Daniel HARTMANN (Pr)
Monsieur Philippe LAWTON (Pr)
Madame Sandrine BOURGEOIS (MCU)
Madame Marie-Emmanuelle MILLION (MCU)
Madame Alexandra MONTEBAULT (MCU)
Madame Angélique MULARONI (MCU)
Madame Valérie VOIRON (MCU – PAST)

- **Assistants hospitalo-universitaires sur plusieurs départements pédagogiques**

Madame Emilie BLOND
Madame Florence RANCHON

- **Attachés temporaires d'enseignement et de recherche (ATER)**

Madame Sophie ASSANT 85^e section
Monsieur Benoit BESTGEN 85^e section
Madame Marine CROZE 86^e section
Madame Mylène HONORAT MEYER 85^e section

Pr : Professeur
PU – PH : Professeur des universités, praticien hospitalier
MCU : Maître de conférences des universités
MCU – PH : Maître de conférences des universités, praticien hospitalier
HDR : Habilitation à diriger les recherches
AHU : Assistant hospitalier universitaire
PAST : Personnel associé temps partiel

REMERCIEMENTS

A Madame Christine VINCIGUERRA, présidente du jury,

Pour avoir accepté la lecture de ce document et la présidence de ce jury. Merci pour votre investissement et le temps que vous m'avez accordé.

A Monsieur Olivier Catala, directeur de la présente thèse,

Pour la confiance, l'autonomie que vous m'avez accordées et votre patience tout au long de ce travail.

Pour la passion avec laquelle vous exercez votre profession et pour votre investissement auprès des étudiants. Merci pour ces enseignements, qui me suivront tout au long de ma carrière.

A Monsieur Marc Chanelière, membre du jury

Pour l'accueil chaleureux que vous m'avez consacré au cours de la journée de stage que j'ai effectué au sein de votre cabinet de médecine générale à Oullins.

Pour votre investissement, votre patience et vos qualités d'écoute, qui m'ont particulièrement marqué lors de notre rencontre.

A Madame Mélanie Paqualini-Cortazar, membre du jury

Pour ta patience et l'aide précieuse que tu m'as apportée grâce à ton expérience au pôle de santé des Allymes.

A mes formateurs,

A Monsieur Reynaud, titulaire de la pharmacie de Carnot, pour m'avoir permis d'accéder à une formation de qualité tout au long de mes études.

A Sylviane, pour la relecture de ce travail.

Merci pour votre investissement et le temps octroyé à ma formation depuis mes débuts.

Votre investissement dans la profession que vous exercez, vos connaissances et la patience avec laquelle vous les transmettez me laissent espérer que ma carrière sera aussi riche que la vôtre.

A Alexandra, Audrey, Catherine, Charlène, Charlotte, Emilie, Isabelle, Marion, Perrine pour le temps passé à répondre à mes questions au cours de ces quatre dernières années. Merci pour votre soutien et votre aide sans laquelle « mini-pharmacien » ne serait probablement jamais devenu grand. C'est un plaisir de travailler avec vous.

A Monsieur Vendange, titulaire de la pharmacie de Bergson, pour votre investissement tout au long de ma formation.

A Céline, Delphine, Karine, Monia, Nadine, Nathalie, Pascal pour votre patience et pour votre accueil toujours plus chaleureux à chacun de mes stages.

Remerciements particuliers à Céline, pour le temps passé à sentir, toucher, goûter des poudres plus blanches les unes que les autres. Et pour toutes les préparations réalisées avec plus ou moins de dextérité. Merci pour ta patience.

A ma famille,

A mes parents, pour votre soutien, pour la confiance et pour tout l'amour que vous me portez. Merci pour votre investissement et vos encouragements au cours de ces six années.

A mon frère, Matthieu, pour ton soutien et tes encouragements. Je suis fier de ce que l'on est devenu.

A mon Loulou, pour ton amour et ton soutien sans faille, pour ta présence malgré la distance. Merci pour toute l'attention et le temps que tu m'accordes. Je te souhaite toute la réussite que tu mérites.

A mes grands-parents, mamie Dédé, mamy Michèle, Patrice, papi Daniel et à Brigitte, pour votre présence, votre soutien et vos encouragements.

A mes oncles, mes tantes, mes cousins et mes cousines, pour votre soutien.

A Martine et Dominique, et à papi Robert, pour votre accueil toujours aussi chaleureux, votre présence et votre soutien.

A Nicolas, Adrien et Fanny, pour votre accueil, votre soutien et votre bonne humeur. C'est un plaisir de partager du temps avec vous. Merci à Adri, pour ton expérience qui envoûte tant ton petit frère ; je vous dédie la partie de cette thèse sur la Suisse. Merci à Fann et Nico pour l'écoute et la disponibilité que vous m'avez accordée tous ces dimanches.

A Pierre et Sandrine, à leur fils Alexandre, pour votre soutien et pour l'aide que vous m'avez apportée. Merci pour votre bonne humeur, c'est toujours un plaisir de passer un moment avec vous.

A Anne et Olivier, pour votre soutien et votre présence.

A mon arrière grand-mère, ma mamy de Thonon, partie trop vite. Pour ton amour, ta tendresse, pour tous les bons souvenirs que tu m'as laissé. Et pour tous les « scrogneugneu ». Je te dédie cette thèse.

A mes amis,

A Céline, ma petite sœur de cœur, pour cette belle amitié qui nous unit. Merci pour ton soutien sans faille et ton écoute. A tous nos fous rires, nos moments de honte ou de tristesse. Tu as toujours été là ; en espérant que cette amitié perdure, je te souhaite tout le bonheur que tu mérites.

A Shirley, ma confidente, pour ces années que tu as su rendre plus belles. Merci pour ton soutien, en toutes circonstances.

A Vincent, le blond, pour ton infaillible soutien pour les verts, et pour ton accueil à chaque fois que je viens.

A Charlotte, mon binôme, pour ton sens de la perfection, de l'organisation et toutes les petites qualités qui m'ont manqué au cours de nos études. Merci pour ta présence et pour tous nos moments passés ensemble. Je n'oublierai jamais tous ces TP, les avions en papiers de la P1 et les horribles ronéos.

A Ludivine, Caroline, Valérie, Clémentine, pour ces belles années passées sur les bancs de la fac en votre compagnie.

A Audrey et Mariette et Elodie, pour leur amitié, en souvenir du trio infernal.

A Caroline, pour ton soutien, ta gentillesse et ton aide tout au long de mes études. Merci pour ton investissement lors de mes premières années de pharma.

A Cyrille, Magali, et à toute l'équipe de l'Indépendante Stéphanoise, pour toutes ces années à vos côtés pleines d'émotion, de sueur, de déceptions mais aussi de médailles et de satisfaction.

A toutes les jeunes filles que j'ai pu entraîner, pour tous les petits bonheurs quotidiens que vous m'avez apportés.

A tous ceux que je n'ai pas cités explicitement.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	7
TABLE DES MATIERES.....	11
LISTE DES TABLEAUX.....	14
LISTE DES FIGURES	14
TABLE DES ABREVIATIONS	15
INTRODUCTION	16
LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES CHRONIQUES : DES PROBLEMATIQUES DU SYSTEME DE SANTE ACTUEL A LA NAISSANCE DE LA COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE.....	19
1 INTRODUCTION.....	20
1.1 <i>Définition des maladies chroniques</i>	20
1.2 <i>La prise en charge des maladies chroniques</i>	20
1.2.1 Les Affections longue durée : quelques chiffres	21
1.2.2 Organisation du système de santé dans la prise en charge des malades.....	22
2 PROBLEMATIQUES DU SYSTEME DE SOINS DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES CHRONIQUES	23
2.1 <i>Un système à l'efficacité sélective</i>	23
2.1.1 Le monopole médical.....	23
2.1.2 Une structure normée.....	24
2.1.3 Une dualité pathologie aiguë / pathologie chronique	25
2.2 <i>Un système à l'organisation inadaptée</i>	25
2.2.1 Prédominance de l'hôpital	26
2.2.2 Une médecine de soins primaires à la traîne	26
2.2.2.1 La démographie médicale	26
2.2.2.2 La rémunération des médecins	28
3 EVOLUTIONS JURIDIQUES DES POLITIQUES D'ORGANISATION DES SOINS DE PREMIER RECOURS.....	33
3.1 <i>Définition des soins primaires</i>	33
3.2 <i>La coordination : une fonction émergente dans la réorganisation du système de santé</i>	33
3.2.1 Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.....	33
3.2.2 Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.....	34
3.2.3 Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.....	35
4 LA COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE	36
4.1 <i>De la coordination des soins à la coopération interprofessionnelle</i>	36
4.2 <i>Initiation du dispositif de coopération interprofessionnelle en France</i>	36
4.3 <i>Les modèles de coopération</i>	38
4.3.1 Une logique de substitution	39
4.3.2 Une logique de diversification.....	39
4.4 <i>La coopération pharmaciens-médecins</i>	39
LA COOPERATION PHARMACIENS-MEDECINS.....	40
1 PHARMACIEN ET MEDECIN : UN DUO AMENE A COLLABORER	41
1.1 <i>Introduction</i>	41
1.2 <i>La loi HPST : le médecin de premier recours</i>	42

1.3	<i>La démographie des professions de santé : le pharmacien, un acteur de proximité</i>	43
1.4	<i>La loi HPST : les nouvelles missions du pharmacien d'officine</i>	43
1.4.1	Les missions obligatoires.....	43
1.4.2	Les missions facultatives.....	44
1.5	<i>Les moyens concrets favorisant la coopération pharmaciens-médecins</i>	45
1.5.1	Le dossier médical personnel.....	45
1.5.2	Le pharmacien correspondant.....	47
1.5.3	Les entretiens pharmaceutiques.....	48
1.5.4	L'opinion pharmaceutique.....	50
1.6	<i>Objectifs de la coopération</i>	51
2	LES FACTEURS INFLUENÇANT LA COOPERATION PHARMACIENS-MEDECIENS	52
2.1	<i>Les facteurs liés à l'organisation du système de soins primaires</i>	52
2.2	<i>Les facteurs liés aux relations humaines entre professionnels de santé</i>	54
2.2.1	Formation initiale et développement continu des professionnels de santé.....	54
2.2.2	La communication interprofessionnelle.....	56
2.2.2.1	Moyens de communication.....	56
2.2.2.2	Situations conduisant à une communication entre professionnels de santé.....	56
2.2.3	Coordonateur du projet et retour d'informations.....	60
2.3	<i>Les facteurs liés à l'autonomie de chacun des acteurs du projet de coopération</i>	61
2.3.1	La gouvernance de proximité.....	61
2.3.2	Le patient au centre du dispositif : normes juridiques relatives à l'exercice des différents professionnels de santé.....	62
2.3.2.1	Autonomie du patient et choix éclairé.....	62
2.3.2.2	Indépendance professionnelle.....	63
2.3.2.3	Echange d'informations entre professionnels et secret médical.....	64
2.4	<i>Les facteurs liés à la nature du projet de coopération</i>	65
2.4.1	Degré d'implication des intervenants.....	65
2.4.2	Ambition du projet de coopération.....	65
	EXPERIENCES CONCRETES DE COOPERATION PHARMACIENS-MEDECIENS EN FRANCE	69
1	EXEMPLES DE TYPES DE COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE DEVELOPPES EN FRANCE	70
1.1	<i>Les réseaux de santé</i>	70
1.2	<i>Les pôles et maisons de santé</i>	73
1.2.1	Définition des pôles et maisons de santé.....	73
1.2.2	Formes juridiques des maisons de santé.....	74
1.2.3	Rémunération des maisons de santé.....	75
1.2.4	Formes juridiques des pôles de santé.....	79
1.2.5	Exemple du pôle de santé d'Ambérieu-en-Bugey.....	80
1.2.5.1	Présentation du pôle de santé des Allymes.....	80
1.2.5.2	Exemple de mise en place d'un protocole de soins.....	83
1.3	<i>Expériences isolées de coopération pharmaciens-médecins : quelles conclusions ?</i>	85
1.3.1	Une faible documentation française.....	85
1.3.2	Le module ESPREC.....	86
1.3.3	Conclusions.....	88
2	COMPTE RENDU D'UNE EXPERIENCE PERSONNELLE DE COOPERATION	89
2.1	<i>Après-midi de formation commune</i>	89
2.2	<i>Déroulement de ma journée de stage chez le médecin généraliste</i>	92
2.3	<i>Retours d'expérience de la part des étudiants ayant réalisé l'échange</i>	101
	MODELES D'ORGANISATION CONCRETES DES RELATIONS PHARMACIENS-MEDECIENS : EXPERIENCES EN SUISSE. QUELLES VOIES D'AVENIR POUR LA FRANCE ?	105

1	EXPERIENCES DE COOPERATIONS PHARMACIENS-MEDECINS EN SUISSE	106
1.1	<i>Le système de santé suisse</i>	106
1.1.1	Organisation du système de santé Suisse	106
1.1.2	Intégration des soins	108
1.2	<i>Modèles de coopération pharmaciens-médecins en Suisse</i>	110
1.2.1	Les cercles de qualité	110
1.2.2	Les analyses de médication.....	114
1.2.3	Assistance pharmaceutique dans les établissements médico-sociaux suisses	115
1.2.4	Les pharmacies du cœur à Genève	116
1.2.5	NetCare	119
1.3	<i>Modes de rémunération des pharmaciens suisses</i>	121
2	QUELS ENSEIGNEMENTS NOUS APPORTENT LES EXPERIENCES SUISES ? PROPOSITIONS DE VOIES D'AVENIR EN FRANCE.....	125
2.1	<i>Les cercles de qualité</i>	125
2.1.1	Description	125
2.1.2	Modalités pratiques	126
2.1.2.1	L'intitulé du protocole de coopération.....	126
2.1.2.2	Objectifs	126
2.1.2.3	Lieu de mise en œuvre	127
2.1.2.4	Organisation concrète d'une réunion de l'ESPOT.....	127
2.1.2.5	Références utilisées.....	128
2.1.2.6	Système d'information	128
2.1.2.7	Suivi du protocole.....	129
2.1.2.8	Traçabilité et archivage	130
2.1.3	Identifications des limites	130
2.1.4	Identification des bénéfices apportés	131
2.1.4.1	Du point de vue des médecins	131
2.1.4.2	Du point de vue des pharmaciens	132
2.1.4.3	Du point de vue de l'Assurance maladie	132
2.2	<i>La télémédecine</i>	133
2.2.1	Type de projet.....	134
2.2.2	Description du processus de prise en charge des patients	135
2.2.3	Résultats escomptés lors de la conception du projet	136
2.2.4	Gouvernance du projet de télémédecine	136
2.2.5	Description de l'organisation de mise en œuvre	136
2.2.6	Rôles et compétences de chacun des acteurs.....	137
2.2.6.1	Les médecins spécialistes	137
2.2.6.2	Les médecins généralistes	137
2.2.6.3	Les pharmaciens.....	137
2.2.6.4	Les infirmiers	138
2.2.7	Les moyens techniques	138
2.2.8	La contractualisation et le conventionnement	139
2.2.9	Le financement	139
2.2.10	Apport de l'expérience suisse dans ce projet de télémédecine	139
	CONCLUSIONS.....	141
	BIBLIOGRAPHIE.....	144

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les propriétés du système de paiement

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Mesures d'amélioration de la communication entre partenaires

Figure 2 : Evolution de la densité de prescription des quinolones de 2002 à 2007 pour les copionniers (vert) et le groupe témoin (bleu)

Figure 3 : Recyclage des médicaments non utilisés et rôle de la pharmacie du cœur

Figure 4 : Tri par les pharmaciens et vidéoconsultations.

TABLE DES ABREVIATIONS

<u>ALD</u> :	Affection longue durée
<u>ARS</u> :	Agence régionale de santé
<u>AVK</u> :	Anti-vitamine K
<u>CNAMTS</u> :	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
<u>DMP</u> :	Dossier médical personnel
<u>DP</u> :	Dossier pharmaceutique
<u>EMS</u> :	Etablissement médico-social
<u>EPPM</u> :	Enquête permanente sur la prescription médicale
<u>ESPOT</u> :	Equipe de soins primaires pour l'optimisation thérapeutique
<u>ESPREC</u> :	Equipe de soins de premier recours en suivi de cas complexe
<u>HAS</u> :	Haute autorité de santé
<u>HPST</u> :	Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
<u>FIQCS</u> :	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
<u>IPADAM</u> :	Interventions pharmaceutiques a propos du dossier pharmaceutique et de l'automédication
<u>IRDES</u> :	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
<u>MSA</u> :	Mutuelle santé agricole
<u>OCDE</u> :	Organisation de coopération et de développement économique
<u>OMS</u> :	Organisation mondiale de la santé
<u>ONDPS</u> :	Observatoire national de la démographie des professions de santé
<u>PAERPA</u> :	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
<u>PPC</u> :	Pression positive continue
<u>PROSPERE</u> :	Partenariat pluridisciplinaire de recherche sur l'organisation des soins de premiers recours
<u>SEGA</u> :	Short emergency geriatric assessment

INTRODUCTION

En France, le nombre de patients porteurs de pathologies chroniques ne cesse d'augmenter. Les progrès thérapeutiques majeurs des dernières décennies ont permis un accroissement de l'espérance de vie, avec, en parallèle, une hausse du nombre de patients atteints de pathologies chroniques. Comme nous le verrons, le coût des affections de longue durée pour l'assurance maladie est important ; et dans un contexte où l'optimisation des soins en regard d'une maîtrise des coûts est recherchée, il convient de développer de nouvelles formes de travail.

Dans ce contexte, associé à une démographie médicale en forte baisse sur le territoire français avec l'apparition de « déserts médicaux », il semble que les coopérations interprofessionnelles apparaissent comme une solution d'avenir.

Dans un premier temps, il conviendra de positionner le contexte politique et législatif afin de déterminer comment les premières expérimentations interprofessionnelles ont vu le jour en France, il y a quelques années. L'étude des facteurs susceptibles d'influencer les relations entre acteurs de soins de premier recours nous permettra de comprendre qu'il n'est pas toujours aisé de construire une relation de confiance durable.

Cette thèse est principalement orientée sur les coopérations entre les pharmaciens et les médecins de proximité. Notre travail consiste à décrire les prémisses des coopérations interprofessionnelles en France, dont peu d'études sont documentées à ce jour, à l'instar des pôles et maisons de santé, ainsi que d'expérimentations proposées par les facultés.

Les balbutiements des protocoles de coopération nous amènent à nous questionner sur les évolutions possibles de ces modèles interprofessionnels en France. Pour cela, notre étude s'est dirigée en Suisse, pays transfrontalier, pionnier en matière de coopération pharmaciens-médecins, dont les premiers réseaux de santé ont été créés il y a plus de vingt ans. Comme nous le verrons, de nombreux protocoles existent et ont prouvé leur efficacité.

C'est ainsi qu'à partir des données législatives et expérimentales françaises, ce travail de thèse consiste à élaborer de nouvelles pistes de réflexion concernant la coopération pharmaciens – médecins.

La prise en charge des pathologies chroniques :
des problématiques du système de santé
actuel à la naissance de la coopération
interprofessionnelle

1 Introduction

1.1 Définition des maladies chroniques

D'après le Haut Conseil de la santé publique¹, une maladie chronique se caractérise selon trois critères :

- la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive appelé à durer ;
- une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle ;
- un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :
 - une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale,
 - une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle,
 - la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

1.2 La prise en charge des maladies chroniques

Avec plus de 15 millions de personnes souffrant de maladies chroniques en France², la prise en charge de ces patients représente un défi majeur pour le système de santé en termes de morbidité, de mortalité, de qualité des soins et d'impact financier.

1.2.1 Les Affections longue durée : quelques chiffres

En France, selon Hubert Allemand, médecin conseil national de la CNAMTS, l'estimation du nombre de personnes atteintes d'une maladie chronique peut être déterminée à partir du nombre de personnes déclarées en ALD. Néanmoins, cette méthode ne permet pas de connaître le nombre de personnes exactes atteintes de maladie chronique : aujourd'hui, 28 millions de personnes reçoivent un traitement de manière périodique pour une même pathologie (au moins 6 fois par an) alors que 8,6 millions de Français sont déclarés en ALD.

Le dispositif des ALD est régi par les articles L.322-3, L.324-1 et D.322-1 du Code de la Sécurité sociale stipulant que la participation du patient au coût des soins peut être limitée, voire supprimée, lorsque celui-ci est reconnu atteint de l'une des 30 affections ou groupes d'affections figurant sur une liste établie par décret. D'après l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), l'incidence des ALD ne cesse de s'accroître au fil du temps : le nombre de nouveaux cas par an est en effet passé de 664 822 en 1997 à 1 301 189 en 2010, soit un accroissement annuel moyen de l'incidence de l'ensemble des ALD de 5,3 %. A l'échelle mondiale, les maladies chroniques devraient être responsables de 69 % des décès en 2030, contre 59 % en 2002⁴.

Le fardeau économique associé est important. En France, on estime à 7,5 % le pourcentage d'ALD parmi la population française en 2009, soit 8,6 millions d'ALD pour une population estimée à 64,7 millions d'habitants⁵.

D'après une étude de l'assurance maladie⁶, les dépenses annuelles totales pour les personnes en affection de longue durée représentaient plus de 65 milliards d'euros en 2009. Les ALD constituent ainsi 64 % des dépenses totales de l'assurance maladie⁷.

1.2.2 Organisation du système de santé dans la prise en charge des malades

Le système de santé français présente un certain nombre d'atouts ou d'éléments incitatifs favorables⁸ à la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques, parmi lesquels une assurance maladie généralisée, les attentes croissantes des citoyens relatives aux maladies chroniques et la volonté d'y répondre des pouvoirs publics, les coûts hospitaliers élevés des maladies chroniques ou encore l'existence de plans d'intervention personnalisés dans le cadre des protocoles de soins des patients pris en charge en ALD. Cependant, le système de santé français est encore majoritairement organisé pour traiter des maladies aiguës et se révèle mal adapté pour répondre aux besoins des pathologies chroniques : en effet, la programmation annuelle des dépenses de santé convient à la gestion des maladies aiguës et leurs conséquences immédiates mais s'adapte difficilement à la gestion des risques à long terme des maladies chroniques. De plus, le système hospitalier est financé sur la base d'un modèle de soins aigus : le tarif est calculé en fonction du diagnostic de départ et des examens réalisés au cours de l'hospitalisation. Les actes de prévention ou d'éducation thérapeutique ne modifient pas le tarif du séjour, ce qui n'incite pas à une prise en charge optimale des personnes atteintes de pathologies chroniques.

Le développement des soins curatifs se poursuit au détriment d'actions de prévention, de promotion de la santé ou d'éducation thérapeutique. En effet, le financement de ces dernières est perçu comme une charge grevant considérablement le budget alors qu'elles constituent un réel investissement pour l'avenir.

En France, la question du déficit de l'assurance maladie renvoie à la recherche d'un fonctionnement optimal du système de soins en améliorant l'efficacité et l'efficience des soins dispensés aux patients atteints d'une maladie chronique. Il est alors intéressant d'étudier quelles sont les problématiques du système de santé actuel pour une prise en charge optimale des patients porteurs de telles pathologies.

2 Problématiques du système de soins dans la prise en charge des pathologies chroniques

La plupart des systèmes de santé occidentaux sont considérés comme étant en crise, la manifestation la plus évidente restant la difficulté financière. Cette crise provient du fait que, en se développant, le système sanitaire produit des contradictions qui sont à l'origine des difficultés qu'il connaît⁹.

2.1 Un système à l'efficacité sélective

Le système sanitaire repose aujourd'hui sur l'autonomie de la décision médicale complétée par le principe de modularité des relations entre les composantes du système.

2.1.1 Le monopole médical

En France, l'exercice de la médecine occupe une place centrale et privilégiée en rapport aux compétences des autres professions médicales et paramédicales qui se sont construites autour du monopole médical¹⁰. Celui-ci est défini comme une exonération légale au principe de protection de l'intégrité corporelle des personnes, c'est-à-dire que seuls les médecins sont autorisés à porter atteinte à cette intégrité¹¹. Dans le Code de la santé publique, le périmètre d'exercice des autres professions de santé est défini en dérogation à ce monopole.

La décision médicale représente l'essence de l'activité sanitaire : en effet, le médecin est à l'origine d'un diagnostic, d'une prescription, d'une thérapeutique dans le but de réaliser une intervention¹². Pour cela, il s'appuie sur un certain nombre d'informations émanant du patient lui-même par le biais d'un interrogatoire, d'un examen clinique ou encore d'examens techniques complémentaires. A cet instant donné, le médecin a toutes les informations susceptibles de fournir les meilleures décisions pour le patient. Il apparaît alors que l'autonomie de la décision médicale

représente la condition de la qualité des soins. Ceci suppose toutefois que chaque médecin possède les compétences nécessaires permettant de passer des informations aux décisions les plus efficaces.

Il est évident que l'autonomie de la décision médicale reste une condition nécessaire de la qualité des résultats. Toutefois, elle permet d'expliquer la structure du système, caractérisée par des relations plutôt normées entre les composantes. En effet, le décloisonnement du système de santé paraît difficile quand il s'agit de préserver l'autonomie de chaque professionnel de santé.

2.1.2 Une structure normée

La seconde difficulté à laquelle sont confrontées les personnes atteintes d'une maladie chronique reste le cloisonnement du système de santé, avec la segmentation des compétences et des responsabilités professionnelles.

Le système sanitaire est composé de différents modules : les généralistes, les spécialistes, les laboratoires d'analyses médicales, les hôpitaux, les pharmacies, etc. Chacun de ces modules travaille de façon indépendante, préservant l'autonomie de la décision médicale et contribuant à l'efficacité de la prise en charge des maladies aiguës. En effet, la prise en charge de ces maladies d'une durée limitée n'exige normalement pas la coordination des interventions de multiples professionnels. La normalisation des échanges entre les professionnels favorise l'efficacité et la rapidité des interventions. Cependant, lorsque la situation nécessite une prise en charge pluridisciplinaire du patient, comme c'est le cas des pathologies chroniques, l'efficacité peut être affectée par le fait que les relations interprofessionnelles sont faibles voire inexistantes.

2.1.3 Une dualité pathologie aiguë / pathologie chronique

Dans le cas des maladies aiguës, les connaissances et les capacités de réponse permettent de trouver rapidement une solution satisfaisante au problème du patient. En effet, le système de santé actuel est fortement efficace dans la gestion de problèmes impliquant de courtes durées de traitement, un nombre limité d'intervenants et une certaine passivité du patient. Cependant, dans le cas des maladies chroniques, la différence essentielle consiste en l'objectif de la prise en charge : ici il ne s'agit souvent pas de guérir le patient, mais de l'accompagner au long cours dans le but de maintenir son état de santé en freinant sa dégradation. L'efficacité est alors plus réduite et l'organisation sanitaire doit être modifiée afin de prendre en charge le patient sur sa vie entière le plus souvent, avec des interventions variées de professionnels différents. Par ailleurs, l'implication du patient est à considérer puisqu'elle a un impact marqué sur le maintien de l'état de sa santé.

La dualité entre pathologie chronique et pathologie aiguë entraîne un paradoxe selon lequel l'efficacité sélective améliore l'état des patients atteints d'une maladie aiguë et contribue à augmenter leur durée de vie et le vieillissement de la population ; cependant, elle contribue aussi à augmenter le poids relatif des pathologies chroniques dans la structure de la morbidité^{13, 14, 15}. L'efficacité étant moindre pour ces maladies^{16, 17, 18}, la performance globale du système s'en trouve affectée.

2.2 Un système à l'organisation inadaptée

Dans le système d'organisation actuel, la prédominance de l'hôpital est à constater en regard d'une médecine de premier recours en retrait.

2.2.1 Prédominance de l'hôpital

L'hôpital est victime d'une attractivité débordante du fait qu'il est un lieu de haute spécialisation, d'équipes techniques et d'équipements lourds regroupant une large gamme de capacités. Cette prédominance de l'hôpital entraîne bien souvent des proportions importantes d'hospitalisation inappropriées qui sont à l'origine d'une saturation indéfiniment renouvelée des capacités matérielles et humaines, réduisant l'efficacité de l'ensemble et contribuant à la croissance des dépenses.

2.2.2 Une médecine de soins primaires à la traîne

Tandis que l'hôpital produit une forte intensité de services sur une courte durée se traduisant par une haute efficacité dans le traitement des maladies aiguës et dans les épisodes aigus des maladies chroniques, la médecine ambulatoire travaille plus dans la durée, établissant des relations de proximité et de confiance avec les patients.

La médecine de soins primaires devrait constituer le point d'entrée du patient dans le système et ainsi assurer le dépistage, la prévention et le traitement des pathologies aiguës courantes et des pathologies chroniques.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette lacune du système de soins primaires en France : la démographie médicale et la rémunération des médecins.

2.2.2.1 La démographie médicale

Au 1^{er} janvier 2013, le Conseil national de l'ordre des médecins recensait 218 296 médecins actifs en France, la densité médicale métropolitaine s'élevant à 333 médecins pour 100 000 habitants¹⁹. Parmi ces médecins, 46,6 % exercent en tant que généralistes, 53,4 % en tant que spécialistes.

En 1979, la France comptait environ 112 000 médecins, ce qui implique une augmentation de près de 93 %²⁰ entre 1979 et 2012. Bien que les médecins soient plus nombreux qu'auparavant, l'accès aux soins à l'ensemble de la population sur le territoire français s'avère insuffisant. Les régions rurales, à faible densité de population, sont les plus touchées par l'éloignement des soins de proximité.

Plusieurs caractéristiques socioprofessionnelles expliquent aussi la tendance actuelle :

- un vieillissement des médecins en exercice : il faut s'attendre à un départ en retraite massif dans les prochaines années s'expliquant par le fait que le taux de médecins généralistes travaillant exclusivement en libéral âgés de 55 ans et plus est de 42 % en moyenne pour la métropole²¹ ;
- une féminisation croissante : les femmes représentent 41,9 % des effectifs des médecins inscrits au tableau de l'Ordre²². En moyenne, elles donnent 30 % de soins de moins que les hommes, vraisemblablement en raison de leurs contraintes familiales ;
- la spécialité de médecin généraliste : auparavant, les étudiants ayant échoué au concours de l'internat ou ne l'ayant pas présenté étaient destinés à devenir médecins généralistes. Ce mode de fonctionnement est aujourd'hui resté ancré dans les mémoires des étudiants qui délaissent chaque année des centaines de postes de médecine générale au profit d'un redoublement ;
- la libre installation des médecins généralistes : l'inégale répartition sur le territoire national pourrait être mise sur le compte de la liberté d'installation des médecins libéraux, défendue dans la Charte de la médecine libérale de 1927 ;
- le temps de travail des médecins généralistes : les généralistes exerçant en libéral déclarent travailler en moyenne entre 52 et 60 heures par semaine²³. 20 % du temps de travail des praticiens serait consacré aux activités non directement liées aux soins, comme les tâches administratives, la formation médicale continue, l'évaluation des pratiques professionnelles, l'accueil des visiteurs médicaux, des délégués de l'assurance maladie ou encore des

médecins conseils et l'entretien du cabinet. Nombre de médecins considèrent la charge administrative lourde et neuf généralistes sur dix estiment que celle-ci a augmenté suite à la mise en place de la réforme relative au médecin traitant en 2004.

2.2.2.2 La rémunération des médecins

Trois modalités de rémunération des médecins sont classiquement distinguées : le paiement à l'acte, le salariat et la capitation. Elles peuvent éventuellement se conjuguer pour aboutir à des rémunérations mixtes.

Dans un système de paiement à l'acte, le revenu est fonction du nombre de consultations du médecin. Le salariat rémunère le médecin pour un temps de travail donné, indépendamment de l'intensité de l'activité. Avec la capitation, le médecin perçoit une somme forfaitaire par patient inscrit dans son cabinet, indépendamment du volume de soins prodigués. En France, le paiement à l'acte reste le principe fondateur de la médecine libérale.

Le mode de rémunération constitue un élément important conditionnant l'exercice des praticiens : en effet, diverses incitations sont générées par chacune des formes de rémunération.

Le paiement à l'acte incite à augmenter la productivité des médecins. En effet, ils auront une tendance à augmenter le nombre de consultations faites en une heure²⁴. Cette hausse de productivité peut avoir plusieurs conséquences. Tout d'abord, il y a un risque d'augmentation de la demande induite, c'est-à-dire que du fait de leur expertise, les praticiens peuvent se placer dans une situation de surproduction de soins. L'autre effet de l'augmentation de la productivité se situe dans le raccourcissement de la durée de consultation. Il est alors à craindre que la rémunération à l'acte favorise le volume de soins, au détriment de leur qualité.

L'objectif principal du paiement à la capitation²⁵ consiste à favoriser l'accès aux soins et leur continuité dans un souci d'individualisation. En d'autres termes, il s'agit de prodiguer à chaque patient une médecine correspondant à ses besoins et à ses attentes. Cependant, la capitation expose le médecin au risque que sa clientèle ait un état de santé plus dégradé que la moyenne sur laquelle a été calibré le forfait. En théorie, la taille de la clientèle – autour de 1 500 patients par médecin – permet de limiter ce risque : le forfait est insuffisant pour soigner certains patients, excédentaire sur d'autres, mais globalement le médecin s'y retrouve. Ce mode de rémunération peut aussi inciter le médecin à restreindre les soins, voire à évincer de leur clientèle les patients atteints des pathologies les plus lourdes.

Le salariat constitue un mode de rémunération principalement réservé aux médecins spécialistes. Ce système, qui implique un salaire fixe du praticien indépendamment de la productivité, n'incite pas à la multiplication des actes et peut éventuellement, dans certaines dérives, produire une médecine de moindre qualité.

Comme le montre le tableau 1, tout système de rémunération unique présente à la fois des avantages et des inconvénients. Aucun mode de rémunération seul ne permet de répondre aux objectifs de qualité, de quantité des soins et de réduction des coûts de santé.

Tableau 1 : Les propriétés du système de paiement

	Paiement à l'acte	Capitation	Salariat
Définition du mode de rémunération	Les revenus dépendent du nombre d'actes effectués, de la composition des actes (plus ou moins rémunérateurs) et du prix des actes (tarifs fixés en France pour les médecins du secteur 1. Tarifs libres en France pour les médecins du secteur 2 ou aux Etats-Unis)	Une somme forfaitaire annuelle par patient inscrit auprès du médecin ; son montant peut varier selon les caractéristiques du patient (âge, sexe, maladie chronique, milieu socio-économique...). Elle est indépendante de la fréquence des consultations et du volume de soins prodigués. Le nombre total de patients peut être plafonné.	Un salaire mensuel fixe, basé sur une durée de travail fixée et indépendant de l'intensité de l'activité pendant ce temps de travail
Exemples de pays concernés	France, Canada, Allemagne, Etats-Unis	Royaume-Uni	Finlande, France, Danemark, Royaume-Uni
Pour augmenter ses revenus, le médecin doit...	Augmenter le nombre d'actes effectués (si les tarifs sont fixés), en augmentant le temps de travail ou en raccourcissant la durée accordée à chaque consultation	Augmenter le nombre de patients inscrits sur sa liste (si le nombre maximum de patients n'est pas fixé). A nombre de patients fixé, pas de lien entre nombre d'actes et revenu.	Augmenter le nombre d'heures travaillées (heures supplémentaires). A nombre de patients fixé, pas de lien entre nombre d'acte et revenu.
Effets sur les dépenses de santé	Risque de surproduction de soins : incitation à la multiplication des actes pour augmenter les revenus. Incitation à la demande induite (quand la densité est élevée ou quand les tarifs des actes diminuent). Sans "gate-keeper", les patients ont la possibilité de consulter plusieurs médecins pour une même maladie. Niveau de dépense connu <i>ex-post</i>	Aucune incitation à la multiplication des actes et à la demande induite. Maîtrise du niveau de dépense <i>ex-ante</i> . Systèmes de paiement moins coûteux que le paiement à l'acte	

	Paiement à l'acte	Capitation	Salariat
Effets sur la qualité des soins	<p>Incitation à répondre à la demande et à satisfaire les besoins des patients ; Soins de qualité.</p> <p>Incitation à la productivité (effet néfaste si la durée de la consultation est positivement corrélée à la qualité des soins).</p> <p>Aucune incitation à la prévention : actes curatifs plus que préventifs.</p>	<p>Incitation à satisfaire les besoins des patients. Faible incitation à la qualité : risque de trop réduire le volume de soins prescrits, le nombre et la durée des consultations si le médecin est responsable d'un budget global (qui inclut aussi les prescriptions) ou de reporter les patients vers d'autres structures (spécialistes, hôpital) si ce n'est pas le cas. Aucune incitation à la productivité. Incitation à la prévention et à la prise en charge globale du patient (susceptible de limiter leur production d'actes et donc leur effort).</p>	<p>Faible incitation à répondre à la demande et à satisfaire les besoins des patients. Faible incitation à la qualité : risque de réduire le temps des consultations et le volume des soins prescrits. Incitation à minimiser le nombre de consultations (création de files d'attente). Aucune incitation à la productivité (salaire fixe).</p>
Effets sur l'accès aux soins	<p>Les dépassements et, plus généralement, la multitude des tarifs des actes médicaux peuvent creuser les inégalités d'accès aux soins</p>	<p>Incitation à la sélection des patients les moins "à risque" (d'autant plus lorsque le forfait inclut aussi les médicaments et les soins prescrits par le médecin)</p>	<p>Incitation à la sélection des patients les moins "à risque"</p>

Source : Samson A.-L., *Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins?* Regards croisés sur l'économie. 2009 : 5.

Plusieurs pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ont introduit des systèmes de rémunération mixtes, comme au Danemark et aux Pays-Bas où la capitation et le paiement à l'acte se combinent pour les médecins généralistes²⁶.

En France, la diversification des modes de rémunération se réalise progressivement. Depuis 2000, les médecins reçoivent une partie de leur rémunération sous forme forfaitaire. Ce forfait qui rémunère plus directement la qualité des soins et la prévention permet de rétribuer certaines activités correspondant à l'engagement des professionnels dans des domaines comme la prise en charge ou l'accompagnement de pathologies chroniques ou la prise en compte de

tâches administratives. En 2012, une rémunération sur objectifs de santé publique²⁷ a été mise en place pour compléter ce système de rémunération. Cette méthode vise à favoriser l'amélioration de la qualité de la pratique en l'appréciant au travers d'indicateurs. Ces indicateurs permettent de couvrir deux grandes dimensions : l'organisation du cabinet médical et la qualité de la pratique médicale. Concernant le deuxième volet de cette rémunération, neuf critères permettent d'évaluer le suivi des pathologies chroniques. Il existe aussi huit indicateurs de prévention et sept indicateurs d'efficacité. Ces indicateurs mesurent l'implication des médecins dans la prévention, le suivi et la prise en charge de patients atteints d'une pathologie chronique comme le diabète ou l'hypertension artérielle, l'optimisation des prescriptions en privilégiant la prescription dans le répertoire des génériques et en préférant des molécules à efficacité comparable moins onéreuses.

3 Evolutions juridiques des politiques d'organisation des soins de premier recours

3.1 Définition des soins primaires

Défini lors de la conférence d'Alma-Ata en 1978, le concept de soins primaires prône pour une égalité de la population à l'accès aux soins de base. Il renvoie aux notions de premier recours, d'accessibilité, de continuité, de permanence et de coordination des soins en lien avec les autres secteurs.

3.2 La coordination : une fonction émergente dans la réorganisation du système de santé²⁸

Afin d'optimiser les compétences de chaque professionnel de santé, créer des liens et garantir la qualité de la santé, la coordination des soins se révèle comme étant nécessaire.

3.2.1 Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé²⁹

La loi n° 2002-303 définit pour la première fois les réseaux de santé : « *Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et de leurs prestations. Ils sont constitués entre professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des*

institutions sociales ou médico-sociales et des organismes à vocation sanitaires et sociales, ainsi qu'avec des représentants des usagers ».

L'enjeu des réseaux de santé consiste en la diminution de l'entropie du système, autrement dit, de générer une économie de système se traduisant par une simplification et une facilitation de l'accès aux soins, de leur permanence et de leur continuité avec une limitation des coûts.

Cet objectif impose des changements touchant aux fondements structurels de l'organisation du système de santé actuel avec :

- la mise en place de passerelles entre les différents secteurs de la santé et d'une coordination de l'ensemble du système ;
- une modification des pratiques professionnelles, une transformation des relations entre les professionnels de santé portant notamment sur les mécanismes de coopération, de coordination et de formation ;
- des transferts de compétences et les délégations de tâches entre professionnels de santé.

3.2.2 Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie³⁰

Afin de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, l'article L.161-36-1 du Code de la Sécurité sociale permet la mise en place du dossier médical personnel constitué d'informations permettant le suivi des actes et des prestations de soins.

Par ailleurs, l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale est modifié pour inclure la notion de médecin traitant. Ce dispositif permet à tout assuré ou ayant droit âgé de 16 ans ou plus d'indiquer à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, en accord avec celui-ci. Il s'agit de confier au médecin traitant les différentes interventions des professionnels

de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins. C'est ainsi que la loi du 13 août 2004 donne naissance au parcours de soins coordonné.

3.2.3 Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires³¹

La loi hôpital, patients, santé, territoire qui a été promulguée le 21 juillet 2009 correspond à un projet d'organisation sanitaire permettant la mise en place d'une offre de soins de qualité, accessible à tous et permettant, à terme, une diminution des dépenses de l'assurance maladie. Cette loi acte le principe général de complémentarité et de coopération entre acteurs du système de santé et propose en quatre grands titres une réorganisation globale du système de soins en traitant principalement la coordination de ce système.

L'article 51 de cette loi s'inscrit comme le texte fondateur de la coopération entre professionnels de santé et vise à l'étendre au-delà du cadre expérimental qui a prévalu jusqu'alors. Cet article vise à favoriser les transferts d'activités et actes de soins, la réorganisation de prise en charge et les modes d'intervention auprès des patients, ainsi que des modes d'exercice partagé répondant à des besoins de santé, pour mieux s'adapter aux pratiques des professionnels tout en garantissant un haut niveau de sécurité et de qualité.

La création des agences régionales de santé (ARS) est aussi issue de la loi HPST. Ces agences ont un rôle fondamental à jouer au niveau de la coopération : pour soutenir les projets de coopérations dans sa région, l'ARS dispose de quatre types d'aide³². Il s'agit de l'attribution d'une aide financière³³, la régulation des autorisations de soins, un rôle d'impulsion ou de validation des projets de coopération et un appui méthodologique pour la conduite du projet.

4 La coopération interprofessionnelle dans le domaine de la santé

4.1 De la coordination des soins à la coopération interprofessionnelle

D'après l'article L.4011-1 du Code de la santé publique, « *Par dérogation, les professionnels de santé – inscrits à l'article 4011-1 du code de la santé publique – peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient* ».

La coordination peut apparaître comme une conséquence de la coopération. D'après Marcel Jeager : « *les deux termes ne sont pas sur le même plan : la coordination est une obligation fonctionnelle liée à des enjeux de pouvoir ; elle résulte de l'obligation morale et politique de la coopération. Cette dernière a certes, elle aussi, une dimension fonctionnelle, mais elle répond en tout premier lieu à une demande de prise en compte de la complexité et de la pluralité des besoins des personnes en difficulté. D'autre part, la coordination se situe dans la recherche d'une cohérence d'acteurs et de dispositifs sachant qu'il n'est guère possible, pour y parvenir, d'échapper à une formalisation des procédures* »³⁴.

4.2 Initiation du dispositif de coopération interprofessionnelle en France

En France, la notion de coopération a été initiée suite aux rapports de 2002³⁵ et 2003³⁶ sur la démographie des professionnels de santé et sur les transferts de compétences. La coopération est apparue comme une réponse possible aux problèmes de démographie des professions de santé : « *Les conditions d'exercice rencontrées par les professionnels en place et les réticences des plus jeunes à s'installer, notamment en zone rurale, ont des conséquences négatives sur la couverture des besoins de soins. La diminution de la présence médicale dans certaines zones et l'isolement des professionnels ne permettent plus d'assurer la continuité des soins. Dans le cas des*

zones urbaines difficiles, la clientèle se dirige dès lors vers les hôpitaux déjà surchargés, pour des urgences qui n'en sont pas. Les professionnels de santé sont unanimes à souhaiter pouvoir exercer en groupe. Ils en attendent en effet un allègement des charges administratives et de secrétariat, une stimulation professionnelle plus forte, une meilleure gestion des obligations liées à la permanence des soins, une prise en charge mieux coordonnée des urgences sociales ».

Ces rapports ont permis de définir un premier état de la question de la coopération à partir de l'analyse de la situation internationale et d'une série d'auditions des professionnels de santé ainsi que de préciser les modalités concrètes de lancement d'expérimentations sur les nouvelles formes de coopération.

La loi d'orientation en santé publique du 9 août 2004 autorise la délégation temporaire dans ce cadre expérimental. Après plusieurs expérimentations, l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) a conclu en 2006 que *« tous les projets présentés montrent qu'il est possible pour des professionnels paramédicaux de réaliser des actes médicaux sans danger pour les patients, au prix d'une réorganisation des processus de travail et d'une étroite collaboration avec les médecins »*³⁷.

Les expérimentations se sont poursuivies et, dans ce cadre, le ministre chargé de la Santé a confié à la Haute autorité de santé une double mission :

- assurer le suivi de l'évaluation des expérimentations en cours en apportant aux promoteurs de ces expérimentations l'aide méthodologique et logistique nécessaire ;
- élaborer une recommandation générale dans ce domaine de la coopération entre professionnels de santé. Cette recommandation devrait s'intéresser aux conditions des nouvelles formes de coopération dont l'organisation des soins et la formation des professionnels et devra porter sur les conditions de généralisation des expérimentations en cours et sur l'extension de la démarche à l'ensemble du champ de la santé.

Les recommandations tirées par la Haute autorité de santé qui décrivaient les conditions pouvant favoriser la généralisation de ces nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé ont été appuyées au printemps 2008 par les conclusions des états généraux de l'organisation des soins : « *La modification de la mission des différents professionnels de santé, le partage des rôles et l'articulation des interventions dans le cadre des nouvelles formes de coopération sont des enjeux majeurs pour l'avenir de notre système de santé* »³⁸.

Les coopérations entre professionnels de santé ont finalement été reconnues dans la loi HPST du 21 juillet 2009 par le biais de l'article 51 affirmant le principe général de coopération entre professionnels de santé.

4.3 Les modèles de coopération

Selon l'OCDE, « *il existe un moyen susceptible de contribuer de manière importante à l'utilisation rationnelle des personnels de santé, à savoir la modification de l'éventail des qualifications* »³⁹. Cet éventail des qualifications, ou « *skill mix* », correspond à un concept relativement vaste qui renvoie soit à l'éventail des personnes qualifiées, soit à la séparation des rôles et des activités réservées aux différentes catégories de personnels.

Les modifications de l'éventail des qualifications peuvent se traduire par des résultats divers tels que l'extension de compétences dans un groupe, la substitution entre deux groupes, la délégation de haut en bas ou l'innovation des rôles.

L'analyse des coopérations entre professions distingue généralement deux logiques⁴⁰ : une logique de substitution et une logique de diversification.

4.3.1 Une logique de substitution

La substitution consiste à décrire une situation dans laquelle des tâches antérieurement réalisées par une certaine catégorie de professionnels sont réalisées par une autre catégorie professionnelle. Ce type de collaboration s'instaure, d'une part, pour pallier les difficultés liées à la démographie des professionnels de santé, notamment dans les zones rurales ; et d'autre part pour réduire les coûts de production des soins liés à la ressource humaine. La substitution se fait généralement selon deux modes : la délégation ou le transfert⁴¹. Il est à distinguer le processus selon le caractère transféré ou délégué des activités. Le transfert signifie que le professionnel réalisant l'activité est responsable, autonome et qualifié, tandis que la délégation implique que le professionnel qui délègue garde la responsabilité de la décision de réaliser l'acte et que l'activité du professionnel réalisant l'acte est encadrée.

4.3.2 Une logique de diversification

La diversification renvoie à une extension des services offerts aux patients grâce au développement ou à la reconnaissance de nouvelles compétences chez certaines catégories de professionnels.

La diversification correspond généralement à des activités nouvelles non dédiées à une profession en particulier et fait prévaloir l'innovation.

4.4 La coopération pharmaciens-médecins

L'évolution récente des missions du pharmacien consacrée par la loi HPST entraîne une mise en exergue des compétences du pharmacien de façon à assurer un rôle de santé publique important. Tant le médecin, acteur central du parcours de soins de santé que le pharmacien possèdent des compétences et des connaissances complémentaires au bénéfice d'une prise en charge globale et coordonnée du patient.

La coopération pharmaciens-médecins

1 Pharmacien et médecin : un duo amené à collaborer

1.1 Introduction

Le désir de rationalisation des soins ainsi que la structuration du parcours de soins constituent un enjeu majeur de la politique du système de santé français.

Dans ce contexte, le duo pharmacien-médecin devrait passer au-delà de ses dissensions historiques concernant le partage de compétences. En effet, la loi HPST réorganise les missions du pharmacien et permet à chaque acteur de santé de devenir coordinateur du parcours de soins. Pharmaciens et médecins, par leurs rôles et compétences complémentaires, devraient permettre un renforcement et une sécurisation de la prise en charge des patients.

La loi HPST, souvent décrite comme ambitieuse par le fait qu'elle vise à organiser la refonte profonde du système de santé, constitue un tremplin pour le pharmacien d'officine en raison de nouvelles perspectives pour la pratique de son métier. La profession de pharmacien a longtemps attendu la reconnaissance que lui accorde cette loi.

La difficulté majeure à laquelle fait face la profession de pharmacien réside dans l'ambiguïté de son statut juridique. L'étymologie du terme « apothecarius » signifiant « boutiquier » et « pharmakon » désignant « remède » et « poison » permet de rendre compte du statut ambivalent du pharmacien d'officine. Ce caractère hybride de professionnel de santé et de commerçant est souvent jugé comme la principale cause du ternissement de leur image. Il semble alors que les nouvelles missions conférées au pharmacien d'officine par le biais de la loi HPST permettront d'affirmer le rôle de professionnel de santé et d'acteur majeur des soins de premier recours.

1.2 La loi HPST : le médecin de premier recours

D'après l'article L.4130-1 du Code de la santé publique issu de la loi HPST, les missions du médecin généraliste de premier recours sont les suivantes :

« 1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;

« 2° Orienter les patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;

« 3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;

« 4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;

« 5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;

« 6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;

« 7° Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L.6314-1 ;

« 8° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales. »

Ainsi, la loi confère au médecin généraliste de premier recours un rôle de pivot dans l'organisation et la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins, de suivi du patient et de coordination de son parcours. Elle met aussi en avant l'évidente nécessité de collaboration entre les acteurs du système de santé.

1.3 La démographie des professions de santé : le pharmacien, un acteur de proximité

Au 1^{er} janvier 2013, le maillage territorial officinal est constitué de 21 939 officines libérales en métropole et 628 dans les départements d'outre-mer⁴². Plus d'un tiers sont situées dans des communes de moins de 5 000 habitants. Ces chiffres témoignent d'une répartition harmonieuse des officines sur l'ensemble du territoire. Les zones rurales ne sont pas désertées et la régulation territoriale permet au pharmacien de ne pas subir les phénomènes de déserts médicaux observés dans d'autres professions de santé.

Cette répartition constitue un atout fondamental pour la mise en place de l'offre de soins de premier recours. Du fait de sa présence constante sur l'ensemble du territoire et de l'accès sans contrainte à l'officine, le pharmacien est devenu un interlocuteur privilégié du système de santé.

1.4 La loi HPST : les nouvelles missions du pharmacien d'officine

L'article L5125-1-1 A du Code de la santé publique créé en vertu de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, art. 38, distingue deux types de missions conférées aux pharmaciens d'officine : les missions obligatoires et les missions facultatives.

1.4.1 Les missions obligatoires

Les pharmaciens :

« 1° Contribuent aux soins de premiers recours définis à l'article L.1411-11 ;

« 2° **Participent à la coopération entre professionnels de santé ;**

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

« 4° *Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ».*

La seconde mission définie dans la loi HPST constitue l'opportunité pour le pharmacien d'officine de bénéficier d'un rôle majeur dans la coordination des soins entre les différents professionnels de santé en relation avec le patient. Il peut aussi assurer un rôle de relais ville-hôpital en garantissant la continuité et la cohérence des messages transmis aux patients.

1.4.2 Les missions facultatives

Les pharmaciens :

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

« 6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit la convention pluriannuelle visée au I de l'article L.313-12 du même code qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ;

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

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

1.5 Les moyens concrets favorisant la coopération pharmaciens-médecins

1.5.1 Le dossier médical personnel

Instauré par la loi n° 2004-810, le dossier médical personnel (DMP) est un dossier informatisé, gratuit et non obligatoire. Les principaux avantages attendus du DMP, présenté comme la clé de voûte de la loi du 13 août 2004, étaient les suivants :

- une meilleure coordination des professionnels de santé ;
- une meilleure qualité des soins dispensés grâce à l'accès en temps réel à une information unifiée concernant le patient ;
- une meilleure information des assurés afin de les rendre davantage autonomes ;
- une plus grande maîtrise des dépenses d'assurance maladie, à travers la diminution des actes redondants, inutiles ou iatrogènes.

Au 1^{er} mai 2014, 456 274 DMP ont été créés par 5780 professionnels de santé libéraux et 427 structures de soins l'utilisent⁴³. L'engouement pour ce système informatisé dont les ambitions sont prometteuses, n'est pas à la hauteur des objectifs fixés par les autorités de santé en 2004. Les raisons de ce « fiasco »⁴⁴ estimé à près de 210 millions d'euros entre la loi de 2004 l'ayant instauré et fin 2011⁴⁵ peuvent être en partie expliquées par le constant climat d'urgence auquel ce projet a été soumis. En effet, le calendrier des interventions imposait de réaliser en trois ans un projet que d'autres pays (en particulier le Canada ou le Danemark) avaient prévu de développer sur au moins une décennie. En France, le coût global du DMP a été estimé au départ à 1,1 milliard d'euros sur cinq ans, pour un coût par habitant de 18 €, soit trois fois moins de temps et avec trois à dix fois moins d'argent qu'il en faut aux autres pays engagés dans un tel projet⁴⁶.

En 2014, Marisol Touraine, actuelle ministre des Affaires sociales et de la Santé, souhaite donner une nouvelle impulsion au dossier médical partagé. Il figure en effet parmi les priorités de la stratégie nationale de santé et devrait être présenté dans le

futur projet de loi sur la santé : « *Il est ainsi prévu que le DMP bénéficie en priorité aux patients atteints de maladies chroniques et aux personnes âgées relevant des expérimentations PAERPA – personnes âgées en perte d'autonomie – car ce sont eux qui ont le plus besoin d'une prise en charge coordonnée. Dans les prochaines semaines, j'annoncerai comment nous piloterons concrètement le DMP 2. Il sera plus pragmatique et répondra mieux tant aux attentes des professionnels que des usagers. Nous traduirons cette volonté dans la loi* » déclarait Marisol Touraine le 20 mai 2014⁴⁷.

Le DMP constitue un outil intéressant dans le processus de coopération interprofessionnelle. Tout professionnel de santé peut à tout moment consulter et alimenter le dossier à l'aide d'informations utiles à la prise en charge globale du patient : les données médicales générales (antécédents, allergies et intolérances, vaccination, historiques des consultations, synthèses, etc.), les données de soins (résultats d'examens, comptes-rendus d'actes diagnostiques et thérapeutiques, bilans, traitements prescrits et administrés, protocoles de soins, etc.), les données de prévention (facteurs de risque individuels, comptes-rendus, traitements préventifs, etc.) et des documents d'imagerie médicale.

Quant au dossier pharmaceutique (DP), il a été défini réglementairement en 2007 comme le volet médicamenteux du dossier médical personnel. Il a pour but de sécuriser la dispensation en permettant de centraliser l'historique de tous les médicaments dispensés à un patient dans différentes pharmacies d'officine. Chaque patient est libre de demander sa création et de l'alimenter comme il le souhaite. Au 7 juillet 2014, plus de 33 millions de dossiers pharmaceutiques ont été créés⁴⁸ et près de 98,7 % d'officines sont connectées au DP. En revanche, seules 4,5 % des pharmacies à usage intérieur sont équipées de ce système. Pourtant, il semble important que le dossier pharmaceutique puisse recenser l'ensemble des traitements médicamenteux administrés aux patients, qu'ils soient délivrés en ville ou à l'hôpital. Par ailleurs, la revue *Prescrire* souligne que selon une synthèse méthodique des données de la littérature de 2005, 25 % à 50 % des patients hospitalisés ont eu à leur admission au

moins une modification du traitement qu'ils suivaient auparavant. Selon les études, cette modification s'est révélée être une erreur dans 20 % à 75 % des cas⁴⁹. L'étude montre que des erreurs similaires se produisent à la sortie de l'hospitalisation. Les relations interprofessionnelles doivent donc se démocratiser afin de limiter les erreurs médicamenteuses.

1.5.2 Le pharmacien correspondant

Les missions du pharmacien correspondant s'inscrivent dans le cadre des protocoles de coopération entre professionnels de santé définis à l'article L 4011-1 du Code de la santé publique, issu de l'article 51 de la loi HPST de 2009 : *« les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L.4011-2 et L.4011-3 ».*

D'après le décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants, ce dernier peut, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement le traitement concerné, ajuster au besoin la posologie selon un rythme et des modalités définis dans le protocole. Celui-ci détermine le nombre de renouvellements autorisés et leur durée, sachant que la durée totale de la prescription et des renouvellements ne peut excéder douze mois. Afin d'exercer ses nouvelles missions, le pharmacien correspondant réalise un entretien de médication ayant vocation à évaluer l'observance et la tolérance du traitement. Dans le cas d'une modification de posologie, le pharmacien précise sur une feuille annexée à l'ordonnance datée et signée, et comportant le timbre de la pharmacie, le nom du médicament qui donne lieu à un ajustement de la posologie ainsi que la nouvelle posologie. Le pharmacien indique sur l'ordonnance la présence de la feuille annexée et en informe le médecin prescripteur.

Par le biais de ces nouvelles prérogatives facultatives, le pharmacien a désormais un rôle de pivot dans l'accompagnement du patient. Les règles strictes entourant cette mission imposent une collaboration entre pharmacien et médecin : les modalités du traitement sont chapeautées par le médecin qui délègue sa mise en œuvre au pharmacien.

1.5.3 Les entretiens pharmaceutiques

Pharmaciens et médecins œuvrent tous deux dans le but d'une meilleure observance des patients. La mise à profit des compétences de chacun dans ce but commun donne lieu à la réalisation d'entretiens pharmaceutiques à l'officine et toujours en collaboration avec le médecin traitant qui conserve un rôle central. Ces entretiens ont été instaurés par la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie signée le 4 avril 2012. La parution de l'avenant à cette convention publié au *Journal Officiel* du 27 juin 2013 permet l'organisation concrète de cette nouvelle mission d'accompagnement des patients chroniques.

Dans un premier temps, les entretiens pharmaceutiques ne s'adressent qu'aux patients chroniques traités par anti-vitamine K (AVK) désirant participer à ce programme. Selon l'avenant, les patients éligibles sont « *ceux sous traitement au long cours par AVK pour une durée consécutive, prévisible ou effective, supérieure ou égale à 6 mois.* ». L'intégration d'un patient au dispositif peut être effectuée de deux manières :

- le patient sollicite le pharmacien de son choix *via* le bulletin d'adhésion envoyé en sus d'un courrier d'information par l'assurance maladie obligatoire ;
- le pharmacien peut, à son initiative, proposer le programme d'entretien pharmaceutique aux patients à l'initiation du traitement et s'assurer que les patients en cours de traitement sont bien destinataires du courrier d'information de l'assurance maladie.

Ce dispositif d'accompagnement constitue l'un des axes de la rémunération sur objectifs de santé publique du pharmacien. A cet égard, l'article 31.2.2 de la convention prévoit le versement d'une rémunération annuelle de 40 € par an et par patient.

Ces entretiens pharmaceutiques qui devraient permettre de renforcer le rôle de professionnel de santé du pharmacien par le biais du conseil, de l'éducation et de la prévention auprès des patients, ont pour but d'évaluer les connaissances du patient, de rechercher l'adhésion thérapeutique et de l'accompagner, en articulation avec le médecin prescripteur, afin de réduire les hospitalisations dues aux nombreux accidents iatrogéniques liés à la consommation d'AVK : chaque année, ceux-ci sont responsables de 17 300 hospitalisations et de 4 000 décès⁵⁰.

Le préambule de l'arrêté du 24 juin 2013 précise la volonté affirmée des partenaires conventionnels de favoriser la coordination interprofessionnelle. Pour autant, le texte ne délivre aucun protocole concret concernant la collaboration entre médecin traitant et pharmacien et laisse aux parties la liberté d'établir un accord interprofessionnel selon les termes de l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale : *« Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé et visant à améliorer l'organisation, la coordination et la continuité des soins ou la prise en charge des patients peuvent être conclus pour une durée au plus égale à cinq ans ».*

1.5.4 L'opinion pharmaceutique

Selon le conseil central des pharmaciens d'officine, l'opinion pharmaceutique est définie comme : « *un avis motivé, dressé sous l'autorité d'un pharmacien, portant sur la pertinence pharmaceutique d'une ordonnance, d'un test ou d'une demande du patient, consigné dans l'officine et impérativement communiqué sur un document normalisé au prescripteur lorsqu'il invite à la révision, ou lorsqu'il justifie le refus ou la modification d'office de sa prescription* ».

L'opinion pharmaceutique doit faire l'objet d'un document normalisé établi de façon manuelle ou informatique et comprenant des éléments d'identification (patient, officine, auteur de la dispensation, prescripteur, date de rédaction), la nature du problème, la proposition éventuelle du pharmacien, l'origine des informations justifiant l'intervention et la décision finalement prise. Le partage d'un document de la sorte avec le médecin traitant pourrait probablement améliorer les pratiques professionnelles de chacun. Les opinions pharmaceutiques peuvent être rédigées par le pharmacien pour de multiples raisons : réglementaires, problème de non-observance du patient, contre-indications ou encore interactions médicamenteuses.

Plusieurs études ont montré un réel bénéfice dans la prise en charge des patients lors de la réalisation d'interventions pharmaceutiques, notamment concernant les diminutions de durée d'hospitalisation^{51, 52}. Dans l'étude d'A.M Guignon, F. Grain *et al*, dont l'objectif était de déterminer l'impact clinique des opinions pharmaceutiques, il apparaît que 13 % ont un impact nul, 65 % un impact significatif et 22 % un impact très significatif. Les opinions d'impact très significatif auraient potentiellement pu éviter 118 journées d'hospitalisation.

Selon la revue *Prescrire*, « *de nombreux médecins et pharmaciens travaillent déjà en bonne intelligence. La priorité n'est pas de formaliser la relation entre eux mais d'obtenir que les médecins et les pharmaciens qui répugnent à travailler ensemble, ou négligent de le faire en prennent progressivement l'habitude* »⁵³.

A ce jour, l'opinion pharmaceutique est toutefois peu employée en pratique par les professionnels de santé. Les pharmaciens apparaissent réticents à l'idée de formaliser leurs divergences avec le prescripteur à travers un courrier qui pourrait altérer leur relation. En effet, le fait de formaliser une opinion contraire au prescripteur pourrait entraîner un blocage dans la relation interprofessionnelle. Aux yeux des professionnels de santé, cette opinion pharmaceutique ne permet pas de construire une relation professionnelle saine car elle formalise un jugement de valeur.

1.6 Objectifs de la coopération

Face aux besoins croissants de prise en charge sanitaire liés au développement des pathologies chroniques dans un contexte de vieillissement de la population, les moyens de coopération entre professionnels de santé s'avèrent nécessaires. De plus, la démographie montre que le maillage territorial pharmaceutique peut constituer une solution dans la prise en charge des soins de premier recours des patients en zone de désertification médicale. Par ailleurs, les difficultés croissantes de financement des dépenses de santé incitent à amorcer la refonte du système de soins primaires actuel avec une prise en charge améliorée, continue et de qualité pour les patients.

La loi HPST constitue le support d'une nouvelle structuration de l'offre de soins. De celle-ci découlent de multiples textes permettant d'instaurer concrètement des mesures de collaboration interprofessionnelle entre pharmacien et médecin : le dossier médical partagé, les entretiens pharmaceutiques ou encore le rôle de pharmacien correspondant doivent, en partie, restaurer l'image de professionnel de santé du pharmacien et, à terme, restructurer de façon homogène l'offre de soins de premier recours.

2 Les facteurs influençant la coopération pharmaciens-médecins

2.1 Les facteurs liés à l'organisation du système de soins primaires

PROSPERE (Partenariat pluridisciplinaire de Recherche sur l'Organisation des Soins de Premier Recours) correspond à une équipe pluridisciplinaire de recherche sur les services de santé dont le thème central est d'accompagner la transformation du système de soins ambulatoires. Ce projet a été financé durant quatre ans, de 2008 à 2012, par une dotation de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et des institutions partenaires. Quatre objectifs spécifiques ont guidé ce programme de recherche :

- élaborer un cadre d'analyse des organisations de soins de premier recours adapté au contexte français et évaluer les intérêts et les limites des indicateurs de performance en premier recours ;
- analyser les organisations des soins de premier recours en mobilisant les concepts et méthodes de la microéconomie au travers de l'analyse des incitations des offreurs, des méthodes de révélation des préférences des usagers et de l'évaluation médico-économique ;
- analyser les dynamiques au sein des organisations des soins de premiers recours en mobilisant les concepts et méthodes de la sociologie ;
- construire un outil de recherche en soins ambulatoires en appariant des données médicales et des données de remboursement.

L'équipe PROSPERE a, par ailleurs, réalisé une large revue de la littérature étrangère en 2007-2008 afin de dégager une typologie des modèles d'organisation des soins primaires dans les pays étudiés. De cette étude, trois modèles en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande ont été décrits :

- Le modèle normatif hiérarchisé

Dans ce modèle, le système est organisé autour des soins primaires. Les centres de santé à statut public comprennent des médecins généralistes et des professionnels paramédicaux. Ces centres constituent la base de l'organisation des soins primaires et la coopération interprofessionnelle est largement développée.

- Le modèle professionnel hiérarchisé

Ce système met en exergue le rôle prépondérant de pivot du médecin généraliste. Il a un rôle de filtre, limitant l'accès aux soins spécialisés. Ces pays ont toutefois mis en œuvre un projet de soins primaires puisqu'ils se sont fondés sur une approche populationnelle et hiérarchisée.

- Le modèle professionnel non hiérarchisé

L'organisation des soins ambulatoires répond aux enjeux des soins primaires du fait de l'accessibilité, de la proximité et de la permanence. Toutefois, aucun projet explicite de soins primaires ne caractérise ce modèle d'organisation. Il existe principalement une offre de soins spécialisés en ambulatoire avec accès direct possible pour les patients : une pratique solo dominante de la médecine générale et des regroupements de professionnels minoritaires.

Chaque Etat cherche toutefois à développer une approche plus coordonnée des soins : l'une des solutions proposées consiste dans le regroupement des professionnels de santé, permettant ainsi la délégation, le transfert ou la création de tâches qui incomberont potentiellement à divers professionnels. Le recentrage du système de santé sur les soins primaires, garants d'un meilleur accès aux soins et d'une plus grande efficacité, correspond à une volonté préconisée par l'Union européenne et l'Organisation mondiale de la santé⁵⁴.

En France, l'organisation des soins ambulatoires est déterminée par les principes de la Charte de la médecine libérale de 1927 : libre choix du médecin par le patient, respect absolu du secret professionnel, liberté thérapeutique et de prescription et

liberté d'installation. L'activité libérale reste largement majoritaire et coexiste avec d'autres structures principalement organisées sur une base territoriale : service de soins infirmiers, protection maternelle et infantile, hospitalisation à domicile, services d'urgences hospitalières, médecine scolaire, médecine du travail ou encore organisations type SOS médecins, etc.

Les soins ambulatoires représentent une offre variée et abondante et sont très peu hiérarchisés. Par ailleurs, le patient et sa famille ont un rôle prépondérant dans la coordination des soins. Il apparaît ainsi que le système français appartient au modèle professionnel non hiérarchisé. Comme le soulignent Thomas Cartier *et al*, l'évolution du système de santé vers un modèle hiérarchisé constitue un enjeu important mais toutefois difficile à atteindre⁵⁵. La loi HPST permet d'introduire la notion de soins de premiers recours et la prise en charge continue des patients, mais ne définit pas les rôles inhérents à chaque professionnel de santé. Par exemple, le médecin traitant choisi par le patient ne correspond pas obligatoirement à un professionnel de premier recours.

2.2 Les facteurs liés aux relations humaines entre professionnels de santé

2.2.1 *Formation initiale et développement continu des professionnels de santé*

Selon une étude d'A. Sarradon-Eck, A. Vega, M. Faure, A. Humbert-Gaudart et M. Lushman publiée dans la *Revue d'épidémiologie et de santé publique* en 2008, « *Aucun professionnel n'a de vision transversale de la prise en charge du malade du fait de la méconnaissance du travail de l'autre, des cloisonnements symboliques entre groupes professionnels et des difficultés rencontrées* »⁵⁶. En effet, l'absence de visibilité de l'intervention des autres professionnels auprès du patient ainsi que la connaissance parcellaire de leur travail semblent expliquer en partie ce manque de confiance et de collaboration entre pharmaciens et médecins.

Pour pallier cette problématique, plusieurs facultés françaises ont lancé des expérimentations afin d'ouvrir la vision des étudiants en pharmacie et en médecine sur les compétences de chacun dans un objectif de reconnaissance mutuelle. La faculté de pharmacie de Lyon a par ailleurs collaboré avec la faculté de médecine de Lyon Est au cours de l'année universitaire 2013-2014 lors d'une expérimentation d'échanges pendant une journée de stage. Chacun des dix étudiants en pharmacie et en médecine avait l'occasion d'échanger leur lieu de stage lors d'une journée. Cette expérimentation sera détaillée plus loin.

Les facultés de pharmacie de Lyon, de médecine Lyon-Est et de maïeutique Lyon-Sud proposent dès l'année universitaire 2014-2015 une unité d'enseignement optionnelle intitulée : « interactivité pluridisciplinaire en matière de prescription ». Cette formation de 60 heures réparties tout au long de l'année universitaire s'adresse à 15 étudiants en pharmacie, 15 étudiants en médecine et 10 étudiants en maïeutique. L'objectif de cet enseignement consiste à réfléchir ensemble et à apprendre à se connaître pour mieux soigner.

A Rennes, 80 à 110 étudiants en formation bénéficient de six jours de formation sous forme de trois séminaires⁵⁷. Cela concerne des étudiants diététiciens, ergothérapeutes, infirmiers, internes en médecine générale, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens, podologues et sages-femmes. Les séminaires ont pour thème :

- « La coordination des soins : avec qui ? pourquoi ? comment ? »
- « Le patient, le malade et la maladie »
- « L'éducation thérapeutique ».

Ces séminaires ont pour objectifs principaux d'apprendre à travailler ensemble en décloisonnant les filières et d'améliorer la prise en charge des patients.

2.2.2 La communication interprofessionnelle

Les différents groupes de professionnels se distinguent par un langage souvent spécifique à leur corps de métier, limitant ainsi les échanges avec les autres professions de santé. L'utilisation d'un langage propre à chacun favorise les quiproquos et les malentendus et constitue par conséquent une entrave importante à la coopération interprofessionnelle.

Les propositions d'amélioration de la communication sont multiples et peuvent passer, dans un premier lieu, par la normalisation des échanges à travers l'utilisation d'un langage commun. Cependant, les connaissances spécifiques de chacun des groupes issues de leur formation, leur expérience sur le terrain et leur pratique dans le contexte de leur propre activité mettent en péril l'objectif d'un langage commun à tous ces professionnels.

2.2.2.1 Moyens de communication

La communication pharmaciens-médecins est quotidienne et utilise le plus souvent la forme écrite sous forme d'ordonnances. Ce mode de communication est partiel et comporte certaines limites. La communication verbale satisfait en général mieux l'interaction entre les professionnels de santé. L'échange émanant potentiellement du médecin ou du pharmacien constitue une source variée d'informations nécessaires à une prise en charge cohérente du patient.

2.2.2.2 Situations conduisant à une communication entre professionnels de santé

La communication amorcée par le pharmacien est le plus souvent relative à une précision ou à une interaction rédigée sur une ordonnance pour un patient. Les motifs sont multiples : discussion à propos du choix d'un médicament, de son dosage, des

interactions médicamenteuses potentielles, de l'apparition d'un effet indésirable, d'un problème d'observance ou d'une duplication thérapeutique ou plus simplement parce que l'ordonnance est illisible. Le médecin perçoit le plus souvent cette communication comme un jugement de valeur et une atteinte de son ego.

Lorsque la prescription d'un patient n'est pas justifiée au vu de ses traitements en cours et/ou de son état physiopathologique, le pharmacien réalise une intervention pharmaceutique et contacte le médecin pour orienter à nouveau le patient chez son prescripteur ou pour lui proposer une alternative thérapeutique avec un médicament mieux adapté, ou encore pour lui proposer une modification de posologie.

Lors de l'année universitaire 2013-2014, la faculté de pharmacie de Lyon a participé à une étude intitulée « Interventions pharmaceutiques à propos du dossier pharmaceutique et de l'auto-médication » (IPADAM). Cette étude avait pour objectif, avec la participation des étudiants stagiaires de 6^e année officine dans huit facultés de pharmacie françaises, de connaître au niveau national la quantité et la qualité des interventions pharmaceutiques réalisées sur certains médicaments hors prescription médicale. Ce projet doit également permettre d'appréhender les freins rencontrés tant au niveau des patients que de l'équipe officinale pour l'inscription au dossier pharmaceutique de médicaments hors prescription. Les médicaments dont il était question dans l'étude étaient l'ibuprofène et la pseudoéphédrine per os. Il s'agissait de notifier les interventions pharmaceutiques réalisées à l'officine avec ou sans consultation du dossier pharmaceutique et de faire apparaître l'attitude des patients après la proposition d'inscrire la dispensation sur ce dossier. L'étude s'est déroulée sur deux semaines : du 10 au 15 février 2014 et du 7 au 12 avril 2014. Les interventions pharmaceutiques recensées au cours de cette étude concernaient les différents critères :

- allergie au traitement demandé ;
- contre-indication du médicament demandé avec les symptômes décrits par le patient ;

- interaction du médicament demandé avec l'état physiopathologique du patient ;
- redondance du traitement ;
- utilisation du médicament demandé en sous-dosage ;
- utilisation du médicament demandé en surdosage.

Cette étude n'a pas encore été publiée officiellement. Toutefois, l'équipe IPADAM a communiqué aux étudiants qui y ont participé quelques chiffres. Lors de la seconde semaine, sur 485 étudiants participant à l'étude, 350 interventions pharmaceutiques ont été renseignées par 185 étudiants. Bien que les résultats soient en cours d'analyse, il est difficile de conclure sur ces chiffres, mais ils démontrent l'importance de l'expertise pharmaceutique dans la délivrance de médicaments d'usage courant.

Les interventions pharmaceutiques nous rappellent que la pharmacie reste le seul commerce à user du refus de délivrance, et ce par droit et par devoir envers la santé des patients. Ceci est valable pour tous les médicaments, qu'ils soient prescrits ou non.

Ainsi, il semble important que la communication entre pharmaciens et médecins ne soit pas entachée de mépris ou de frustration. Effectivement, lors de l'appel au médecin, la discussion est le plus souvent dirigée sur la problématique à l'origine de l'appel plutôt que sur le patient ce qui a tendance à amplifier la menace perçue par le médecin. Par ailleurs, généralement, les médecins et les pharmaciens ne se connaissent pas personnellement. Pourtant, la rencontre physique permet d'apporter des éclaircissements, d'interpréter plus aisément les nuances subtiles des changements d'intonation et de percevoir des messages non verbaux.

D'autres entraves à la communication peuvent être citées :

- **Le manque de temps.** Lors d'un appel téléphonique, l'interlocuteur est certainement engagé dans une autre activité professionnelle. Dans un contexte où l'objectif commun reste de résoudre des problèmes liés à la médication

dans le but d'optimiser les soins prodigués aux patients. Il est pourtant difficile, dans de nombreux cas, d'obtenir une communication constructive.

- **Les entraves technologiques.** Quoi de plus frustrant pour le médecin que de passer par un répondeur automatisé pour joindre le pharmacien ? Dans d'autres cas, l'attente du médecin est prolongée par un premier contact *via* un préparateur. Il est alors important de faciliter aux médecins la prise de contact avec le pharmacien directement. Il semble que cela permettrait d'améliorer significativement la communication interprofessionnelle. Il serait intéressant de proposer aux médecins un traitement préférentiel sur le répondeur automatisé ou encore de leur fournir une ligne qui leur serait réservée. Il semble important que la communication soit facilitée par les deux professionnels de santé, ainsi le pharmacien appréciera d'avoir la possibilité de joindre plus aisément le médecin en cas de nécessité.
- **Les lieux de pratiques.** Le fait que les lieux d'exercice des différents intervenants soient plus ou moins éloignés accentue souvent l'isolement des pratiques de chacun et ont tendance à disperser les activités. Cette distance peut être supprimée lorsque les intervenants décident d'exercer dans une maison de santé par exemple ; ils choisissent alors un lieu unique d'exercice en commun. En effet, le genre et le nombre de rencontres entre professionnels influent sur la qualité des relations humaines.

Dans le but d'améliorer la communication verbale entre pharmacien et médecin, C. Richard et M.T. Lussier dans leur ouvrage intitulé *la communication professionnelle en santé*⁵⁸, proposent un plan lors de l'appel interprofessionnel :

- se présenter ce qui permet d'obtenir l'attention et d'obtenir la collaboration de l'interlocuteur ;
- préciser l'objet de l'appel : il s'agit alors d'élaborer ensemble une solution au problème ;

- avoir en main les éléments pertinents (nom du patient, éléments de la problématique, etc.) ;
- bien centrer les éléments sources du problème et essayer d'être succinct et précis ;
- favoriser les échanges en se focalisant sur le problème à résoudre ;
- être prêt à faire face au refus, à la résistance voire à la colère de son interlocuteur ;
- être en mesure de proposer plus d'une solution au problème.

La communication interprofessionnelle constitue un élément central dans la collaboration entre les deux corps de métier. Le travail synergique du médecin et du pharmacien conduira probablement à l'amélioration de la prise en charge du patient.

2.2.3 Coordonateur du projet et retour d'informations

Le renforcement de la coordination des soins constitue un enjeu majeur pour l'amélioration de la performance du système de santé. Cette coordination doit permettre au médecin généraliste de premier recours ainsi qu'aux autres acteurs de l'offre de soins de mieux connaître et de mobiliser l'ensemble des ressources nécessaires afin de garantir un parcours efficient. La synchronisation des interventions autour des patients nécessite toutefois la présence d'un coordonateur dans l'équipe de soins qui aura différentes missions à assurer :

- l'évaluation multidimensionnelle du patient et la définition du plan personnalisé de santé ;
- la réévaluation de ce plan en cas de modification de la situation du patient, et dans tous les cas, au moins une fois par an ;
- le suivi de la réalisation des interventions planifiées dans le plan et des aides matérielles et financières adaptées ;
- transmissions d'informations entre les intervenants ;

- organisation de réunions de concertation avec les intervenants impliqués ;
- organisation de visites au domicile pour évaluer les aménagements et interventions adéquats pour le maintien à domicile du patient.

Le retour d'informations est nécessaire pour le bon fonctionnement de la collaboration interprofessionnelle et surtout pour la gestion du parcours de soins du patient.

2.3 Les facteurs liés à l'autonomie de chacun des acteurs du projet de coopération

2.3.1 La gouvernance de proximité

La gouvernance clinique constitue depuis la fin des années 1990 un thème important pour promouvoir la qualité des soins dans le système de santé. Elle est établie sur un postulat selon lequel les attributs organisationnels ont un impact direct sur la qualité et la sécurité des soins et services, et que l'amélioration de ces deux éléments est inhérente à l'interaction entre l'expertise clinique des professionnels et le contexte organisationnel.

D'après M.P. Pomey, J.L. Denis et A.P. Contandriopoulos, il existe deux niveaux de gouvernance : d'une part, la gouvernance de proximité agissant au sein même des opérations de soins et des services en structurant l'action au niveau des opérateurs et d'autre part, la gouvernance d'ensemble représentant le contexte sur lequel s'appuient les opérateurs et dans lequel ils interagissent⁵⁹.

Pour aboutir à l'objectif ambitieux de la gouvernance clinique, la maîtrise de l'ensemble des techniques participant à l'obtention de la qualité dans les services offerts au public s'avère nécessaire pour atteindre un haut niveau de protection de la santé des citoyens⁶⁰. Les décisions fondant cette transformation structurelle du système de santé devront être collectivement acceptées par les acteurs de soins et les administrateurs. La prise en charge optimale des patients ne sera possible que si

l'opposition traditionnelle entre les acteurs de soins et les administrateurs responsables de la gestion des ressources s'amenuise. Il semble que la gouvernance de proximité mettant à l'œuvre des acteurs de soins de premier recours puisse être une étape préalable à la réussite d'une gouvernance globale et stratégique entre administrateurs et cliniciens. C'est dans ce contexte que le titre II de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, intitulé « *accès de tous à des soins de qualité* », accorde une place importante à la coopération entre les médecins généralistes, les pharmaciens d'officine et les autres professionnels de santé participant à la prise en charge du patient. Dans ce même objectif, l'article 51 offre la possibilité « *d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins* » dans le cadre de protocoles validés par la Haute autorité de santé.

Le travail en équipe pluridisciplinaire devient incontournable dans le contexte actuel. Cette transformation doit néanmoins intervenir par le biais de la création d'outils d'aide à la décision tels que des textes de lois, des décrets ou encore des recommandations professionnelles. Bien que ces documents permettent d'orienter les stratégies thérapeutiques et managériales, la rigidité de certains s'accorde mal avec la complexité du contrat de soins. Ainsi, les notions développées par l'éthique clinique devraient participer à la recherche d'un consensus pour une meilleure prise en charge des patients.

2.3.2 Le patient au centre du dispositif : normes juridiques relatives à l'exercice des différents professionnels de santé.

2.3.2.1 Autonomie du patient et choix éclairé

L'objectif principal de la gouvernance clinique, appuyé par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires est de donner une place centrale au patient qui est au cœur du système de soins. Les professionnels de santé s'articulent autour de lui pour une prise en charge optimale. La nécessité d'une

meilleure coordination des soins constitue une notion qui doit être acquise par l'ensemble des acteurs de la gouvernance clinique de proximité. Les responsabilités devront toutefois être partagées dans le respect de l'indépendance professionnelle et de la volonté des patients.

D'après l'article L.1111-4 issu de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé [...]. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* ». L'autonomie du patient est primordiale et doit être respectée par tous les professionnels de santé encadrant les soins administrés.

2.3.2.2 Indépendance professionnelle

L'indépendance professionnelle constitue une valeur indispensable à la sauvegarde de la santé publique et à la qualité de la prise en charge des malades. Face à la reconnaissance de l'autonomie précitée des patients, les professionnels de santé doivent veiller à prendre les meilleures décisions pour le patient dans le respect de leur indépendance.

Concernant le pharmacien, d'après l'article R.4236-3 du code de déontologie des pharmaciens : « *Le pharmacien doit veiller à préserver la liberté de son jugement professionnel dans l'exercice de ses fonctions. Il ne peut aliéner son indépendance sous quelque forme que ce soit.* » Le plein usage de l'indépendance professionnelle garantit que le pharmacien exerce librement son activité en se référant uniquement à la science et à sa conscience, sans se soumettre à des pressions extérieures. De la même façon, le Code de déontologie médicale précise dans l'article R.4127-5 que son activité ne doit le soumettre à l'aliénation de son indépendance.

2.3.2.3 Echange d'informations entre professionnels et secret médical

Le monopole de la prescription étant attribué au médecin et celui de la dispensation au pharmacien, une concertation s'avère utile pour la coordination des soins. Dans cet objectif, l'article L.1110-4 du Code de la santé publique modifié par l'article 132 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires permet à plusieurs professionnels de santé d'échanger des informations sur un même patient sans craindre d'enfreindre leur obligation au secret médical, à condition que le malade ne s'y oppose pas.

Dans le but d'échanger des informations concernant les patients entre professionnels de santé, les pouvoirs publics, avec l'ensemble des Ordres des professionnels, ont créé le système Messagerie Sécurité Santé (MS-Santé) afin de développer des messageries sécurisées de santé. Ces messageries doivent permettre à tous les professionnels de santé d'échanger entre eux par mail, rapidement et en toute sécurité, des données personnelles de santé dans le respect de la réglementation en vigueur. Les messageries électroniques standard mises à la disposition du public par les fournisseurs d'accès internet ne présentent pas de garanties de sécurité et de confidentialité suffisantes au regard du caractère sensible des données de santé échangées. Le service MS-Santé, qui s'appuie sur le cadre national d'interopérabilité des systèmes d'information, a vocation à créer un espace de confidentialité destiné à la communauté des professionnels de santé précisément identifiés à travers le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) ou du répertoire ADELI qui correspond à un système d'information national sur les professionnels de santé. Contrairement aux messageries standard, la MS-Santé fonctionne en vase clos, c'est-à-dire qu'il n'est possible d'envoyer des messages qu'à des destinataires disposant d'un compte de messagerie au sein de la MSSanté⁶¹.

Ce projet MSSanté apporte un réel bénéfice en l'absence de messageries permettant l'échange dématérialisé de données de santé entre professionnels dans des conditions de sécurité et de confidentialité satisfaisantes. Ainsi, la Commission

nationale de l'informatique et des libertés reconnaît un apport majeur permettant de mettre fin aux pratiques actuelles, contraires aux dispositions de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Un consentement initial des patients doit être obtenu, matérialisé par la remise d'un document papier ou électronique et assorti d'une faculté de révocation à tout moment afin de permettre l'exercice des droits des personnes.

2.4 Les facteurs liés à la nature du projet de coopération

2.4.1 *Degré d'implication des intervenants*

Le degré d'implication des intervenants dans la structure constitue un élément important à prendre en compte. Les acteurs à l'initiative du projet s'identifieront davantage au système que les praticiens qui l'intégreront après sa conception et sa mise en place, créant parfois quelques réticences ou méfiances vis-à-vis d'un projet qu'ils ne maîtrisent pas en totalité. La distance séparant les différents intervenants dès les prémisses de la coopération met en évidence la difficulté du rapprochement des pratiques.

2.4.2 *Ambition du projet de coopération*

Lors de la mise en place d'un tel projet, il faut distinguer l'ambition de celui-ci. L'objectif est-il d'améliorer une organisation déjà existante ou de proposer une alternative à ce système ? L'amélioration de l'organisation ne suscite en général que peu de réactions négatives dans la mesure où elle n'est pas contraignante et apporte, au contraire, une aide et un élargissement des services mis à disposition des professionnels au sein du réseau. En revanche, l'innovation peut parfois entraîner une refonte de l'organisation connue par l'ensemble des professionnels et constituer ainsi

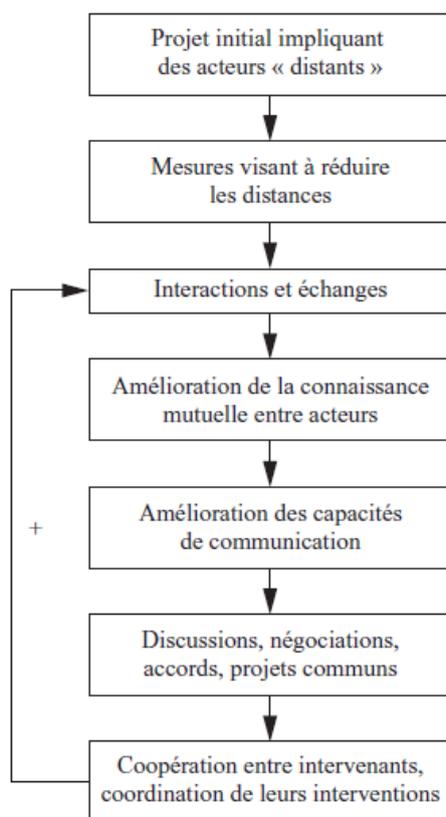
une source de réticences, d'inquiétudes, voire de refus, car contrairement à la simple amélioration qui peut rester périphérique, l'alternative suscite généralement des changements profonds dans l'organisation de l'activité.

La complexité d'un projet innovant reste la mobilisation de chacun des acteurs. Les changements entraînent souvent des réticences auprès de la population concernée. La communication entre les intervenants semble ainsi constituer une solution : il est nécessaire d'expliquer en quoi consiste concrètement le dispositif de façon à réduire un maximum d'incertitudes et de mettre en exergue les intérêts que chacun pourrait trouver en s'associant à ce projet. Evoquer les objectifs, les principales conditions et les conséquences pour les acteurs, les instances et leurs fonctions, ainsi que la programmation du développement du dispositif qui pourrait permettre à chacun de se projeter et de se faire une idée plus ou moins précise de la place qu'il pourrait y occuper. Le projet doit rester suffisamment souple afin que chacun puisse s'exprimer : la coopération ne pourra aboutir que si l'ouverture des discussions est rendue possible à tous avec l'éventualité de remaniements et de corrections apportés par l'expérience personnelle ou commune au sein du groupe.

De plus, pour que le projet obtienne l'adhésion des participants, le dispositif doit disposer des ressources nécessaires, qu'elles soient d'ordre spécifique, technique, relationnelle ou financière, afin de couvrir les coûts d'investissement et de fonctionnement.

Enfin, la communication interprofessionnelle reste indispensable dans un système dynamique dans lequel il est souhaitable de faire perdurer les relations interhumaines. La remise en question perpétuelle des intervenants dans le champ de leurs compétences personnelles ou communes doit servir le projet de coopération qui ne doit pas être trop rigide et permettre des solutions d'ajustement au fil du temps. La figure 1 rend compte de la dynamique du système de communication entre les différents acteurs.

Figure 1 : Mesures d'amélioration de la communication entre partenaires.



Source : Huard P., Schaller P. *Innovation organisationnelle et prise en charge des maladies chroniques. La coopération entre partenaires distants*. Pratiques et organisation des soins. 2011 ; 42 (2) : 111-8.

La figure 1 permet de mettre en évidence la dynamique de développement de la coopération, incluant à chaque étape une communication ouverte et permanente entre les acteurs⁶². Cependant, les relations humaines ne sont jamais linéaires et des blocages peuvent apparaître suite à des réactions liées à des oppositions d'intérêts entre acteurs.

En conclusion, la réussite d'un projet de collaboration interprofessionnelle est conditionnée par un assemblage de facteurs, dont seules les individualités de chacun permettront ou non une synergie de travail dans un objectif commun défini ensemble. Communication adéquate et facilitée, disponibilité, échange d'informations, implication dans le projet, tout en permettant de conserver l'indépendance

professionnelle de chacun, sont autant de facteurs participant à une meilleure cohésion interprofessionnelle.

Après identification des facteurs inhérents à la réussite d'une coopération, il convient de détailler, de façon concrète, la manière dont la France expérimente ce nouveau mode de travail.

EXPERIENCES CONCRETES DE COOPERATION

PHARMACIENS-MEDECINS EN FRANCE

1 Exemples de types de coopération interprofessionnelle développés en France

1.1 Les réseaux de santé

Dans le contexte actuel, les réseaux de santé semblent correspondre à une réponse organisationnelle face à une demande d'actions collectives pour une meilleure prise en charge des patients.

Les réseaux de santé se développent de façon isolée avant les années 1980, mais connaissent un essor avec la découverte du SIDA : « *L'infection par le VIH [...] doit mobiliser plusieurs catégories de praticiens : la coopération entre la médecine de ville et l'hôpital est incontournable puisque ni l'une ni l'autre ne peuvent répondre isolément de manière satisfaisante aux besoins des patients. De plus, [...] outre la nécessité d'un soutien psychologique et affectif, s'impose également celle de disposer d'aides pour effectuer les actes de la vie quotidienne* ». La création d'un véritable statut leur est accordée par la loi du 4 mars 2002.

Les réseaux de santé sont issus de projets impulsés par des professionnels locaux ayant un objectif particulier ou par l'Etat. Il s'agit de mettre en lien des compétences existantes pour satisfaire un besoin de santé. La synergie de l'expertise de chacun permet d'apporter une réponse collective à un problème de santé. De nombreux professionnels de santé médicaux ou paramédicaux peuvent s'investir dans un tel projet. La coordination des différents professionnels impliqués est indispensable pour une prise en charge individualisée et modulable du patient.

D'après l'article L6321-1 du Code de la santé publique, « *les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une*

prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins ». Ils peuvent être constitués entre professionnels de santé libéraux, médecins du travail, établissements de santé, groupements de coopération sanitaire, centres de santé, institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants d'usagers.

Les statuts juridiques des réseaux de santé sont divers : associations, groupements de coopération sanitaire, groupements d'intérêts économiques et groupements d'intérêt public. Les professionnels de santé exerçant dans ce type de structure sont libéraux, salariés ou hospitaliers. L'équipe de coordination du réseau est généralement salariée par le réseau lui-même.

La mise en place de réseaux de soins soulève par ailleurs quelques problématiques. En effet, ils impliquent le fait de repenser la conception des soins en dépassant certains clivages, et le simple prolongement de l'activité des différents professionnels ne suffit pas. Chaque acteur doit trouver un intérêt personnel à la coordination, avoir confiance dans les différents membres du réseau et être favorable à une éventuelle séparation des tâches de chacun, c'est-à-dire ne pas être trop attaché au pouvoir. Il s'agit aussi pour tous les membres du réseau d'adopter un langage commun, parfois difficilement accessible.

D'après Christelle Bruyère, le fonctionnement des réseaux de santé français peut s'expliquer à travers six relations paradoxales⁶³ :

- **Formel / Informel** : le fonctionnement du réseau de soins nécessite d'être formalisé *via* une charte mais se caractérise par un fonctionnement informel du fait d'une souplesse d'adaptation à la diversité locale.
- **Spécificité / Unité** : la spécificité de chacun des acteurs par l'apport de son expérience et de son expertise personnelle contribue à l'unité du réseau permettant d'apporter une réponse cohérente à un problème de santé donné.

- **Conformité / Autonomie** : la conformité est nécessaire à la prise en charge financière par les tutelles, toutefois le réseau de santé se caractérise par une autonomie de chacun des professionnels dans sa pratique personnelle.
- **Individuel / Collectif** : la légitimité d'un réseau de soins naît dans l'intérêt collectif d'adapter le système de santé aux besoins actuels. Cependant, chacune des personnalités prenant part à ce système doit y trouver un intérêt individuel pour que le réseau fonctionne.
- **Stabilité / Flexibilité** : la stabilité incombe au réseau pour son bon fonctionnement. Cela passe par une équipe fixe ou des pratiques récurrentes. Toutefois, le réseau se caractérise par une certaine flexibilité car il doit se moduler au fil des interventions sur le terrain. Il s'adapte aux besoins présents.
- **Structurel / Relationnel** : le réseau de santé fonctionne selon une organisation structurelle mais doit accorder une place centrale à la dimension relationnelle qui varie en fonction du temps et des situations. C'est un système structuré dynamique.

Il semble que la discussion et l'échange de points de vue différents émanant d'intérêts personnels puissent aboutir à la construction d'un système collectif ayant un objectif commun. Ces dialogues peuvent avoir lieu sous forme de contacts spontanés, de réunions d'équipe, de formations pluridisciplinaires ou encore d'ateliers d'échanges de pratique. L'esprit collectif ainsi que la bonne entente sur le rôle de chacun et le fonctionnement du réseau sont des piliers fondamentaux. En effet, la coopération est rendue possible lorsque les différents acteurs trouvent un réel intérêt et un avantage à réduire une partie de leur autonomie au profit de la pratique de leur activité au sein d'un réseau. Si ces conditions ne sont pas remplies et que les contraintes deviennent supérieures aux profits, les professionnels quitteront cette entité et la coopération sera rompue.

1.2 Les pôles et maisons de santé

1.2.1 *Définition des pôles et maisons de santé*

Les maisons de santé pluri-professionnelles, les centres de santé et les pôles de santé répondent à des objectifs variés :

- garantir l'accès aux soins de proximité ;
- offrir à l'ensemble de la population d'un territoire des modalités de prise en charge globale avec l'assurance d'une continuité des soins ;
- améliorer l'offre de soins sur un territoire en facilitant le maintien ou l'installation de professionnels de santé médicaux ou paramédicaux, notamment dans les zones déficitaires, par un mode d'exercice novateur et attractif ;
- optimiser les conditions d'exercice des professionnels de santé en mutualisant, le cas échéant, les coûts des locaux, du personnel ou du matériel et en favorisant le décloisonnement médical-paramédical-social autour du patient ;
- améliorer la permanence des soins par le désengorgement des urgences hospitalières, notamment par la participation des professionnels à la permanence des soins ambulatoires ;
- contribuer à la formation des jeunes professionnels de santé ; ces structures peuvent constituer des terrains de stage et faire ainsi connaître aux étudiants les spécificités de l'exercice de premier recours.

Les réseaux de santé se différencient principalement des maisons et pôle de santé du fait qu'ils sont créés pour une population donnée ou pour une pathologie particulière. Les maisons et pôles de santé se caractérisent par une volonté d'amélioration des soins de premier recours au sein de la population.

1.2.2 Formes juridiques des maisons de santé

Les maisons de santé regroupent médecins et professionnels paramédicaux sur un lieu unique d'exercice, dans une approche coordonnée formalisée dans un projet de santé. Ces maisons de santé peuvent se créer selon diverses formes juridiques :

- la société civile de moyens (SCM) : cette structure permet aux professionnels de santé de regrouper les moyens matériels (locaux, équipements, personnel de secrétariat et d'entretien).
- la société civile immobilière (SCI) lorsque l'immeuble ou le terrain est acquis ou financé en commun.
- les groupements d'intérêts économiques (GIE)
- la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) : cette nouvelle forme juridique a été mise en place par la loi du 10 août 2011, dite loi « *Fourcade* ». Elle a pour but de :
 - o permettre le regroupement des professionnels de santé relevant de professions différentes pour y exercer des activités de coordination thérapeutique visant à améliorer la qualité de la prise en charge et la cohérence du parcours de soins, d'éducation thérapeutique et de coopération entre les professionnels de santé ;
 - o percevoir des financements publics, c'est le cas pour les groupements d'intérêts économiques ;
 - o redistribuer ces sommes entre ses membres ;
 - o facturer certains actes à l'assurance maladie dans le cadre des nouvelles rémunérations prévues par la loi HPST ;
 - o mettre à disposition des professionnels de santé un cadre fiscal et social sécurisé.

Conformément à l'article L.4041-4 du Code de la santé publique, une SISA est obligatoirement composée d'au moins deux médecins et un auxiliaire médical. Cette structure ne peut pas imposer à un professionnel de santé d'exercer exclusivement

son activité au sein de la société. La SISA permet aussi une simplification des règles d'entrée et de sortie des professionnels.

Concernant les pharmaciens, ceux-ci peuvent adhérer à une structure de ce type même s'ils font déjà partie d'une société d'exercice libérale. Cette dernière forme juridique ne peut par ailleurs pas s'appliquer à la création de maisons de santé, puisqu'elle ne permet pas le regroupement de professionnels de métiers différents.

Les statuts constitutifs de la SISA distinguent par ailleurs les activités relevant d'un exercice commun (activités interprofessionnelles) et les activités ne relevant pas d'un exercice commun (activités monoprofessionnelles). Chaque associé, individuellement, se doit de respecter les dispositions législatives et réglementaires applicables à sa profession ainsi qu'aux règles de la déontologie qui lui sont propres. Chacun doit donc, en particulier, respecter le principe de la liberté de choix du professionnel de santé par le patient, le principe du secret professionnel et le principe de l'indépendance professionnelle que, dans toutes circonstances, on doit conserver dans les actes constitutifs de l'exercice de sa profession.

Dans ce type de structure, les associés répondent indéfiniment des dettes sociales à proportion de leur part dans le capital social. L'associé qui n'a apporté que son industrie est considéré comme celui dont la participation dans le capital social est la plus faible.

1.2.3 Rémunération des maisons de santé

Les maisons de santé peuvent bénéficier de nombreuses aides et subventions provenant de financeurs publics ou privés. Parmi les organismes publics, citons en premier lieu, l'assurance maladie, l'Etat, les collectivités territoriales, voire l'Union européenne.

L'article L.6323-3 du Code de la santé publique impose aux maisons de santé pluri-professionnelles de se doter d'un projet de santé témoignant d'un exercice coordonné. Seules les structures ayant élaboré ce projet de santé peuvent éventuellement bénéficier de financements versés par l'ARS. Le contenu du projet de santé contient un diagnostic préalable des besoins avec les missions spécifiques apportées par la structure en regard de ce diagnostic. Il s'articule autour :

- **d'un projet professionnel.** Le projet indique les différentes catégories de professionnels qui participent au sein de la structure. Il décline l'organisation interne et les responsabilités de chacun. Ce projet préconise aussi les mesures mises en place afin d'assurer une coordination optimale entre les différents professionnels de la structure. Il doit prévoir également la diffusion des informations médicales relatives aux patients au sein de l'équipe. Enfin, le projet précise les éventuelles modalités visant à favoriser le développement continu des professionnels de santé ainsi que l'amélioration de la qualité ;
- **d'un projet d'organisation de la prise en charge.** Ce projet contient les mesures prises pour faciliter l'accès de tous aux soins et leur continuité. Il précise aussi les relations entre la structure et les partenaires du territoire : établissements et services sociaux ou médico-sociaux, structures sanitaires, associations. Il doit indiquer les activités innovantes proposées par la nouvelle structure telle que l'éducation thérapeutique.

Le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) instauré en vertu de l'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, intervient dans l'amélioration de l'efficacité de la politique de coordination des soins et du décloisonnement du système de santé. Les ressources du FIQCS sont constituées par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la Sécurité sociale. Ce financement peut être obtenu, d'une part, au niveau national, et d'autre part au niveau régional. A ce dernier échelon, ce sont les ARS qui allouent le versement du FIQCS, notamment en

fonction du contenu du projet de santé, comme décrit ci-dessus. Cette aide financière provenant de l'Assurance Maladie peut concerner l'aide à la conception du projet ; une participation aux équipements (mise en réseau informatique, aménagement de locaux collectifs destinés à l'organisation de réunions, acquisition de matériel de communication et d'animation comme un vidéoprojecteur) ou encore une aide au démarrage, limitée dans le temps et dégressive, pour les frais de fonctionnement en lien direct avec l'exercice pluri-professionnel (rémunération de personnel d'accueil par exemple).

Secondairement, les maisons de santé peuvent bénéficier de financements à travers les nouveaux modes de rémunération. En effet, l'article 44 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008 ouvrait la possibilité de procéder à des expérimentations de nouveaux modes de rémunération pouvant compléter ou se substituer au paiement à l'acte. Initiés en 2009, ces nouveaux modes de rémunération par « modules » permettent de prendre en compte les prises en charge innovantes en premier recours, la délégation d'actes, le suivi personnalisé et l'éducation thérapeutique. Le terme de ces expérimentations a été fixé par le législateur au 31 décembre 2014. Afin de tirer toutes les conséquences des modes de rémunération ainsi expérimentés et mettre au point un dispositif pérenne, l'article 45 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 a toutefois prévu une négociation conventionnelle interprofessionnelle spécifique, qui portera sur la rémunération des équipes de soins de proximité. A ce jour, les expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération concernent près de 150 structures pluri-professionnelles⁶⁴.

Ces nouveaux modes de rémunération s'articulent autour de trois modules :

- **module 1 : « Missions coordonnées ».** Il s'agit d'un forfait rémunérant les missions de coordination au sein des sites expérimentateurs (management de la structure, temps de concertation interprofessionnelle). Le forfait est versé à la structure. Les indicateurs le conditionnant sont la qualité des pratiques, la coordination et la continuité des soins ainsi que l'efficacité. Le forfait prend en

compte la précarité de la patientèle pour prendre en compte les efforts particuliers concernant le temps et les démarches administratives nécessaires à la prise en charge des patients. Ce forfait rémunère aussi des actions de santé publique effectuées par la structure et répondant à un besoin particulier.

- **module 2 : « Nouveaux services aux patients ».** Ce module permet d'expérimenter des rémunérations forfaitaires pour des prises en charge innovantes en médecine de ville, notamment à destination des patients complexes et atteints d'une pathologie chronique. Il est composé de deux volets : le premier concerne l'éducation thérapeutique des patients ; le second expérimente le suivi global de certains patients complexes par un trio de professionnels de santé : médecin généraliste, infirmier, pharmacien.
- **module 3 : « Coopération entre professionnels de santé ».** Ce module vise à améliorer le suivi des patients, à enrichir le métier des auxiliaires médicaux et à libérer du temps médical, notamment à travers la promotion des délégations d'actes ou d'activités.

Afin de percevoir ces nouveaux modes de rémunération, les structures ont intérêt à se développer sous une forme de SISA afin de bénéficier d'une transparence fiscale complète. Cette forme juridique permet en effet de percevoir des financements publics et de les redistribuer entre ses membres.

L'Etat et les collectivités territoriales apportent également des aides à l'investissement pour les groupes pluri-professionnels. En 2010, un plan national a été instauré afin de cofinancer la création de 250 maisons ou pôle de santé en milieu rural sur la période 2010-2013, dans des zones considérées comme fragiles. Cet objectif a été porté à 300 maisons ou pôles de santé d'ici la fin 2014⁶⁵. Selon les données transmises en 2013 par l'Observatoire des maisons et pôles de santé du ministère de la Santé, 291 structures seraient en fonctionnement.

Enfin, les maisons de santé peuvent aussi recourir à des financements privés provenant des professionnels eux-mêmes, d'organismes complémentaires (mutuelles et assurances), voire de groupes hospitaliers privés.

1.2.4 Formes juridiques des pôles de santé

Contrairement aux maisons de santé qui regroupent en un lieu unique des professionnels de divers horizons, les pôles de santé sont constitués « *entre professionnels de santé, le cas échéant de maisons de santé, de centres de santé, de réseaux de santé, d'établissements de santé, d'établissements et de service médicaux sociaux, des groupements de coopération sanitaire, et des groupements de coopération sociale et médico-sociale* »⁶⁶ sans aucune contrainte géographique.

Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours ou, le cas échéant, de second recours, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire.

Les caractéristiques juridiques et financières des pôles de santé sont équivalentes aux données décrites ci-dessus pour les maisons de santé. Cependant, ils ne nécessitent a priori pas d'investissement commun et sont considérés comme des organisations légères permettant de tisser des liens de collaboration entre professionnels sans avoir besoin de changer la situation en profondeur. Les financements publics sont toutefois identiques à ceux décrits pour les maisons de santé : éligibilité au FIQCS et à l'expérimentation sur les nouveaux modes de rémunération⁶⁷.

1.2.5 Exemple du pôle de santé d'Ambérieu-en-Bugey

1.2.5.1 Présentation du pôle de santé des Allymes

D'après l'analyse de la démographie et de la consommation médicale publiée par la Mutuelle santé agricole (MSA) et le conseil général de l'Ain en 2008⁶⁸, la démographie médicale constitue l'une des plus basses de France, avec 95 médecins pour 100 000 habitants. Plusieurs rapports émanant de ministres (Berland) ou de la Société française de santé publique suggèrent la nécessité du regroupement de professionnels de santé et de délégation de tâches pour pallier la baisse de la démographie médicale ainsi que le cloisonnement des professions de santé.

C'est dans ce contexte qu'un groupe de professionnels de santé choisissait en 2008 de réunir leurs compétences afin de développer une stratégie de soins primaires visant à obtenir qualité, équité et pertinence des services de santé pour un meilleur coût-efficacité. Voici la déclinaison des objectifs du pôle de santé des Allymes issus de son projet de santé⁶⁹ :

- établir pour chaque patient suivi par un professionnel de santé libéral de premier recours sur le secteur un dossier médical informatique commun ;
- collecter, pour chaque patient, des données biomédicales et médico-sociales actualisées ;
- identifier les patients nécessitant un suivi particulier et nécessitant un resserrement de la coordination entre professionnels de santé ;
- assurer la coordination entre ces professionnels et les structures publiques ou privées de permanence des soins et d'hospitalisation ;
- permettre une articulation complète avec les médecins en charge de la permanence de soin sur le secteur en autorisant l'accès au dossier médical des patients qui l'acceptent par l'intermédiaire du réseau informatique commun aux praticiens libéraux ;
- mettre à disposition des médecins hospitaliers participant au futur réseau Vill'Hop'Ain les données biomédicales et sociales des patients hospitalisés ;

- améliorer la prise en charge globale des patients atteints d'une pathologie chronique et maintenus à leur domicile afin d'adapter au mieux les besoins médico-sociaux de la prise en charge ;
- améliorer les pratiques des acteurs de soins par la mise en place et l'utilisation de protocoles de soins et d'intervention évaluables ;
- améliorer l'information délivrée aux usagers pour ce qui relève des protocoles mis en place autour des actions menées ;
- organiser et coordonner la prise en charge multidisciplinaire des patients du secteur par les différents professionnels de santé de soins primaires ;
- renforcer la coordination entre kinésithérapeutes, infirmiers libéraux, pharmaciens d'officine et médecins généralistes sur des problématiques de santé identifiées par les professionnels du secteur ;
- mettre en place, promouvoir et organiser tout moyen humain et matériel permettant une coordination renforcée pour une meilleure prise en charge des patients du secteur ;
- participer à la formation des différents professionnels dans le but d'optimiser la coordination des soins autour du patient.

Le nombre de professionnels de santé dans le canton étant supérieur à 50, il n'était pas envisageable d'effectuer un regroupement géographique commun au sein d'une structure unique telle qu'une maison de santé. Ainsi, la coordination *extra-muros* a été privilégiée avec la constitution d'un pôle de santé qui ouvrirait ses portes en octobre 2009. A sa création, les professionnels de santé se sont réunis au sein d'une association de type loi 1901, transformée le 30 mai 2012 en SISA, dénommée « Pôle de santé des Allymes – Plaine de l'Ain ».

A ce jour, le pôle de santé des Allymes regroupe près d'une soixantaine de professionnels de santé, parmi lesquels des médecins généralistes, des infirmiers, des kinésithérapeutes, des pharmaciens d'officine, des podologues, des orthophonistes, une diététicienne et une sage-femme.

Des réunions pluri-professionnelles sont fréquemment organisées. Pour cela, le groupe médical des Allymes dispose d'une salle de réunion de 40 m². Le calendrier des réunions plénières est fixé annuellement par le coordinateur. Ces réunions sont ouvertes à tous les membres du pôle de santé. Par ailleurs, des réunions portant sur des cas complexes sont parfois organisées auxquelles seuls les professionnels de santé s'occupant du patient sont conviés.

De ces réunions découlent ensuite des protocoles issus de la collaboration entre plusieurs corps de métiers. Par exemple, le protocole « plaie chronique » prévoit qu'un patient consultant un médecin généraliste du groupe pour une plaie chronique est adressé vers l'infirmier libéral de son choix avec une ordonnance générique de pansements. Le médecin généraliste précise par ailleurs le statut vaccinal antitétanique et le terrain vasculaire associé. L'infirmier réalise l'évaluation colorimétrique initiale de la plaie, prescrit et renouvelle ensuite l'ordonnance en fonction des besoins du patient et réalise le rattrapage vaccinal si nécessaire. La collaboration entre pharmaciens d'officine et médecins généralistes aboutit aussi à une évolution du rôle du pharmacien d'officine qui a désormais un rôle de sentinelle de la bonne observance du traitement diabétique par la connaissance des valeurs biologiques associées rédigées par le médecin sur l'ordonnance. Les réunions du pôle des Allymes ont aussi porté sur l'amélioration des relations interprofessionnelles ; l'élaboration de fiches conseils patients notamment sur le rhume, les plaies, les douleurs aiguës ou encore les tiques ou l'analyse d'ordonnances de patients de plus de 75 ans polymédicamentés.

A ce jour, le pôle de santé se situe dans la phase d'application des différents protocoles élaborés. Il s'avère que cette phase permet de soulever des problèmes pratiques d'utilisation. Les réunions permettent alors de pallier ces difficultés de méthodologie ou d'application des protocoles au quotidien.

1.2.5.2 Exemple de mise en place d'un protocole de soins

Depuis la création du pôle, plusieurs protocoles ont été mis en place au sein de l'équipe. Un protocole pluri-disciplinaire de soins de santé primaire a pour objectif de répondre à une demande de professionnels de santé afin d'harmoniser leurs pratiques à partir de recommandations de bonnes pratiques existantes. L'un de ces protocoles mis en application au pôle de santé des Allymes concerne la prise en charge des patients hypertendus. Celui-ci distingue deux cas : le patient hypertendu connu et le patient hypertendu non connu. Les protocoles se présentent comme suit :

- définition de l'hypertension artérielle de l'Organisation mondiale de la Santé. Elle permet de rappeler qu'en aucun cas le diagnostic ne peut être posé sur une seule mesure, mais qu'il doit être confirmé par deux mesures réalisées à quelques jours d'intervalle ;
- condition de la prise de mesure en soulignant le fait que le patient doit être nécessairement au repos depuis dix minutes. Une fiche a été établie pour l'évaluation initiale. Elle permet de renseigner la valeur de la mesure déterminée par le professionnel de santé ainsi que l'évaluation des facteurs de risques cardiovasculaires ;
- les signes et valeurs de l'urgence vitale ;
- en cas de tension artérielle systolique supérieure ou égale à 135 mmHg ou de tension artérielle diastolique supérieure ou égale à 85 mmHg, l'équipe de professionnels de santé préconise l'automesure tensionnelle avant toute introduction ou modification du traitement. Le protocole d'automesure tensionnelle se décline selon un protocole défini : trois mesures à la suite, deux fois par jour et pendant trois jours, toujours sur le même bras et à heure fixe. Pour cela, une fiche d'automesure est remise au patient lors de la délivrance de

l'appareil. Elle permet de rappeler au patient dans quelles conditions prendre sa tension et de remplir un tableau avec les valeurs mesurées *via* le tensiomètre ;

- le protocole contient aussi des arbres décisionnels tenant compte des valeurs de tension artérielle ainsi que des facteurs de risques cardiovasculaires et de l'existence de diabète ou non. Il propose également le délai de consultation du médecin en fonction de ces mêmes critères.

Prenons l'exemple d'un patient hypertendu non connu qui consulterait son pharmacien pour un simple contrôle de la tension suite à plusieurs épisodes d'épistaxis. Le pharmacien prendra la mesure après dix minutes de repos, patient assis, dos maintenu, bras reposant sur la table au niveau du plan du cœur, jambes non croisées et pieds reposant par terre. Le professionnel réalisant le protocole remplit alors une fiche d'évaluation initiale en mentionnant la valeur déterminée lors de cette mesure : ici 150/95mmHg. La constatation de valeurs supérieures aux normes de l'OMS entraîne la proposition par le pharmacien d'une auto-mesure réalisée par le patient à son domicile durant trois jours. Le professionnel de santé lui remet alors une fiche d'automesure en lui expliquant comment la remplir.

Le pharmacien évalue également le nombre de facteurs de risques cardiovasculaires afin d'orienter la prise en charge du patient : ce patient de 57 ans signale qu'il a arrêté de fumer il y a 18 mois. Par ailleurs, il mesure 1,78 mètres pour 98 kg et ne souffre pas de diabète. Ce patient possède alors trois facteurs de risques cardiovasculaires. Les mesures hygiéno-diététiques lui seront alors communiquées ainsi que la fiche sur les conseils alimentaires. Cette fiche a pour objectif d'apporter au patient des bases plus saines concernant les modes de cuisson ainsi que les aliments autorisés. Enfin, un bilan biologique est aussi recommandé. Le patient consultera son médecin généraliste avec tous les résultats dans le mois suivant cette détection chez le

pharmacien. Le médecin aura alors déjà tous les éléments en main pour mettre en place le traitement adapté au patient.

Pour un patient ne possédant aucun facteur de risque associé, le pharmacien lui transmet simplement la feuille d'automesure en lui expliquant le protocole. Lorsque le patient reviendra à l'officine avec les résultats, il suffira de réaliser une moyenne et ainsi pouvoir mieux orienter le patient. En fonction de cette valeur moyenne, il sera orienté chez son médecin généraliste dans un délai plus ou moins court, et les mesures hygiéno-diététiques pourront alors éventuellement lui être expliquées en cas d'hypertension artérielle avérée.

Dans cet exemple, c'est le pharmacien qui est à l'origine de l'évaluation initiale. Cependant, n'importe quel professionnel de santé membre du pôle de santé des Allymes peut initier le protocole. Chaque étape est définie en amont et permet aux patients de bénéficier d'une prise en charge optimale dans un délai réduit grâce à la coordination de l'équipe autour de protocoles communs.

Lors de la mise en place d'un protocole comme celui-ci, l'équipe pluridisciplinaire travaille à partir de recherches bibliographiques obligatoirement. Le plus souvent, ce sont les médecins du pôle qui s'occupent des recherches et qui mènent les réunions à l'aide d'un diaporama. La rédaction du protocole s'effectue majoritairement au cours de la réunion où se concertent différents professionnels de santé.

1.3 Expériences isolées de coopération pharmaciens-médecins : quelles conclusions ?

1.3.1 Une faible documentation française

En France, une étude menée par Pauline Michot, montre que peu d'expériences collaboratives entre médecins et pharmaciens ont été mises en œuvre⁷⁰. En effet, une

revue systématique de la littérature internationale à partir des banques de données Medline, Cochrane et Pascal jusqu'en décembre 2011 a été menée ; parmi les 22 articles sélectionnés, aucun essai ne concernait la France. Toutefois, l'environnement législatif évolue et devrait permettre une ouverture des possibilités aux pharmaciens et médecins français.

En France, les principaux modèles de coopération sont encore en expérimentation. Par conséquent, nous ne disposons pas de résultats d'analyse dans la littérature. Il est toutefois intéressant d'étudier un exemple concret d'expérimentation : le module ESPREC.

1.3.2 Le module ESPREC⁷¹

Les nouveaux modes de rémunération accordés par la Sécurité sociale pour les maisons, pôles et centre de santé, permettant de favoriser la coopération entre les professionnels comprennent un module 2 bis intitulé : « *Suivi de cas complexe en équipe de soins de premier recours (ESPREC)* » Ce protocole a été élaboré par la Fédération française des maisons et pôles de santé conjointement avec la Fédération nationale des centres de santé (FNCS) et l'Union nationale des réseaux de santé (UNR). La Haute autorité de santé a émis un avis favorable à ce protocole le 12 décembre 2012. Le suivi ESPREC nécessite la mobilisation d'une équipe pluri-professionnelle comprenant obligatoirement un médecin, un infirmier et un pharmacien. L'étude propose un suivi renforcé et coordonné sur une année des patients porteurs d'un cas complexe d'une pathologie chronique :

- patients atteints d'un diabète de type 2 et présentant deux HbA1c consécutives espacées de trois mois supérieures à 8 %, une aggravation ou la survenue d'une complication depuis un an ;
- patients atteints des pathologies cardiovasculaires suivantes :
 - hypertension artérielle sévère nécessitant au moins une trithérapie ;

- hypertension artérielle compliquée de mycardiopathie ou d'insuffisance cardiaque ;
- hypertension artérielle associée avec trois facteurs de risques cardiovasculaire ;
- Personne âgée fragile avec un score Short emergency geriatric assesment (SEGA) supérieur à 11 sur 26 points au total. Cette grille prend en compte l'âge, le nombre de médicaments, les maladies associées, mais aussi l'humeur, la mobilité, la continence ou encore la nutrition.

Concrètement, lorsqu'un patient est sélectionné pour bénéficier d'un suivi renforcé, une réunion est organisée entre les trois acteurs médecin/pharmacien/infirmier dans le but de fixer les objectifs de suivi et de définir le professionnel de santé référent qui sera proposé au patient. Un accord du patient est formalisé dans un document comprenant des informations sur le protocole ESPREC ainsi qu'un recueil de son consentement. Le suivi renforcé se manifeste par un contact téléphonique ou physique lors d'une visite ou d'une consultation une à deux fois par mois. C'est le professionnel désigné comme référent qui a ce rôle afin de motiver le patient, de l'aider à mieux connaître son affection et de repérer les éventuels problèmes pouvant nécessiter l'intervention d'un autre professionnel de santé. Ce professionnel a aussi accès à tous les dossiers des patients comprenant les résultats d'examens et s'assure que ceux-ci sont régulièrement effectués. Enfin, une seconde réunion est organisée entre les trois acteurs médecin/pharmacien/infirmier au cours de l'année dans le but de discuter d'éventuels problèmes rencontrés ou pour fixer de nouveaux objectifs de suivi.

Concernant le financement, pour chaque patient suivi, l'équipe bénéficiera d'une dotation de 250 € par an couvrant les indemnisations de temps des deux réunions ainsi que d'éventuelles interventions d'autres acteurs dans l'année. Le projet ESPREC fait partie des nouveaux modes de rémunération et, par conséquent, des expérimentations dont le terme a été fixé au 31 décembre 2014.

1.3.3 Conclusions

En France, les expériences de coopération entre les pharmaciens et les médecins restent très peu documentées, car la plupart représentent des actes isolés. Des structures de regroupements professionnels ont vu le jour il y a quelques années, à l'instar des maisons et pôles de santé. Ces structures fournissent des services expérimentaux dont les résultats des analyses ne sont pas encore connus du fait de la date butoir de fin d'expérimentation fixée au 31 décembre 2014.

Afin de développer de façon pérenne la coopération entre les professionnels, les facultés commencent à créer de nouveaux apprentissages, convaincues que la reconnaissance de compétences mutuelles constitue un tremplin. Ainsi, nous développerons dans le second chapitre de cette partie une expérience personnelle de coopération réalisée au sein de la faculté de pharmacie de Lyon.

2 Compte rendu d'une expérience personnelle de coopération

Au cours de l'année universitaire 2013-2014, la faculté de pharmacie de Lyon s'est associée à la faculté de médecine de Lyon Est afin de proposer à quelques étudiants une expérience nouvelle concernant l'amélioration des relations interprofessionnelles entre les deux corporations.

L'expérimentation visait à réaliser une journée au cours de laquelle les postes des étudiants seraient inversés. Dans ce but, neuf binômes constitués d'un étudiant en 6^e année de pharmacie et d'un interne en médecine générale ont été constitués principalement sur des critères de proximité géographique. Au cours de la journée d'expérimentation, l'interne en médecine découvrait la pratique officinale tandis que l'étudiant pharmacien effectuait un stage dans un cabinet de médecine générale. Toutefois, au préalable, les étudiants ont été invités à participer à un après-midi permettant une rencontre et un échange entre les deux corps de métiers.

2.1 Après-midi de formation commune

La rencontre entre étudiants a eu lieu un après-midi du mois de novembre. Tout au long de cet enseignement dirigé, des situations cliniques ont été proposées aux étudiants qui, à tour de rôle, jouaient le médecin, le pharmacien et le patient. Quatre cas ont été traités :

Cas n° 1 : Patient sous Previscan® (fluindione) avec un INR à 3,9 se plaignant de maux de tête.

Le patient est présenté comme non compliant, avec des doses adaptées par lui-même devant sa difficulté à couper les quarts de comprimés. Il a ainsi choisi d'alterner une prise à $\frac{1}{2}$ comprimé et une prise à 1 comprimé le jour suivant plutôt que de prendre $\frac{3}{4}$ de comprimé chaque soir. De plus, le patient indique prendre de l'aspirine pour soulager ses maux de tête.

Il apparaît au terme de ce premier jeu de rôle que médecins et pharmaciens prennent en charge le patient dans un intérêt commun mais selon des moyens différents. L'étudiant en médecine, qui jouait son propre rôle, a insisté davantage sur la stratégie thérapeutique (saut d'une prise, nécessité d'une meilleure observance, INR à prévoir dans 48h), tandis que l'étudiant en pharmacie s'est préoccupé de chercher l'étiologie des migraines ainsi que de limiter les interactions médicamenteuses suite à l'automédication de ce patient.

Ce premier cas soulève déjà la complémentarité des deux acteurs de santé. Chacun dans son rôle conseille le patient toujours dans un but commun de sa prise en charge optimale.

Cas n° 2 : Patiente souffrant d'un cancer à l'origine de très fortes douleurs traitées par Topalgic® (tramadol) et Dafalgan® (paracétamol). Elle est également traitée par Seresta® (oxazepam), le soir.

Devant cette situation, l'étudiant en médecine choisit de modifier le traitement insuffisamment efficace pour parer aux douleurs de cette patiente : il prescrit alors du Skenan® LP 10 mg (morphine) associé à de l'Actiskenan® (morphine) 5 mg. Il lui prescrit également du Forlax® (macrogol) en cas de besoin. Les explications du médecin se sont avérées rassurantes pour la patiente qui se rend à la pharmacie pour la délivrance de ce traitement. Le pharmacien insiste davantage sur la nécessité de prendre le Forlax® en prévention de la constipation que pourrait occasionner la morphine ; ce conseil s'avère d'autant plus opportun lorsque la patiente mentionne le fait qu'elle est souvent constipée au quotidien. Le pharmacien insiste aussi davantage sur la législation inhérente aux produits stupéfiants.

En fonction des groupes d'étudiants, certains médecins ont choisi de conserver le traitement par Seresta® le soir au coucher. Diverses prescriptions ont donc finalement été établies en fonction de l'étudiant. Les médecins sont toutefois peu informés sur la

législation et peu nombreux sont ceux qui connaissent la règle des 72 h concernant la délivrance de ces médicaments stupéfiants.

Cas n° 3 : Patient de 30 ans, père d'un enfant de 12 mois pesant 10 kg, se présentant spontanément à l'officine pour une diarrhée, pour lui-même et pour son fils.

Le pharmacien choisit de délivrer de l'Imodium® (loperamide) au père tout en lui rappelant les règles hygiéno-diététiques s'appliquant au cas présent. L'enfant a présenté une selle molle le matin. Le pharmacien délivre un soluté de réhydratation et lui conseille de surveiller la température de l'enfant ainsi que le poids.

Au terme de ce cas clinique, le débat s'est tourné principalement sur la prescription d'Imodium® par tous les pharmaciens, tandis que les médecins auraient davantage donné du Tiorfan (racecadotril). La spécialité Tiorfan® étant listée, les pharmaciens auraient pu délivrer uniquement le Tiorfast® (racecadotril) dont le prix est plus élevé que le premier anti diarrhéique. Il est alors intéressant pour les médecins de constater que le pharmacien est limité dans ses prescriptions par des facteurs économiques, auxquels les praticiens ne sont pas confrontés dans leurs pratiques.

Cas n° 4 : Patient souffrant d'une insuffisance cardiaque associée à un asthme. Le traitement initial de ce patient était composé de Ventoline® (salbutamol) ; Becotide® (beclométhasone) ; Lasilix® (furosemide) ; Colchimax® (colchicine) et Atacand® (candesartan).

Lorsque le patient se rend chez le médecin, il est très essoufflé. Le médecin pense immédiatement à une décompensation cardiaque et choisit d'augmenter la posologie du traitement diurétique. Il augmente aussi la posologie du traitement de fond de l'asthme ainsi que de la Ventoline® sur 2 jours malgré le fait que le patient lui assure prendre son traitement quotidiennement.

Cependant, à l'officine, le pharmacien s'aperçoit de l'inobservance du patient qui n'a pas pris de Becotide® depuis 2 mois. Celui-ci explique alors ne plus prendre ce traitement du fait qu'il n'agit pas en cas de crise. Il semble que le patient n'ait pas compris la différence entre le traitement de fond et de crise et le pharmacien lui rappelle la nécessité des deux types de médicament. Dans un tel cas, l'appel au médecin s'avère important afin de lui expliquer la probable étiologie de l'aggravation de l'état de ce patient.

Ce cas clinique a permis aux deux corps de métiers de s'apercevoir que les informations récoltées par chacun des acteurs sont souvent complémentaires. Les divers moyens dont disposent chacun (résultats d'analyse, examens, compte rendus d'hospitalisation pour le médecin, dossier pharmaceutique pour le pharmacien) permettent par une action synergique, d'améliorer la prise en charge globale du patient. Ce cas met en exergue le bien fondé de la communication inter-professionnelle entre ces deux acteurs de santé.

2.2 Déroulement de ma journée de stage chez le médecin généraliste

Voilà un descriptif assez détaillé de ma journée passée au cabinet du docteur Chanelière, le mardi 4 mars 2014. Volontairement, ce rapport ne traite pas tant du côté médical, mais souhaite plutôt mettre en valeur le rôle polyvalent du médecin généraliste : ce rôle de pivot du parcours de soins, mais aussi et surtout ce rôle d'accompagnement du patient dans sa globalité, en prenant en compte aussi bien les symptômes cliniques que l'environnement familial, professionnel et social du patient.

Le docteur Chanelière m'avait donné rendez-vous à neuf heures à son cabinet de médecine générale situé dans une zone résidentielle d'Oullins. A mon arrivée vers 8 h 15, j'entreprends une petite visite des alentours afin de me donner une idée de la patientèle du docteur Chanelière. Le cabinet se trouve au rez-de-chaussée d'un immeuble d'une quinzaine d'étages lui-même situé dans une copropriété de quatre ou

cinq immeubles d'envergure identique au premier bâtiment. On peut ainsi imaginer le panel divers et varié de la patientèle du cabinet. En continuant ma visite, une fois la rue traversée, je me retrouve devant un collège et une école. En prolongeant mon itinéraire, à quelques dizaines de mètres de là, voilà le croisement avec la rue principale du centre-ville d'Oullins. Très fréquentée et riche de diverses boutiques, cette rue semble être l'un des axes routiers les plus importants de la ville d'Oullins. Ainsi, le cabinet est situé dans une zone résidentielle, à deux pas du centre ville et des écoles : cela évoque probablement un panachage important de la patientèle. La proximité des pharmacies est aussi importante car médecin et pharmacien sont étroitement liés.

Il est neuf heures. Je fais mon entrée dans le cabinet des docteurs Chanelière et Ricard. En effet, ils partagent ce cabinet depuis environ 6 ans. Lorsque je pousse la porte du cabinet, je me retrouve alors dans une petite pièce donnant accès à gauche à la porte du docteur Chanelière, à droite à la porte du Docteur Ricard et en face à un cabinet de toilette. Je me trouve alors dans la salle d'attente du cabinet. Plusieurs patients sont déjà là, assis, et lisent des magazines sur un fond de musique classique en attendant leur tour. Je patiente alors un peu car j'entends que le docteur Chanelière est déjà en consultation. Au bout de quelques minutes, la porte s'ouvre et c'est un homme accueillant qui me fait entrer. Avant de faire entrer le patient suivant, il m'explique son fonctionnement, l'importance de l'entretien pré-consultation clinique avec une séparation nette entre le lieu de l'« interrogatoire » et le lieu de l'examen clinique.

Première patiente. C'est une patiente d'une soixantaine d'année qui entre tout sourire avec un cadeau à la main : un tableau pour le docteur Chanelière peint à la main. Il est alors amusé et gêné à la fois, soulevant alors le problème des présents faits aux médecins. Il rétorque alors à la patiente : « *je vais bien vous soigner maintenant* » d'un air amusé. Evidemment, cette réplique illustre bien une question : qu'attendent les patients de leur médecin en échange de ce cadeau ? Certains le font par plaisir et

n'attendent rien en échange ; cette patiente est visiblement dans ce cas ; elle offre ce tableau uniquement pour faire plaisir. Les intentions sont palpables de ma position de stagiaire, extérieure à la situation. Pour d'autres patients, les cadeaux représentent plus une monnaie d'échange et cela est beaucoup plus gênant pour le médecin puisque cela le place dans une situation délicate.

Deuxième et troisième patients. C'est la consultation « deux en un ». La consultation a été programmée pour Monsieur, environ 70 ans, qui a fait une chute sur du parquet ciré. Il a une douleur dorsale irradiant vers le côté gauche. Le docteur Chanelière m'expliquera, lors du debriefing après la consultation, que cet homme vient consulter rarement, uniquement en cas de problème ou de douleur importante. Il se méfie alors d'un tassement vertébral à l'examen. La palpation des vertèbres lombaires indique que la douleur ne se porte pas vraiment sur la colonne vertébrale, mais plutôt sur le muscle grand droit à gauche de la colonne. Après un examen clinique complet du bas du dos, le diagnostic se porte plutôt sur un froissement musculaire. Le médecin confirme alors le traitement déjà administré par la femme de ce patient : du paracétamol pour les douleurs et des patchs de Voltarène® (diclofenac) avec effet de chaleur plutôt recherché ici pour décontracter le muscle. Le docteur Chanelière prévoit aussi une ordonnance pour une radio au cas où la douleur persisterait. Il est évidemment indiqué au patient de ne se servir de l'ordonnance de radio qu'en cas de nécessité.

La consultation « deux en un » survient lorsqu'au moment de faire les ordonnances pour son mari, son épouse indique au docteur une gêne importante dans la gorge avec des picotements incessants. Le médecin lui propose alors de regarder sa gorge. Rien de particulier n'est détecté au cours de l'examen clinique. Il décide alors de lui prescrire de l'Actisoufre® (sulfure de sodium, saccharomyces cerevisiae, sodium) pour éliminer les sécrétions nasales qui pourraient tomber dans l'arrière gorge et lui provoquer ces picotements.

Quatrième et cinquième patients. Encore une visite « deux en un ». Au départ, c'est pour Linda, 5 ans, que viennent consulter son papa et cette petite fille. En effet,

depuis plusieurs jours, elle est très encombrée et a une toux très grasse. Linda a déjà un traitement de fond corticoïde pour l'asthme, et après auscultation des poumons, le docteur Chanelière lui diagnostique une bonne bronchite pour laquelle il décide de prescrire des antibiotiques.

Le cinquième patient, c'est le papa de cette petite fille qui tousse beaucoup depuis son arrivée dans le cabinet. Le médecin lui propose alors de l'ausculter à son tour. Depuis bientôt une semaine, il tousse de façon incessante et effectivement à l'examen une bronchite lui est aussi diagnostiquée avec prescription d'antibiotiques.

Sixième patient. Il s'agit d'une dame d'une cinquantaine d'année qui se présente pour douleurs épigastriques non récentes exacerbées ces derniers temps avec une consommation accrue de Gaviscon® (alginate de sodium/bicarbonate de sodium). Elle décrit des douleurs à l'estomac avec une impression de gêne importante au niveau de l'œsophage et le besoin incessant de se racler la gorge, « *comme si quelque chose était coincé* ». L'ancienneté de ces douleurs ainsi que l'augmentation de la consommation de pansement gastrique tel que le Gaviscon® constituent une bonne indication pour des examens plus poussés de l'estomac comme une gastroscopie.

Septième patient. Une jeune femme d'une trentaine d'années qui consulte pour une lombalgie chronique. A l'examen clinique, son dos est extrêmement raide et contracturé, surtout à droite. Cette jeune femme est en arrêt de travail depuis plusieurs mois et il est encore impensable qu'elle reprenne une activité d'aide-soignante aujourd'hui. Elle a vu deux médecins spécialistes dont l'un la poussant à reprendre son activité : en effet, il est préconisé de poursuivre l'activité professionnelle lors d'une lombalgie chronique car la composante émotionnelle joue un rôle important. Il est prouvé que la poursuite de l'activité professionnelle permet une diminution du temps de guérison d'une lombalgie. Or, preuve est que chaque cas est différent, car à la vue de ce dos, nous constatons que l'activité est inenvisageable (surtout avec la profession que cette personne exerce avec port de charges). Le deuxième spécialiste est du même avis que le docteur Chanelière et préconise l'arrêt de travail pour le moment.

Huitième patient. Un homme d'une cinquantaine d'années consultant après découverte récente par le docteur Chanelière d'une apnée du sommeil. Ce cas est intéressant car il est important de prendre le patient dans toute sa dimension : traiter son apnée du sommeil, évaluée à 30 apnées par heure, en tenant compte du versant psychologique : ce patient n'est absolument pas prêt à se faire appareiller par Pression positive continue (PPC).

Il est 12 h 30. C'est l'heure de la pause déjeuner.

14h. Neuvième patient : cette fois c'est une visite à domicile chez une patiente de 85 ans. Cette dame a fait une chute en arrière en voulant reculer. Elle est restée peu de temps au sol, et même si cela lui entraîne des douleurs vives, elle peut marcher à l'aide de son déambulateur. La douleur se situe en bas du dos du côté droit avec une douleur irradiant dans l'aine. L'irradiation dans l'aine doit faire penser à une fracture du col du fémur. Or, chez cette patiente ayant déjà subi plusieurs chutes et une hospitalisation pour fracture du fémur, la mobilité est toutefois importante. Le docteur Chanelière lui explique et la rassure surtout en lui disant que lors d'une fracture, la marche devient impossible. Il s'agit là de rassurer aussi bien la patiente que sa fille. Cette vieille dame est très anxieuse, avec des angoisses de mort traitée par Deroxat® (paroxétine) + Seresta®. Le rôle du médecin dans ce cas est plutôt du domaine psychologique et non médical à proprement parler.

Dixième patient. C'est une patiente d'environ 50 ans qui vient consulter suite à l'ablation de son Port A Cath. Cette dame venait aussi pour le renouvellement de son ordonnance pour l'hépatite B. Concernant son port-A-cath, elle a choisi d'en réaliser un porte-clés que son fils, venu consulter un peu plus tard dans la journée, nous a fièrement présenté lors de sa visite.

Onzième patient. Il s'agit d'une maman avec sa petite fille Faustine, d'environ 7 ans. Faustine se plaint depuis plusieurs jours d'avoir le nez bouché et des douleurs persistantes dans l'oreille. Une douleur vive s'est fait ressentir après l'administration de sérum physiologique en jet assez puissant d'après la maman, et Faustine a pleuré pendant plusieurs minutes incitant alors la maman à prendre rendez-vous chez le

médecin. La maman paraît un peu instable sur le plan psychologique : d'un point de vue extérieur, lorsqu'elle parle de son fils de 12 ans, qui porte depuis peu un appareil dentaire, j'ai l'impression qu'il s'agit d'un poly-handicapé : « *il bave* » « *on ne comprend pas ce qu'il dit* » « *il a l'air bien dans sa peau mais à sa place... il doit quand même être perturbé* ». En fait, ce garçon est un jeune ado plutôt bien dans sa peau, sans problème de santé particulier. Quant à Faustine, après examen clinique complet et examen des oreilles, il apparaît qu'elle souffre d'une belle otite. Le médecin confirme alors à la maman qu'elle a bien fait d'amener sa fille pour qu'il rédige une ordonnance d'antibiotiques.

Douzième patient. Un jeune homme d'une trentaine d'année visiblement très sportif. Il a effectué plusieurs années à l'armée et cherche aujourd'hui à se reconvertir en suivant des cours à distance dans l'économie. Il entre dans le cabinet avec son diagnostic déjà établi : pour lui et après discussion avec un ami, interne en médecine, il souffre d'hypertension artérielle. Cet homme, très sûr de lui, énumère les multiples blessures aux genoux, aux épaules ou aux chevilles qu'il a subi. Il a encore une activité sportive dense. A l'examen clinique complet, le docteur Chanelière prend la tension du jeune homme à deux reprises : une fois au début de l'examen : 14/7 mmHg et une fois à la fin de l'examen : 16/8 mmHg. Il est vrai que cette tension est plutôt élevée, mais rien n'est alarmant et le docteur Chanelière insiste bien sur ce point tandis qu'il oriente le patient chez le cardiologue pour un examen plus poussé sur 24 heures.

Treizième patient. Il s'agit d'une jeune fille qui se plaint de nausées et de vomissements depuis plusieurs jours. Elle souhaite aussi renouveler sa pilule. Elle souffre probablement d'une grippe intestinale. Un interrogatoire poussé a permis d'éliminer l'hypothèse d'une éventuelle grossesse ou d'une intoxication alimentaire. Concernant la pilule, la jeune femme souhaite aussi se renseigner sur la conduite à tenir en cas d'oubli. Le docteur Chanelière lui édite alors une fiche synthétique et très pratique sur la conduite à tenir.

Quatorzième patient. Une jeune fille qui vient pour une persistance de symptômes oto-rhino-laryngologiques (ORL). Cette jeune femme travaille de nuit dans un aéroport et s'occupe de l'embarquement des passagers. Actuellement la compagnie pour

laquelle elle travaille étant en sous effectif, elle explique travailler beaucoup et est fatiguée. Autrefois souffrant d'obésité morbide (115 kilos à 15 ans), elle a perdu beaucoup de poids après la pose d'un anneau gastrique. A l'examen clinique, elle présente une sinusite associée à une petite otite à l'oreille gauche. Un traitement antibiotique est alors mis en place par le docteur Chanelière.

Quinzième patient. Une jeune femme d'une trentaine d'année ayant consulté le docteur Chanelière lors de sa garde le dimanche précédent. Elle souffrait alors d'une sinusite nécessitant des antibiotiques. Ayant connaissance d'antécédents de diarrhées sous Augmentin® (amoxicilline/acide clavulanique), il préfère lui prescrire de la Noroxine® (norfloxacine) qu'elle prend depuis deux jours. Une intolérance à cet antibiotique l'amène à consulter avec maux de ventre et diarrhées. Il s'agit alors pour le docteur Chanelière de prescrire un antibiotique de la classe des pénicillines, a priori mieux toléré.

En conclusion de cette journée, un élément du travail du docteur Chanelière m'a fortement interpellé : la prise en compte du patient dans sa globalité, l'écoute et l'adaptation du discours en fonction du patient. Ce n'est pas une « médecine de l'acte », mais plutôt une « médecine de l'écoute » ; il prend le temps pour chacun. La durée moyenne d'une consultation avoisine 20 minutes et se déroule en trois temps bien distincts :

- l'entretien préalable : le patient se confie au médecin sur l'objet de sa visite, son état de santé sur les trois derniers mois, éventuellement les changements professionnels ou familiaux en cours ;
- l'examen clinique : contrôle de la tension, écoute du cœur et des poumons, évaluation de la saturation en oxygène, éventuellement prise de la température corporelle. Après l'examen clinique global, vient alors l'examen clinique en fonction du siège des symptômes du patient ;
- le compte rendu et la prescription des ordonnances.

Cette journée est passée relativement vite et permet d'avoir une vision d'ensemble du travail du médecin généraliste. Il lève le voile sur quelques interrogations ou

éventuels préjugés. En effet, le docteur Chanelière montre qu'il est possible de faire de la médecine, de connaître et de réaliser un véritable suivi de ses patients, même en les rencontrant une fois tous les trois ou quatre mois. Je ne pense pas que l'objectif de cette journée de stage était d'approfondir nos connaissances médicales et pharmaceutiques, mais plutôt d'observer et de se faire une idée du métier de médecin dans la pratique.

En somme, nous voulions, à travers ce descriptif, montrer la polyvalence du médecin généraliste qui reçoit à son cabinet des patients de tout âge souffrant de pathologies diverses et variées. La part de l'éthique est omniprésente, de même que le volet psychologique, qui prend une part importante. Le médecin généraliste a un rôle de suivi des patients sur du long terme et la dimension médicale constitue finalement une partie importante du métier, mais c'est avant tout l'apprentissage de l'autre et des relations humaines qui prime. Evidemment, l'expérimentation est biaisée du fait de la rencontre d'un seul médecin généraliste, mais je l'ai trouvée fort intéressante, et même en une journée il est possible de ressentir les différentes facettes du métier. Le docteur Chanelière est un médecin dévoué pour ses patients et toujours à l'écoute ; il exerce la médecine avec toutes ses connaissances théoriques apprises au cours de ses études mais aussi avec toute cette dimension psychosociale que nous, professionnels de santé, n'étudions pas sur les bancs de la faculté.

Cette journée chez le docteur Chanelière m'a simplement confirmé que les deux corps de métiers travaillent dans le même objectif : une prise en charge des patients adaptée et individualisée. Il semble important pour des raisons économiques, mais aussi pour des raisons d'amélioration de la prise en charge des patients pour qui les besoins de santé ont augmenté ces dernières années. Chacun des deux professionnels de santé peut apporter ses compétences de manière complémentaire au patient. Le médecin reçoit le patient dans un lieu de confidentialité où il peut se confier librement. Il est le générateur d'ordonnances, et c'est lui le pivot du parcours de soins depuis la loi de 2004 relative au médecin traitant. Nous l'avons bien vu lors de la journée de stage, le docteur Chanelière reçoit la plupart des résultats d'analyse de ses patients.

Cependant, le patient est lui aussi un véritable maillon de la chaîne d'information dans le parcours de soins. La plupart des courriers et des comptes-rendus d'hospitalisation ou après avis de spécialistes ne sont pas transmis au médecin généraliste. C'est bien souvent le patient lui-même qui fait le lien car il apporte tous les comptes-rendus à son médecin lors de sa visite. Un exemple dont m'a fait part le docteur Chanelière illustre bien ce fait : lors d'une visite d'un de ses patients, il l'accueille chaleureusement et avec enthousiasme. Celui-ci lui jette un courrier sur son bureau annonçant qu'il souffre d'un cancer de la prostate. Comment expliquer que le médecin généraliste découvre un diagnostic de cancer par le biais de son patient ? Des efforts sont à faire, à mon avis, concernant la coordination du parcours de soins.

Le pharmacien, lui, dispense les médicaments chaque mois au patient. Il n'exerce pas dans un lieu de confidentialité, mais le plus souvent au comptoir. Il connaît toutefois bien ses patients qu'il voit mensuellement. Le pharmacien voit passer les ordonnances du médecin généraliste, entre autres, et possède des informations qui pourraient intéresser le médecin. En effet, le docteur Chanelière est lucide : « *entre ce que l'on prescrit, ce qui est délivré en officine et ce que prend réellement le patient, il y a parfois une grande différence* ». Le pharmacien possède en effet l'historique des délivrances et peut vérifier l'observance de ses patients. Il serait peut être utile que médecin et pharmacien puissent communiquer à ce sujet afin d'éviter des situations burlesques : un exemple déjà rencontré en officine. C'est le cas d'une patiente à qui le médecin prescrivait un antihypertenseur, avec une tension toujours élevée, et à qui le médecin a ajouté un, puis deux, puis trois antihypertenseurs avant de se rendre compte que la patiente ne prenait pas son traitement en réalité. La communication sur ce point devrait être plus effective auprès des médecins.

2.3 Retours d'expérience de la part des étudiants ayant réalisé l'échange

Au terme de cette journée, chaque étudiant a rédigé un compte-rendu dans lequel il décrivait la demi-journée de formation, la journée d'échange, ainsi que ses impressions positives ou négatives relatives à leur expérience. Ces rapports m'ont été confiés par Monsieur Catala, membre de l'équipe à l'initiative de ce projet, dans le but de réaliser une synthèse des expériences vécues par chacun.

La demi-journée de formation a été positivement perçue par l'ensemble des participants, étudiants, médecins et pharmaciens. Chacun a trouvé les arguments nécessaires leur permettant de se convaincre des bienfaits d'une coopération interprofessionnelle. La plupart soulignent l'importance de la connaissance mutuelle des compétences et connaissance de l'autre. Cette formation a permis aux étudiants de se confronter à des situations concrètes, réelles et quotidiennes dans lesquelles la coopération entre pharmaciens et médecins s'avère souvent bénéfique à la prise en charge optimale du patient.

La journée d'échange réalisée par les étudiants a suscité de nombreuses réactions.

Concernant les étudiants en médecine, tous ont découvert un milieu qui leur était en grande partie inconnu. Ils soulignent tous le paradoxe officinal : « *Une officine c'est un commerce. De soin, mais un commerce quand même* ». Le versant commerçant constitue une part bien méconnue et surtout mal perçue par les médecins du fait qu'il peut interférer avec le rôle de professionnel de santé du pharmacien. Gestion de stocks, tiers-payant, traitement de rejets, visite de commerciaux font partie intégrante de la profession et constituent une découverte pour les étudiants en médecine. Certains ont pu assister à un entretien avec un commercial et ont pu observer le comportement du pharmacien face à des produits qui les séduisent plus ou moins du fait de l'esprit critique développé par les connaissances théoriques du médicament acquises à la faculté. Toutefois, ils ont majoritairement été surpris de la compétence

du pharmacien dans des situations faisant appel à son rôle de professionnel de santé : *« au-delà de l'information sur le médicament, les pharmaciens ont un rôle de conseil et sont les praticiens de premier recours de nombreux patients »*. La polyvalence du pharmacien d'officine compétent dans l'expertise du médicament, les médecines alternatives (homéopathie, aromathérapie, phytothérapie), la dispensation de matériel médical avec des livraisons à domicile font de lui un professionnel généraliste ayant sa place dans les soins de premier recours. Du fait de la diversité de son métier, certains médecins décrivent parfois l'imprécision des conseils délivrés et surtout le manque de confidentialité du lieu dans lequel sont reçus les patients. Il s'agit effectivement d'une zone commerciale, dans laquelle les patients/clients peuvent entrer à leur convenance, sans rendez-vous, et peuvent bénéficier de conseils pharmaceutiques gratuits dans un lieu parfois bondé et peu propice à la confiance.

En conclusion, les étudiants en médecine ont apprécié le fait de découvrir le travail officinal et ont observé plusieurs situations qui pourraient attirer leur attention dans leur pratique future, notamment dans le cas de notions législatives (stupéfiants, médicaments en liste 1 ou 2) qu'ils n'acquièrent pas au cours de leurs études.

Concernant les étudiants en pharmacie, cette journée de formation chez le médecin généraliste leur a permis de lever des préjugés. La plupart des étudiants ont été marqués par la diversité des pathologies traitées par le médecin. En effet, dans les rapports de stage, les étudiants soulignent tous cette notion de variété avec des pathologies chroniques ou aiguës, parfois complexes ou plus banales. De plus, le lieu dans lequel sont reçus les patients constitue aussi une remarque des étudiants puisque, contrairement à l'effervescence de l'officine, le cabinet apparaît comme un lieu propice à la confiance. Les patients se livrent en toute sécurité, à l'abri des regards extérieurs, à leur médecin qui leur accorde toute son attention. C'est par ailleurs cette écoute inhérente aux médecins qui a le plus marqué les étudiants en pharmacie lors de leur journée d'échange. Ceux-ci ont par ailleurs été surpris de la part importante prise par le versant psychologique tout au long des consultations du médecin. Le patient entre souvent en phase de négociation avec le prescripteur au

cours de la rédaction de l'ordonnance ; le praticien doit trouver les mots pour rassurer le patient et surtout pour acquérir l'adhésion au traitement. Parfois, il sait aussi prendre le temps d'expliquer et de mener une consultation qui ne mènera pas toujours à une prescription. Le médecin apprend à connaître chacun de ses patients, avec son histoire, ses croyances et ses habitudes. Il a un rôle d'accompagnement, de suivi et d'écoute qui dépasse largement le rôle de simple prescripteur qui lui est parfois accordé.

En conclusion, les étudiants en pharmacie ont pu observer, le temps d'une journée dans un cabinet de médecine générale, les méthodes de diagnostic, la prescription d'examens complémentaires, la rédaction d'ordonnances, mais aussi le rôle de confident et d'accompagnant du médecin généraliste. Il est intéressant de découvrir les méthodes de réflexion du médecin dans le choix de la stratégie thérapeutique qui tient compte de ce dont a besoin le patient, mais aussi, quand cela est possible, de son souhait. Les relations humaines sont à la fois variées et compliquées ; favoriser l'observance du patient relève parfois d'une thérapie psychologique.

Comme le prouvent bien les commentaires des différents protagonistes de la journée de stage en « terre inconnue », médecins et pharmaciens agissent par le biais de moyens divergents, dans des conditions différentes mais toujours dans un objectif commun de prise en charge optimale du patient. Cette expérience démontre que les deux acteurs de santé travaillent en complémentarité, mais chacun de façon isolée. Il semble dommage à tous les étudiants que les propriétés inhérentes à chacun ne bénéficient pas davantage au patient. Certains médecins ayant reçu les étudiants en pharmacie leur confient être favorables au fait d'élargir les possibilités de l'officinal en matière de prescription médicamenteuse.

Alors que l'on assiste en France aux balbutiements de la coopération inter-professionnelle, avec de nombreuses initiatives isolées et encore insuffisamment documentées, il est intéressant d'étudier des modèles de coopération qui fonctionnent à l'étranger depuis plusieurs années.

La Suisse m'a paru être un modèle d'étude intéressant : Etat fédéral francophone et pays frontalier avec la France, la Suisse est un des pionniers en matière de coopération interprofessionnelle. Très documentées et ayant prouvées leur efficacité, les expériences suisses, ayant pour origine la création d'un réseau de santé en 1992, nous permettent d'identifier les méthodes les plus efficaces. A travers ce nouveau chapitre, nous essaierons de dégager de ces expériences suisses, plusieurs voies d'avenir à envisager en France, en tenant compte, évidemment, des différences entre les systèmes de santé suisse et français.

Modèles d'organisation concrets des relations

pharmaciens-médecins : expériences en

Suisse. Quelles voies d'avenir pour la France ?

1 Expériences de coopérations pharmaciens-médecins en Suisse

1.1 Le système de santé suisse

Les expérimentations suisses concernant la coopération pharmaciens-médecins constituent une source intéressante. En effet, celles-ci se sont développées il y a plus de 20 ans avec la création du réseau Delta en 1992, fondé à la demande de l'Université de Genève afin de prendre en charge la santé des étudiants. L'expérience suisse, très documentée, et sa proximité géographique rendent pertinentes les études afin d'envisager d'éventuelles perspectives d'avenir pour la France.

1.1.1 Organisation du système de santé Suisse

En Europe, deux types de systèmes de santé coexistent : le modèle bismarkien et le modèle beveridgien. Le modèle bismarkien repose essentiellement sur l'assurance maladie obligatoire. Quatre principes fondamentaux⁷² caractérisent ce système assurantiel apparu en 1883 à l'époque du chancelier Bismark en Allemagne :

- *« une protection exclusivement fondée sur le travail et, de ce fait, limitée à ceux qui ont su s'ouvrir des droits à protection par leur travail ;*
- *une protection obligatoire pour les seuls salariés dont le salaire est inférieur à un certain montant, donc pour ceux qui ne peuvent recourir à la prévoyance individuelle ;*
- *une protection fondée sur la technique de l'assurance qui instaure une proportionnalité des cotisations par rapport aux salaires, et une proportionnalité des prestations aux cotisations ;*
- *une protection gérée par les employeurs et les salariés eux-mêmes. »*

Il s'agit donc d'une assurance accordée en contrepartie d'une activité professionnelle. Depuis les années 70, les pays ayant adopté ce modèle ont pris des mesures pour rendre l'accès aux soins plus universel.

Le modèle beveridgien repose quant à lui sur un financement par l'impôt. Le Royaume-Uni constitue le berceau de ce modèle apparu en 1942. Ce système assistanciel se définit par :

- *« l'universalité : tout citoyen est protégé contre tous les risques sociaux quelle que soit sa situation professionnelle ;*
- *l'uniformité des prestations en espèces : chaque individu bénéficie des services selon ses besoins, indépendamment de ses revenus ;*
- *le financement par l'impôt ;*
- *l'unicité : avec la gestion étatique de l'ensemble de la protection sociale ».*

Aujourd'hui, les différences entre les systèmes inspirés du modèle bismarkien ou du modèle beveridgien ont tendance à s'atténuer avec l'apparition de composantes universelles : garantir l'accès des soins à tous, améliorer l'efficacité du système et limiter l'inflation des dépenses de santé. En Suisse, le financement par l'impôt constitue une partie importante, mais l'existence des caisses-maladie place ce pays plutôt dans la catégorie bismarkienne.

Le système de santé suisse s'articule autour de trois éléments fondateurs⁷³ :

- la Loi fédérale sur l'assurance maladie (LaMal) qui constitue l'assurance maladie de base en Suisse. L'adhésion à la LaMal est obligatoire pour les citoyens et résidents suisses. Chacun souscrit à la LaMal par le biais d'une caisse d'assurance maladie privée. La LaMal couvre les traitements effectués par un médecin et les médicaments prescrits, les frais de traitement de l'hôpital en division commune, les frais de maternité et d'autres prestations sous certaines conditions (vaccins, examens de santé, gynécologie, etc.). Cependant, un certain nombre de prestations tels que les soins dentaires, les soins optiques, la kinésithérapie ou les médecines douces ne sont pas couvertes par cette assurance de base ;
- l'assurance complémentaire facultative ;

- le citoyen ou résident suisse. En effet, les remboursements de l'assurance LaMal sont soumis à une franchise annuelle et à une quote-part. La franchise annuelle est comprise entre 300 € et 1 500 € par an. Avec une franchise de 1 000 €, les dépenses ne seront pas remboursées tant qu'elles ne dépasseront pas 1 000 € sur l'année. Quant à la quote-part, elle représente une participation supplémentaire de l'assuré à ses dépenses de santé. Elle constitue environ 10 % des frais remboursés par la LaMal. Cette quote-part n'est appliquée que lorsque la franchise est dépassée.

Comme la plupart des pays européens, la Suisse est confrontée à l'augmentation des dépenses de santé, liée notamment à l'accroissement de la prévalence des maladies chroniques et de leur coût. Pour pallier cette hausse drastique des coûts, la Suisse a mis en place un certain nombre de projets visant à impulser le travail interprofessionnel.

1.1.2 Intégration des soins

L'intégration se définit comme « *le processus qui consiste à créer et à maintenir, au cours du temps, une gouverne commune entre des acteurs – et des organisations – autonomes dans le but de coordonner leurs interdépendances pour leur permettre de coopérer à la réalisation d'un projet collectif* »⁷⁴. L'interdépendance apparaît lorsque ces mêmes acteurs autonomes doivent résoudre des problèmes collectifs alors qu'aucun d'eux, séparément, ne détient toutes les ressources, les compétences, la légitimité nécessaires afin d'apporter une réponse cohérente.

Cité Générations⁷⁵ constitue un exemple de projet de coordination et d'intégration des soins réalisé dans le canton de Genève dont l'objectif premier consiste à développer une meilleure prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie tout en donnant une réponse aux attentes des jeunes générations de médecins ainsi qu'aux contraintes économiques.

Cité Générations est un bâtiment de quatre étages comprenant trois appartements de sept chambres pour des soins de transition et d'hébergement de courts séjours pour 21 patients. Il y a aussi 19 appartements pour familles et des studios pour des personnes fortement dépendantes. Cet habitat intergénérationnel est lié à un deuxième bâtiment médical offrant un centre d'urgence, 15 cabinets de médecine générale, une radiologie et un laboratoire. Un étage du bâtiment est consacré à la fondation d'aide et de soins à domicile afin d'assurer la transition entre l'hôpital et le domicile. Cité Générations comprend aussi d'autres pôles spécifiques : enfants, adolescents, santé mentale, personnes âgées, soins dentaires et oncologie. L'équipe médicale est également composée de pharmaciens en partie en charge de la gestion du dossier pharmaceutique des patients présentant une pathologie complexe. Les infirmières indépendantes bénéficient aussi d'une plateforme de soins au sein de ce complexe. Cette structure permet de centraliser en un lieu commun tous les acteurs des soins de premier recours afin d'améliorer la prise en charge des patients par un assemblage cohérent et rapide des fonctionnalités du pôle.

A l'origine de ce projet, le docteur Schaller, originaire de Genève s'est beaucoup investi. Après avoir suivi une formation médicale dans les hôpitaux universitaires de Genève, il s'est installé au groupe médical d'Onex dont il est l'un des fondateurs. Des études à Montréal lui ont permis de suivre une formation dans le domaine de la santé publique et de l'organisation des systèmes de santé. Philippe Schaller a publié de nombreux articles, notamment plusieurs articles récents sur la prise en charge des maladies chroniques ainsi que sur le développement de nouveaux modèles de soins en médecine ambulatoire. Il anime le réseau Delta qui constitue un réseau de soins suisse comptant environ 120 000 assurés dans les cantons de Genève et de Vaud comprenant 350 médecins de famille.

L'inauguration de cette maison de santé rassemblant près de 400 professionnels de santé a eu lieu le 19 septembre 2014. Deux ans après le début de fonctionnement de cette entité, Philippe Schaller souligne les innovations qui ont pu être mises en place au sein de Cité Générations : la collaboration interprofessionnelle, notamment dans le

cadre de la prise en charge des plaies chroniques et des soins complexes ; l'hospitalisation de court séjour dans l'unité d'accueil temporaire médicalisé ; le développement d'outils commun de communication et d'information grâce au projet cantonal « MonDossierMédical » ; les actions de prévention et de promotion de la santé ; l'implantation d'une pharmacie clinique.

Ce projet possède un caractère innovant du fait qu'il rassemble toutes les structures en lien avec les soins ambulatoires de premier recours. Il permet une prise en charge coordonnée des patients à l'aide d'un outil informatique commun et il consulte des professionnels de santé habitués à travailler ensemble en un lieu unique.

1.2 Modèles de coopération pharmaciens-médecins en Suisse

1.2.1 Les cercles de qualité

Les cercles de qualité pharmacien-médecin représentent un exemple de collaboration efficace. Ils regroupent entre cinq et dix médecins et un à deux pharmaciens composant un groupe stable et volontaire qui se réunit environ cinq fois par an dans un contexte de formation continue interdisciplinaire. Les cercles de qualité ont permis de réaliser des économies substantielles, une croissance des génériques, une confiance entre professionnels renforcée, une formation continue interdisciplinaire et, de façon qualitative, une meilleure application des recommandations de traitement d'un point de vue sécurité du patient et efficacité clinique, tout ceci en toute indépendance des firmes pharmaceutiques⁷⁶.

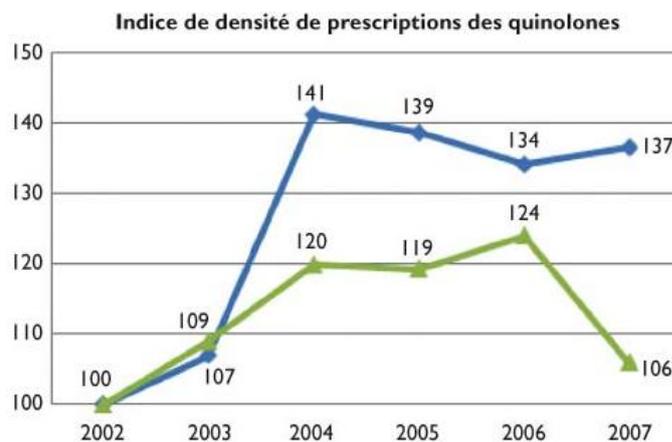
Concrètement, ces réunions sont menées par le ou les pharmaciens du cercle. Pour préparer une telle soirée, le pharmacien doit y consacrer plusieurs jours de travail avec la formation continue en groupes avec les autres pharmaciens-animateurs, une préparation individuelle des données scientifiques et des données de prescription des médecins de son cercle. Ces cercles de qualité permettent aux médecins de se placer face à leur prescription et de déclencher la discussion. La principale difficulté pour le

pharmacien réside dans le fait de montrer aux médecins que son rôle ne consiste pas à porter de jugement critique sur les attitudes thérapeutiques personnelles des médecins. Il s'agit de discuter ensemble par le biais d'une information scientifique solide afin d'améliorer les pratiques de chacun.

Chaque année, les médecins peuvent s'évaluer grâce à un retour d'informations détaillées sur les succès et les progrès à faire par rapport à un groupe témoin ne travaillant pas en collaboration avec des pharmaciens.

Les cercles de qualité démontrent leur efficacité avec une économie de frais de médicaments d'environ 190 000 € par médecin participant à un cercle de qualité par rapport aux médecins non membres d'un cercle en 2010⁷⁷. L'efficacité thérapeutique est aussi démontrée : la figure 2 illustre les résultats d'une étude menée entre 2002 et 2007 sur les antibiotiques de la famille des quinolones⁷⁸.

Figure 2 : Evolution de la densité de prescription des quinolones de 2002 à 2007 pour les copionniers (vert) et le groupe témoin (bleu)



Source : Locca J. F., Niquiile A., Krähenbühl J. M., Figueiredo H., Bugnon O. *Qualité de la prescription médicamenteuse : des progrès grâce à la collaboration médecins-pharmaciens*. Rev Med Suisse. 2009 ; 775 : 2382 – 7.

La figure 2 montre que lorsque la densité des prescriptions augmente parallèlement à une forte augmentation de la résistance bactérienne dans le groupe témoin, la densité de prescription de ces mêmes antibiotiques dans les groupes de médecins participant à des cercles de qualité augmente de façon beaucoup moins importante.

Les cercles de qualité pharmaciens-médecins sont orientés selon plusieurs axes de travail⁷⁹ :

- **Analyse des données de prescriptions**

Les pharmaciens ont accès aux données de prescriptions des médecins de leur cercle à travers les données de facturation des officines élaborées par l'Ofac (organisme de facturation des créances pharmaceutiques) et pharmaSuisse. Les statistiques permettent ainsi d'illustrer le profil général de prescriptions pour les 18 classes thérapeutiques les plus courantes. Les coûts, la fréquence de prescription, le pourcentage des génériques et le détail des spécialités prescrites sont décrits pour chacune des classes et comparés aux données d'un groupe témoin. Le rôle du pharmacien consiste à traiter les données et à tirer le maximum d'informations utiles au groupe. L'analyse de prescription de chacun des médecins prescripteurs permet de centrer les discussions en fonction des priorités. Chaque médecin membre du cercle de qualité a préalablement donné une autorisation pour recevoir des informations sur la fréquence et le détail de sa prescription, en comparaison avec ses pairs. Cet éclairage permet à chaque médecin de réfléchir sur sa pratique en justifiant ou non ses habitudes de prescription.

- **Diffusion des recommandations de bonnes pratiques**

Chaque pharmacien-animateur utilise librement le matériel de formation mis à disposition par pharmaSuisse (basé sur un condensé de littérature scientifique publiée) en fonction de l'intérêt des médecins du cercle et du thème abordé. Le pharmacien commente les publications de la littérature scientifique indépendante et les avis de

pharmacovigilance ; il évalue de façon critique la publicité, constituant ainsi une formation continue unique.

Le médecin connaît la clinique et les situations individuelles de sa patientèle. Sa connaissance du terrain pose ainsi les limites des recommandations publiées et lui permet de partager ses interrogations pharmacologiques du quotidien.

- **Choix de la meilleure option sur le marché suisse**

Il s'agit de traduire les recommandations de bonnes pratiques en propositions d'options thérapeutiques concrètes, en concordance avec le marché suisse et les principes de l'évaluation selon la balance bénéfices-risques.

- **Application des consensus prédéfinis**

Le pharmacien reste à disposition entre les séances en cas de questions ou de détection de problèmes médicamenteux pour un patient individuel. Le pharmacien peut consolider son réseau local en restant connecté en permanence avec les médecins de son cercle. Du côté des médecins, toutes les stratégies thérapeutiques mises en place au sein du cercle ne pourront pas être appliquées à tous les patients du fait des effets indésirables, des interactions médicamenteuses ou encore des propositions d'autres intervenants tels les médecins spécialistes ou l'hôpital.

- **Amélioration continue**

Périodiquement, au minimum tous les deux ans, le pharmacien utilise les données des études d'impact pour présenter aux médecins les succès obtenus et les améliorations à poursuivre. Chacun, médecin ou pharmacien, bénéficie d'une formation continue de qualité.

Les premiers cercles de qualité suisses ont vu le jour en 1997 sous l'impulsion de pharmaciens fribourgeois qui se sont organisés en groupes avec des médecins sur la base du volontariat. La motivation et le bénévolat initial ont permis la création des cercles de qualité mais ne pouvaient garantir la pérennité d'un tel projet. Le financement de ces cercles de qualité est basé sur un apport provenant de PharmaSuisse ainsi que des assureurs santé.

1.2.2 Les analyses de médication

L'analyse de médication consiste en une revue globale et structurée de l'ensemble du dossier pharmaceutique de patients chroniques⁸⁰.

Il convient ici de définir l'appellation « dossier pharmaceutique ». En Suisse, rappelons que chaque canton développe un système de santé unique, même si les grands fondements sont décidés au niveau national. Ainsi, le dossier pharmaceutique constitue une initiative fribourgeoise inscrite dans une volonté nationale de développer des activités coordonnées de cybersanté. Cette stratégie « Cybersanté » a été approuvée en 2007 par le conseil fédéral⁸¹. Depuis, sa mise en œuvre est déléguée aux cantons. Le canton fribourgeois a élaboré en collaboration avec les médecins, pharmaciens et autorités sanitaires, un projet intitulé « Dossier pharmaceutique partagé ». Ce dossier pharmaceutique, dont l'ouverture est soumise à l'accord préalable du patient, permet d'accéder à l'historique médicamenteux, sur prescription ou sur conseil pharmaceutique, sur les 18 derniers mois⁸². Le projet « Cybersanté » avait aussi pour vocation de diffuser aux suisses une carte d'assuré social reçue par l'ensemble de la population début 2010. Dans un premier temps, cette carte devait permettre de faciliter la charge administrative en facilitant la facturation des prestations, puis progressivement devenir une carte de santé permettant d'inscrire des données médicales personnelles. A ce jour, l'accès au dossier pharmaceutique des patients est réalisé *via* un site internet sécurisé. Le patient a également accès à son dossier pharmaceutique.

Le dossier pharmaceutique s'inscrit dans le processus d'échanges d'informations dématérialisées dans le but premier de réduire les erreurs médicamenteuses lors d'une consultation chez n'importe quel professionnel de santé : le projet de dossier électronique doit permettre à tout professionnel de santé – ne se limitant pas aux pharmaciens comme le dossier pharmaceutique – de partager des données médicales avec l'accord du patient sur son état de santé : radiographies, compte-rendu d'hospitalisation, résultats d'examens de laboratoires, prescriptions médicamenteuses, etc.

Le bilan de médication peut se baser également sur un entretien avec le patient ayant pour objectif d'évaluer ses connaissances et représentations, sa compliance, les effets indésirables ressentis, ainsi que sur certaines données médicales comme des valeurs de laboratoires, des objectifs thérapeutiques ou des antécédents qui pourraient être fournies par le médecin traitant.

Cette collaboration existe déjà dans certains pays tels que l'Australie, la Grande Bretagne ou les Etats-Unis dans des structures ambulatoires et hospitalières, des établissements pour personnes âgées ou des réseaux de soins.

Cette réévaluation du traitement permet de formuler des propositions de changement de thérapie dans le but d'augmenter l'efficacité des traitements et de diminuer les risques liés aux médicaments.

1.2.3 Assistance pharmaceutique dans les établissements médico-sociaux suisses

En Suisse, 20 % de la population de plus de 80 ans réside en établissement médico-social (EMS)⁸³. Ces EMS étant toujours plus médicalisés, les frais de santé sont en constante augmentation. Les résidents étant, pour la plupart, polymédicamentés, la notion de sécurité entre aussi en ligne de compte.

A Fribourg, un canton suisse dans lequel se trouvent 42 EMS avec 2 214 résidents, le coût des médicaments a vu une hausse fulgurante de plus de 25 % entre 1998 et 2001, sans modification du forfait accordé par les assureurs-maladie.

Les pharmaciens fribourgeois ont alors été appelés à réaliser une nouvelle mission afin d'assurer la sécurité, l'efficacité et l'économie des traitements médicamenteux au sein de ces établissements. La modification de la loi sanitaire en 2000 a permis une reconnaissance de ce nouveau service par les autorités cantonales. La coopération entre médecins, pharmaciens et infirmières ainsi qu'avec les directeurs administratifs des institutions paraît indispensable au bon fonctionnement de ce nouveau concept. Par ailleurs, plusieurs symposiums interdisciplinaires ont été organisés spécifiquement à l'attention des médecins, pharmaciens et infirmiers exerçant en EMS⁸⁴. Ceux-ci concernaient la douleur ou encore le risque médicamenteux chez les personnes âgées. La rémunération du pharmacien est basée sur un forfait par résident et par jour (un franc suisse) indépendant du prix et du volume des médicaments délivrés aux EMS. De 2001 à 2006, les coûts annuels concernant les médicaments par résident dans les 42 EMS fribourgeois ont diminué de 16,4 % alors que la hausse projetée était de 60,9 %. De plus, sur une période de 1998 à 2006, une baisse significative de la mortalité a été observée et aucune hausse des hospitalisations. Ainsi, la rationalisation de l'usage des médicaments ne s'est pas réalisée au détriment de la qualité des soins.

1.2.4 Les pharmacies du cœur à Genève

Les pharmacies du cœur permettent l'accès aux médicaments pour les personnes les plus précaires du canton de Genève. Issue d'une collaboration entre pharmaciens officinaux et médecins institutionnels, cette organisation permet aux plus démunis de bénéficier de médicaments non utilisés préalablement triés. Ce souci de donner aux plus pauvres l'accès à des soins est ancré dans l'histoire de la médecine et de la pharmacie : en effet, au XVIII^e siècle, un manuel de médicaments faciles à préparer, écrit par des médecins d'Orléans et destiné « *aux personnes charitables qui distribuent*

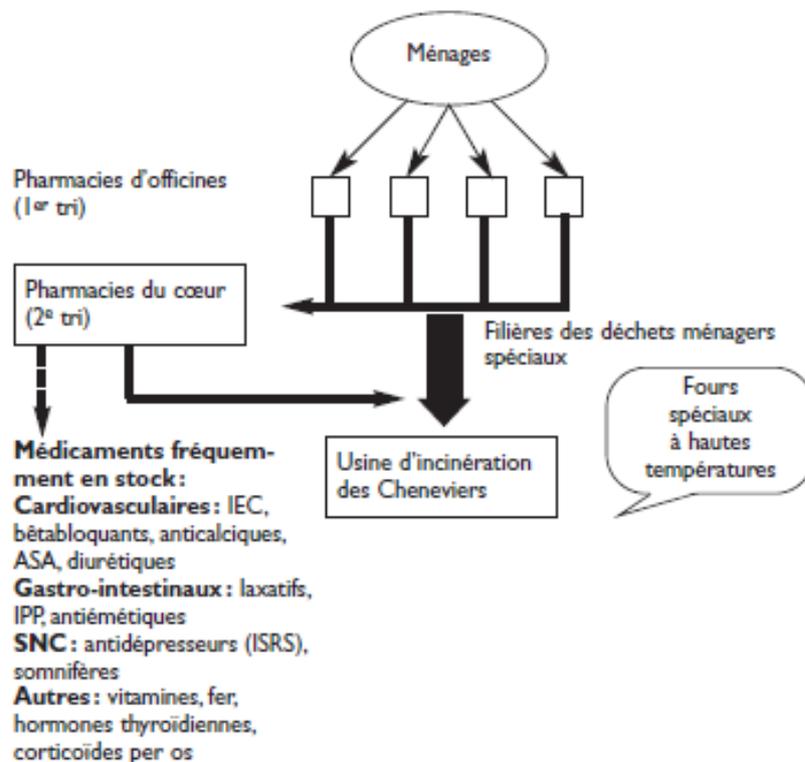
des remèdes aux pauvres dans les villes et les campagnes »⁸⁵, mentionne déjà un partenariat avec les apothicaires du Royaume. Ceux-ci s'engageaient à fournir des médicaments au plus bas prix aux soignants charitables – essentiellement des religieuses – effectuant des consultations gratuites.

La pharmacie du cœur est à la base une association à but non lucrative fondée en 1998. Elle récupère et trie les médicaments retournés dans les officines de pharmacie genevoises afin de les mettre gratuitement à disposition des résidents les plus défavorisés du canton⁸⁶.

L'accès à ces médicaments ne concerne qu'une catégorie d'individus marginalisés. En particulier, les personnes n'ayant pas accès à l'assurance maladie de base tels que les personnes sans permis de séjour, les sans domicile fixe et les demandeurs d'asile frappés d'une décision de non-entrée en matière qui n'ont droit qu'à une aide d'urgence et ne bénéficient plus d'une affiliation à une caisse-maladie.

Concrètement, le système repose sur la collaboration des pharmacies d'officine du canton. La figure 3 explicite l'organisation du recyclage des médicaments non utilisés.

Figure 3 : Recyclage des médicaments non utilisés et rôle de la pharmacie du cœur.



Source : Besson M., Jackson Y., Gertsel P., Bedat G. *Les pharmacies du cœur à Genève : un partenariat médecins-pharmaciens pour favoriser l'accès aux médicaments*. Rev Med Suisse. 2008 ; 4 : 2054 – 8.

Les pharmacies d'officine effectuent un premier tri en éliminant en première instance les formes galéniques inadaptées à la réutilisation du fait de leur faible pouvoir de conservation telles que les collyres, crèmes ou solutions buvables. Quant aux produits potentiellement réutilisables, ils sont transmis aux deux pharmacies du cœur qui effectuent un second tri et se chargent de stocker ces médicaments. Seuls les médicaments ayant au moins six mois de validité sont récupérés.

La délivrance de médicaments par la pharmacie du cœur nécessite une ordonnance particulière délivrée par le Service de médecine de premier recours (SMPR). Celui-ci est un partenaire privilégié du dispositif puisque permettant historiquement l'accès à des soins aux plus défavorisés. Le passage par ce service est obligatoire et permet de

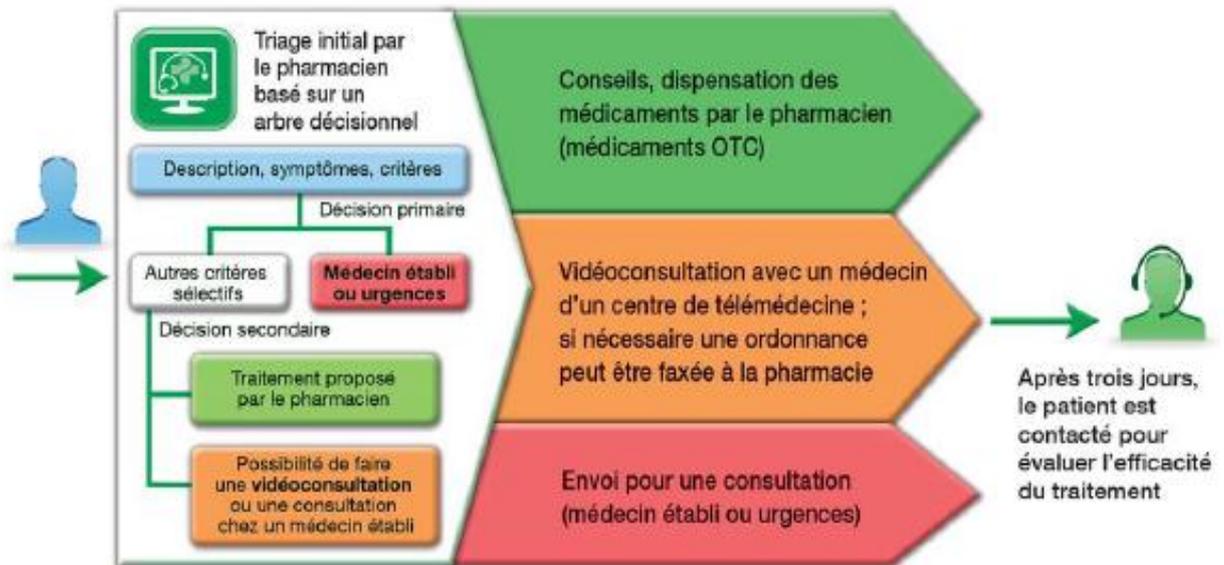
s'assurer que les conditions médicales, sociales et économiques du bénéficiaire ont été évaluées. Evidemment, les stocks rapportés par les patients dans les officines, triés et délivrés par les pharmacies du cœur, ne permettent pas d'honorer toutes les prescriptions du SMPR. Toutefois, environ la moitié des prescriptions donnent lieu à la délivrance de médicaments issus de ce système de récupération.

Ce partenariat permet de favoriser le travail interdisciplinaire, notamment entre pharmaciens et médecins, dans le but d'améliorer la gestion et l'utilisation de ces médicaments.

1.2.5 NetCare

Devant la difficulté croissante liée à l'évolution de la démographie médicale dans beaucoup de pays européens, la Suisse, par l'intermédiaire de PharmaSuisse, la société suisse des pharmaciens, a mis en place un projet de collaboration interdisciplinaire afin de répondre à ce problème en créant NetCare⁸⁷. Afin d'éviter aux patients de se rendre directement aux urgences face à la pénurie de médecins, les pharmaciens peuvent désormais réaliser un triage des patients basé sur des arbres décisionnels. Ces arbres ont été définis par PharmaSuisse pour 24 pathologies rencontrées fréquemment en médecine de premier recours dont l'infection urinaire chez la femme jeune, la conjonctivite ou encore la pharyngite. Ce triage a pour objectif de rechercher les situations graves, poser les questions nécessaires à l'évaluation de la situation et proposer une solution adéquate aux patients. L'arbre décisionnel prévoit trois issues schématisées sur la figure 4 par des couleurs vertes, oranges et rouge selon la gravité du cas.

Figure 4 : Tri par les pharmaciens et vidéoconsultations.



Source : *Manque de médecins : tri par les pharmaciens et vidéoconsultations*. Prescrire. 2014 ; 34 (370) : 626 – 8.

La case orange constitue la nouveauté de ce projet : si le patient n'a pas de médecin de premier recours, le pharmacien peut initier une vidéoconsultation avec un médecin de Medgate, le plus grand centre de télémédecine suisse. Après la consultation, le médecin a la possibilité de faxer une ordonnance à la pharmacie. Trois jours après chaque triage, le pharmacien reprend systématiquement contact par téléphone avec le patient pour s'assurer de l'efficacité du traitement voire pour discuter d'une éventuelle intervention.

A ce jour, le projet est en phase pilote et expérimenté dans 200 pharmacies suisses. Dans près de 80 %, le pharmacien a pu offrir une solution au patient sans que cela nécessite une consultation chez un médecin établi ou dans un service d'urgence. Dans 20 % des cas, le pharmacien a fait appel à la vidéo-consultation et 70 % de ces situations ont pu être prises en charge avec l'aide d'un médecin.

En Suisse, Netcare est entièrement ou en partie facturé au patient, ceci étant dépendant d'un contrat signé ou non avec Medgate qui propose le service Netcare. L'entretien préliminaire avec le pharmacien est facturé 15 francs suisses, la consultation télé médicale avec le médecin par l'intermédiaire de NetCare, 48 francs suisses.

1.3 Modes de rémunération des pharmaciens suisses

En Suisse, la rémunération basée sur les prestations (RBP)⁸⁸ constitue depuis 2001, un nouveau mode de rémunération des pharmaciens leur permettant de se détacher de l'image de commerçant. Les principales prestations faisant l'objet d'une rémunération sont les suivantes :

- Validation médicament

Cette prestation couvre la vérification de l'ordonnance, la vérification de l'admissibilité des renouvellements, la vérification des posologies et des limitations éventuelles de quantités qui figurent sur l'ordonnance, le contrôle des interactions, le contrôle des facteurs de risque et des contre-indications, éventuellement la prise de contact avec le prescripteur, le contrôle des abus au sein de l'ordonnance, le choix du conditionnement économiquement efficace en fonction de la durée de traitement et les conseils aux patients. Ces conseils permettent de s'assurer que le patient connaît la posologie, la durée du traitement et le moment idéal pour la prise des médicaments ; de donner des informations concernant l'utilisation des médicaments et le mode de conservation ainsi que les effets indésirables potentiels.

- **Validation traitement**

Ce forfait comprend l'ouverture d'un nouveau dossier patient à l'officine – nouveau client – la revue de l'historique médicamenteux, la tenue du dossier-patient, la vérification des éventuels effets cumulatifs entre médicaments prescrits selon l'état du patient et compte tenu de l'automédication, le contrôle des interactions sur la base du dossier pharmaceutique, le contrôle des abus susceptibles de figurer dans le dossier. Cette validation du traitement ne peut être facturée qu'une seule fois par patient et par jour même en cas de délivrances multiples le même jour.

- **Service d'urgence**

Cette rémunération est effective lorsque l'exécution de l'ordonnance a lieu en dehors des heures d'ouverture habituelles pour les pharmacies de service de garde.

- **Prise sous surveillance**

La prise d'un médicament sous surveillance d'un pharmacien doit être explicitement mentionnée sur l'ordonnance par le prescripteur. Ce forfait rémunère les charges supplémentaires du pharmacien lorsque le médecin ordonne la prise d'un médicament sous surveillance.

- **Remise fractionnée pour prise ambulatoire**

De la même façon que la prise sous surveillance, la remise fractionnée pour prise ambulatoire doit être systématiquement mentionnée sur l'ordonnance de façon explicite.

- **Semainier**

Ce forfait ne peut être facturé au maximum qu'une fois par semaine par patient qui prend au minimum trois spécialités différentes dans cette même semaine.

- **Substitution**

Ce forfait comprend la proposition d'un générique et l'obtention de l'adhésion du patient, la sélection du générique qui convient le mieux au patient, la mention de la substitution sur l'ordonnance, la documentation de la substitution dans le dossier-patient, l'information au médecin traitant et la documentation de la substitution sur la facture.

- **Forfait méthadone**

Il existe deux forfaits en fonction de la fréquence de la prise sous surveillance indiquée par le médecin sur sa prescription (plus ou moins de cinq fois par semaine). Ce forfait ne sera facturé qu'une fois par mois pour chaque patient.

- **Entretien de polymédication**

Le pharmacien peut proposer un entretien de polymédication aux patients prenant simultanément au moins quatre médicaments différents sur une longue période.

Cet entretien contient les éléments suivants : explication au patient de son traitement ; procès-verbal rempli avec le patient comprenant la posologie, la fréquence de prise et tout élément important pour la prise des médicaments ; la motivation, les impressions et les difficultés sont consignées pour chaque patient ; des objectifs de compliance sont fixés en accord avec le patient et retenus dans le procès-verbal. L'entretien de polymédication ne peut être facturé qu'au maximum tous les six mois, soit deux fois par an.

Concernant les cercles de qualité, les assureurs versent une rémunération fixe destinée à supporter les frais administratifs de fonctionnement, l'étude d'impact des résultats annuels et une partie variable en fonction des économies réalisées par le cercle de qualité⁷⁶.

Comme nous venons de le décrire, la Suisse est un pays riche d'expériences incitant la coopération interprofessionnelle. En Suisse, comme en France, le système de santé repose sur une assurance maladie de base obligatoire. La principale différence avec la France réside dans le fait que la LaMal doit être souscrite chez un assureur privé parmi plus d'une centaine existant en Suisse. Les assureurs proposent chacun des services et prestations différents mais c'est l'Etat qui fixe les principes de l'assurance obligatoire de base. Le principe de concurrence permet d'inciter les assureurs à fournir le meilleur service à moindre coût.

De nouveaux services proposés par certains assureurs permettent d'accéder à des soins délivrés par des réseaux de soins intégrés. La souscription à ce type d'assurance permet, d'une part, de diminuer le coût de la prime d'assurance maladie des citoyens suisses par le fait que ce système de production de soins coopératifs amène des économies importantes, et d'autre part de bénéficier d'une certaine qualité de soins du fait de la continuité *via* des professionnels travaillant en concertation.

De nombreuses expérimentations ont été réalisées en Suisse depuis l'introduction du premier réseau de soins intégrés en 1992. Projet Cité Générations, cercles de qualité, télémédecine... Quelles perspectives pourraient s'ouvrir en France dans les prochaines années ?

2 Quels enseignements nous apportent les expériences suisses ?

Propositions de voies d'avenir en France

En France, les expériences de coopération pharmaciens-médecins restent plutôt marginales et n'ont pas encore été évaluées. Il semble toutefois que les autorités de santé françaises ont compris l'enjeu du travail interprofessionnel et par conséquent elles ont mis à l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération.

A partir des données issues de la riche documentation suisse, il est intéressant d'étudier des pistes dans le but de développer ces coopérations pharmaciens-médecins. Il s'agit dans cette partie d'imaginer comment, concrètement, il serait possible d'adapter certains modèles suisses en France.

2.1 Les cercles de qualité

2.1.1 Description

En France, les professionnels de santé de premier recours exercent principalement de façon isolée : les pharmaciens dans les officines, les médecins en cabinet, seuls ou en petits groupes. Les patients ont souvent un rôle fondamental dans leur parcours de soins, de transmission des informations d'un professionnel à l'autre. Le décloisonnement des services proposés en premier recours permet une prise en charge optimisée.

En Suisse, à l'initiative de pharmaciens fribourgeois, des cercles de qualité ont été constitués avec des médecins géographiquement proches afin d'harmoniser les stratégies thérapeutiques et de réduire les coûts liés aux choix des médicaments.

L'adaptation des cercles de qualité en France permettrait une optimisation de l'offre de soins de premier recours. Plusieurs critères sont à envisager pour rendre concrètement possible cette forme de coopération en France.

2.1.2 Modalités pratiques

A l'instar des maisons et pôles de santé, nous pourrions imaginer déposer un projet de santé afin de créer un cercle de qualité à l'Agence régionale de santé. Ce projet de santé contiendrait les éléments suivants : l'intitulé du protocole de coopération, les objectifs, le lieu de mise en œuvre, l'organisation concrète d'une réunion, les références utilisées, le système d'information, le suivi du protocole et la traçabilité.

2.1.2.1 L'intitulé du protocole de coopération

En France, nous pourrions intituler ce projet : « Equipe de Soins Primaires pour l'Optimisation Thérapeutique » (ESPOT).

2.1.2.2 Objectifs

Il s'agit ici de définir les résultats attendus en termes de qualité de la prise en charge du patient et de l'optimisation de la dépense de santé. Les ressources documentaires suisses décrites dans le chapitre précédent pourront apporter une preuve d'optimisation de la prise en charge et de réduction des coûts.

En Suisse, les cercles de qualité mettent en concurrence les médecins à travers une évaluation des prescriptions réalisées chaque année. C'est cette évaluation qui permet d'orienter les séances des cercles de qualité.

En France, nous pourrions imaginer que l'ESPOT ne soit pas directement jugée comme en Suisse, ce mode de fonctionnement pouvant éventuellement provoquer une réticence de la part des deux parties, comme nous l'avons précédemment décrit pour les opinions pharmaceutiques. Ce jugement de valeur pourrait être mal reçu par les médecins et provoquer un malaise avec les pharmaciens.

Les thèmes des réunions seraient décidés en concertation avec l'équipe au plus tard un mois avant la date prévue de la réunion. Tout comme en Suisse, le pharmacien resterait le manager de la réunion et serait responsable de la recherche documentaire. Les médecins pourraient discuter de leur pratique sur le terrain et ensemble l'ESpot pourrait valider de nouvelles formes de travail.

2.1.2.3 Lieu de mise en œuvre

L'ESpot aurait pour vocation d'évaluer les pratiques de prescription des médecins et proposer *via* des recommandations de bonnes pratiques, une stratégie d'harmonisation des pratiques de chacun. Pour cela, l'ESpot se retrouverait dans un lieu unique disposant du matériel adéquat environ trois fois par an. Concernant le lieu d'accueil des réunions, il faudrait probablement solliciter les collectivités locales. Le matériel nécessaire pour la réalisation de ce projet ne nécessite pas de particularités trop coûteuses : chaises, tables, ordinateur et rétroprojecteur constituent les principaux besoins matériels.

2.1.2.4 Organisation concrète d'une réunion de l'ESpot

Les réunions auraient lieu chaque année en janvier, mai et septembre à une date qui sera convenue une fois par an avec tous les membres de l'équipe. En amont de cette réunion, les pharmaciens auraient accès aux données de prescription pour leur groupe dans sa globalité (voir les modalités ci-dessous). Pendant les deux premières années, l'ESpot étudierait les 12 classes médicamenteuses les plus prescrites et discuterait des attitudes thérapeutiques. Les classes thérapeutiques prévues au programme seraient les suivantes : antibiotiques, antidépresseurs, antihypertenseurs, anticoagulants, analgésiques, bêtabloquants, diurétiques, hypo-cholestérolémiants, inhibiteurs calciques, antidiabétiques, neuroleptiques, hypnotiques.

Après les deux premières années, les premières analyses quant à la prescription des médecins de l'ESPOT devraient être connues et chacune des réunions suivantes seraient consacrées à une amélioration de la pratique de chacun. Pour cela, les réunions pourront être orientées sur la gestion de cas complexes, sur proposition d'un ou de plusieurs médecins de l'équipe.

Le rôle du pharmacien consisterait à fournir une information de qualité et indépendante des laboratoires pharmaceutiques. Les médecins sont en effet souvent soumis au démarchage, et le fait de pouvoir accéder à une telle information devrait être bénéfique pour l'optimisation thérapeutique.

2.1.2.5 Références utilisées

Comme cela est déjà réalisé lors des réunions du pôle de santé d'Ambérieu, nous pourrions imaginer que toutes les références utilisées pour préparer ces réunions soient intégralement issues d'articles scientifiques publiés. Une bibliographie devrait être obligatoirement déclinée à la fin de chaque réunion afin que chacun puisse se référer aux documents mentionnés.

2.1.2.6 Système d'information

Un des objectifs implicite de ce protocole concerne aussi le partage d'informations. Il serait demandé à chacun des professionnels de santé membre d'ESPOT de se constituer une boîte mail sécurisée par le biais du système MSSanté décrit dans un chapitre précédent. Ainsi, toutes les informations concernant les patients peuvent être échangées de manière totalement sécurisée.

2.1.2.7 Suivi du protocole

Le protocole doit nécessairement reposer sur des indicateurs afin de pouvoir l'évaluer sur des critères précis. Le but de l'ESPOT consiste à améliorer la qualité de la prise en charge des patients en réduisant le coût des traitements par une harmonisation des pratiques.

Afin de pouvoir quantifier une évolution, l'enquête permanente de la prescription médicale⁸⁹ (EPPM) d'IMS Health est réalisée trimestriellement auprès de 800 médecins environ dont 400 généralistes selon un panel tournant : chaque semestre 15 % des médecins sortent du panel pour laisser la place à de nouveaux enquêtés. Cette étude recueille des informations relatives aux caractéristiques des médecins (sexe, âge, conventionnement), des patients (sexe, âge) des ordonnances rédigées par les médecins et du diagnostic établi par le médecin. Les données restent anonymes, mais il serait éventuellement envisageable de croiser les données avec les fichiers de l'assurance maladie afin de déterminer comment un groupe de médecin se comporte par rapport à un autre. Pour cela, l'ESPOT devrait individuellement, pour chaque médecin, donner son accord à la Caisse primaire d'assurance maladie afin que les données relatives à ses prescriptions puissent être fournies pour le travail de l'équipe. Pour ce faire, un accord de collaboration pourrait être passé avec l'assurance maladie afin de définir le profil de prescription du groupe participant.

Il serait intéressant que les médecins puissent être inclus dans cette enquête et que les résultats du groupe – et non les résultats individuels – puissent être communiqués à l'ESPOT, qui pourrait ainsi s'évaluer et proposer des pistes d'amélioration pour les prochaines réunions.

2.1.2.8 Traçabilité et archivage

Lors de la préparation d'une réunion, le pharmacien utilise des références bibliographiques et établit un document power point, support de la présentation réalisée au cours d'une réunion de l'ESPOT.

La bibliographie ainsi que le document power point sont archivés et une copie est envoyé *via* boîte mail sécurisée à chacun des membres de l'ESPOT. De plus, après chaque réunion, un compte-rendu est réalisé par un membre de l'équipe, désigné à chaque début de réunion. Tout nouveau protocole établi au sein de l'ESPOT doit être formalisé. Tous les documents émanant du travail de collaboration interprofessionnelle seront archivés et envoyés en copie à tous les membres.

2.1.3 Identifications des limites

Un projet de santé complet doit aussi identifier les principaux risques pouvant survenir au cours du protocole de coopération.

Dans le cas de la création d'une équipe ESPOT, les principales limites concernent :

- le manque de temps des professionnels de santé : afin de répondre à ce problème, il semble que la fréquence des réunions ne doit pas constituer un poids. Sur ce point, trois séances par an devraient pouvoir être envisageables pour la plupart des professionnels de santé. De plus, même si la présence de chacun est fortement recommandée, il serait possible de tolérer une absence par an ;
- la charge de travail pour le pharmacien d'officine : effectivement, la préparation des réunions constitue une charge de travail supplémentaire. Le

fait d'associer un ou deux pharmaciens à ces équipes de travail permettrait de partager le travail à effectuer ;

- la rémunération. Le projet de coopération ESPOT serait soumis à approbation par l'Agence régionale santé. Ce projet pourrait être susceptible d'obtenir des financements identiques à ceux des pôles et maisons de santé. En effet, une rémunération à travers le FIQCS pourrait permettre de rémunérer le travail des pharmaciens lors de la préparation des réunions ainsi que les frais de fonctionnement de cette équipe.

2.1.4 Identification des bénéfices apportés

Comme nous l'avons vu précédemment, afin qu'un processus de collaboration fonctionne, chacune des entités participant au projet doit trouver un intérêt à participer. Evidemment l'objectif commun consiste à optimiser la prescription en permettant une réduction des coûts ; ceci étant, chacune des parties membre de l'ESPOT doit trouver un intérêt de manière individuelle.

2.1.4.1 Du point de vue des médecins

Le fait de pouvoir discuter avec d'autres praticiens des indications thérapeutiques en revoyant les principales recommandations et en recherchant une amélioration du rapport qualité-prix constitue une innovation importante. Chacun des prescripteurs pourrait analyser au sein d'un groupe de médecins, classe thérapeutique par classe thérapeutique et même spécialité par spécialité, les habitudes de prescriptions. Ces réunions doivent permettre à chacun de prendre conscience des attitudes disparates entre groupes de médecins afin de discuter de l'apport qualité de gros prescripteurs de médicaments par rapport à leurs collègues.

2.1.4.2 Du point de vue des pharmaciens

Le but de l'action consiste à utiliser l'expertise du pharmacien dans l'analyse du choix des médicaments et de leur consommation en complémentarité avec d'autres professionnels de santé. La participation du pharmacien à ces réseaux de proximité lui permettrait de se détacher de son image de commerçant auprès des prescripteurs de son quartier ; cela constitue donc une chance et une certaine satisfaction.

Le travail de préparation en amont d'une réunion est conséquent et représente parfois plusieurs jours de travail. Cela comprend la formation continue avec le ou les autres pharmaciens du cercle, une préparation individuelle des dossiers scientifiques ainsi que des données de prescription de son groupe.

Le pharmacien constituerait auprès des médecins une source d'informations fiables et neutres qui serait probablement appréciée du fait du marketing plutôt agressif de l'industrie.

La principale difficulté du pharmacien sera de faire comprendre qu'il n'a aucune intention de porter un jugement critique sur les attitudes thérapeutiques des médecins, mais plutôt de soulever des questions à partir d'une documentation scientifique solide.

2.1.4.3 Du point de vue de l'Assurance maladie

Les principaux avantages de l'ESPOT pour l'assurance maladies résident dans le resserrement des liens entre les partenaires, pharmaciens et médecins. En effet, ce projet peut apporter une contribution à la recherche de solutions communes à la maîtrise des coûts tout en renforçant la formation continue interdisciplinaire pour une prescription et une délivrance de qualité.

2.2 La télémédecine

En France, la télémédecine a été définie pour la première fois dans l'article 79 de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » promulguée le 21 juillet 2009. Elle dispose aujourd'hui d'une définition dans le code de la santé publique : « *La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins aux patients. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients* »⁹⁰.

En mars 2011, le comité de pilotage national a identifié cinq chantiers prioritaires afin de faciliter le déploiement de la télémédecine en France. Parmi ceux-ci, la permanence des soins en imagerie médicale, la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, la santé des personnes détenues, la prise en charge d'une maladie chronique (insuffisance rénale chronique, insuffisance cardiaque, diabète, hypertension artérielle, apnée du sommeil, insuffisance respiratoire chronique), les soins en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile.

En Suisse, le projet Netcare offre aux patients la possibilité de consulter un médecin à l'officine de proximité et ainsi de permettre une meilleure orientation des patients concernant les soins de premier recours. Netcare est basé principalement sur la consultation de médecins à travers la téléconsultation lors de pathologies en aiguë à l'officine comme par exemple l'infection urinaire.

En France, nous pourrions imaginer un tel système de téléconsultation, dans le suivi des pathologies chroniques, mettant en lien le pharmacien d'officine et le médecin traitant. Le suivi des pathologies chroniques constitue en effet un objectif

prioritaire pour les autorités de santé dans le déploiement de la télémédecine en France.

2.2.1 Type de projet

L'objet de ce programme de télémédecine serait de déployer un dispositif d'accompagnement dans le domaine du diabète.

Les patients concernés par ce programme pourraient être des diabétiques de type I ou II traités par insuline, mal équilibrés ou pour lesquels le risque de complications est élevé.

Ce dispositif permettrait :

- d'effectuer une orientation efficace entre les différents acteurs du projet ;
- d'effectuer le suivi à domicile de l'état des patients, et notamment de leurs glycémies, par la télésurveillance médicale, assurée par le médecin traitant du patient ;
- d'apporter aux patients un programme d'accompagnement de l'observance des traitements ou l'observance d'un comportement favorisant la prévention.

Ce programme d'accompagnement se déclinerait sous forme d'entretiens pharmaceutiques réalisés à l'officine, d'informations thérapeutiques réalisées par les infirmiers notamment sur les techniques d'auto-mesure et d'injection de l'insuline, ainsi que d'un suivi diététique qui pourrait éventuellement s'appuyer sur une plateforme téléphonique de suivi et de conseils comme cela a été mis en place pour le programme VigiSanté⁹¹ par exemple.

2.2.2 Description du processus de prise en charge des patients

Infirmier, médecins, pharmaciens d'officine, chacun des professionnels de santé pourrait repérer un patient à fort risque de complications : mauvaise observance, valeurs biologiques non conformes aux résultats attendus, épisodes récents d'hypoglycémie ou apparition des premières complications micro ou macroangiopathiques du diabète, etc.

Le consentement du patient à entrer dans le protocole est alors recueilli, ainsi que le consentement des trois professionnels de santé entourant le patient – médecin, infirmier, pharmacien pour qu'ils assurent la télésurveillance médicale. Voici les principales modalités de ce projet de télémédecine :

- détection des patients à risque ;
- consentement du patient et des professionnels de santé l'entourant au protocole de télémédecine ;
- prescription par le médecin d'analyses médicales (hémoglobine glyquée, profil lipidique, créatinine, microalbuminurie, ECG et examen ophtalmologique) et détermination des facteurs de risques cardiovasculaires ;
- transmission des résultats d'examens à un médecin spécialiste en endocrinologie qui interprète à distance les résultats et rend son avis ;
- redirection du patient vers son médecin traitant pour la revue de la stratégie thérapeutique, tenant compte de l'avis du médecin spécialiste ;
- prise en charge au domicile du patient :
 - o autocontrôle glycémique *via* un lecteur communiquant ;
 - o pilulier communiquant ;
- prise en charge à l'officine :
 - o éducation thérapeutique du patient et information relatifs aux traitements médicamenteux dans le but de favoriser l'observance. Un compte rendu de l'entretien est communiqué au médecin traitant ;

- téléconsultation éventuelle dans le cadre d'une complication aigue – hypoglycémie, par exemple. Une adaptation de posologie voire de traitement médicamenteux pourrait être envisagée à distance ;
- prise en charge des infirmiers
 - information sur les techniques d'automesure et de techniques d'injection de l'insuline ;
- prise en charge par la plateforme de suivi :
 - téléconsultation d'un médecin en cas d'urgence relative à l'officine et transmission des informations au médecin traitant ;
 - conseils téléphoniques dans le domaine hygiéno-diététique.

2.2.3 Résultats escomptés lors de la conception du projet

Ce programme serait mis en œuvre dans une logique de gestion du risque associant une meilleure détection des situations à risque, un meilleur suivi et un accompagnement hygiéno-diététique et pharmaceutique. Le retour sur investissement s'effectue sur un moyen/long terme avec une maîtrise des coûts liés aux complications engendrées par un diabète mal contrôlé, au niveau de la baisse de l'absentéisme et de la prévention des maladies cardiovasculaires.

2.2.4 Gouvernance du projet de télémédecine

A l'instar du projet VigiSanté ou de Netcare en Suisse, certaines caisses d'assurances complémentaires privées pourraient être à l'origine d'une société anonyme simplifiée.

2.2.5 Description de l'organisation de mise en œuvre

Ce programme constituerait une chaîne d'intervention médicale structurée associant :

- médecine de ville : médecins traitant, pharmaciens ;
 - médecine spécialisée : endocrinologues ;
 - infirmiers chargés de l'information sur l'utilisation des dispositifs médicaux inhérents au diabétique ;
 - diététiciens et médecins pour la plateforme médicalisée d'accompagnement ;
- dispositifs communicants entre le domicile du patient et la plateforme médicalisée.

2.2.6 Rôles et compétences de chacun des acteurs

2.2.6.1 Les médecins spécialistes

Les endocrinologues auraient pour mission essentielle d'interpréter l'ensemble des résultats biologiques du patient ainsi que les prescriptions thérapeutiques et ainsi de transmettre via système informatisé sécurisé son avis.

2.2.6.2 Les médecins généralistes

Le médecin traitant aurait pour objectif de réaliser la télésurveillance du diabète et l'analyse des informations disponibles sur la plateforme de gestion du programme d'observance et d'accompagnement. De plus, il aurait un rôle d'articulation entre les différents acteurs du projet.

2.2.6.3 Les pharmaciens

Le pharmacien aura pour objectif de suivre la compliance à travers des entretiens individuels adaptés à la compréhension et aux compétences du patient. Les entretiens de ces consultations seront systématiquement mis à disposition sur la plateforme informatique et disponible à tous les acteurs du projet.

De plus, les pharmaciens auront un accès direct à la plateforme téléphonique en cas d'urgence pour un patient donné, lorsque son médecin traitant est injoignable, par exemple.

2.2.6.4 Les infirmiers

Les infirmiers auront un rôle important en matière d'apprentissage des bonnes pratiques d'automesure et d'injection de l'insuline. Ils s'assureront au domicile des patients de la régularité des autocontrôles via la plateforme informatisée et pourront visualiser les chiffres de la glycémie. Toute anomalie détectée par l'infirmier pourra être transmise au médecin traitant à travers la plate-forme sécurisée.

2.2.7 Les moyens techniques

Le projet nécessite la mise en place d'une plateforme internet sécurisée pour le partage des informations entre les différents professionnels de santé et la lecture des informations transmises par le lecteur de glycémie et le pilulier communiquant. Soulignons qu'en cas de traitement par insuline seule, les patients n'auront pas forcément besoin de pilulier.

Ce projet nécessite également une plateforme médicalisée comprenant médecins et diététiciens. Concernant cette plateforme, le programme VigiSanté utilise la plateforme EuropAssistance⁹¹. Il serait peut-être intéressant de les contacter afin d'obtenir leurs services.

De plus, matériellement parlant, les professionnels de santé doivent être dotés d'un ordinateur permettant l'accès à internet et au serveur sécurisé, ainsi qu'à la plateforme d'accompagnement dans le cas de la nécessité de joindre un médecin, à l'officine en cas d'urgence, par exemple.

Au domicile des patients, ce programme nécessite également un lecteur de glycémie ainsi qu'un pilulier – si nécessaire – communiquant avec la plateforme d'hébergement des dossiers patients via une liaison sans fil Bluetooth.

2.2.8 La contractualisation et le conventionnement

Conformément au décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine, un contrat spécifique devra être signé avec l'Agence régionale de santé dans le cadre du suivi du programme par l'institution régionale.

Par ailleurs, les conventionnements entre ce projet et les professionnels de santé prévoiraient une contrepartie financière aux prestations assurées par les professionnels de santé.

2.2.9 Le financement

A l'instar du projet VigiSanté, ce projet adapté aux patients diabétiques pourrait faire l'objet d'un financement par le ministère de l'Industrie dans le cadre de l'appel à projet e-Santé 2010.

2.2.10 Apport de l'expérience suisse dans ce projet de télémédecine

En Suisse, le projet NetCare met en lien direct les pharmaciens d'officine et les médecins dans le cadre de la prise en charge de pathologies aiguës nécessitant une prescription médicale. Cette expérimentation a été réalisée dans le but de pallier à la désertification médicale qui menace la Suisse comme, globalement, tous les pays d'Europe.

En France, le projet de télémédecine souhaite dans un premier temps s'intéresser à cinq grands chantiers dont le versant « pathologies chroniques ».

Il semble intéressant, dans un contexte de pénurie de médecins spécialistes et de manque de disponibilité médicale, d'offrir un rôle d'accompagnement performant pour les patients atteints de pathologie chronique. Ainsi, le travail coopératif à travers une interface sécurisée pourrait être une solution bénéfique. Les pharmaciens quant à eux, pourraient reproduire en partie le principe du système NetCare en ayant accès, à tout moment, à une plateforme médicalisée à distance pour des patients ne nécessitant pas de soins d'urgence mais devant obtenir le conseil et la prescription d'un médecin avisé.

Ainsi, un patient diabétique qui se présenterait à l'officine avec des signes d'hypoglycémie pourrait, à l'issue d'un entretien avec le pharmacien, permettant de déterminer la fréquence des hypoglycémies, le contexte d'apparition des symptômes et le suivi de l'observance, éventuellement déboucher sur un entretien médical à l'officine à travers un écran, ce qui permettrait d'ajuster éventuellement le traitement médicamenteux.

Le médecin traitant serait au centre de l'action coordonnée puisqu'il pourrait, à tout moment, consulter les valeurs de télémédecine, mais aussi chacun des comptes-rendus réalisés par la plateforme médicalisée, le pharmacien ou l'infirmier.

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

THESE SOUTENUE PAR : MME ANGLARD NOEMIE

L'objectif de cette thèse est de proposer quelques pistes d'avenir concernant la coopération pharmaciens-médecins en France. Nous avons déterminé les principaux facteurs politiques, organisationnels et humains inhérents à une solide relation de collaboration. Les situations de coopération en France étant encore à l'état expérimental, nous avons choisi de nous inspirer de nombreux modèles fonctionnant en Suisse, Etat pionnier en matière de coopération interprofessionnelle.

Deux principales voies d'avenir ont été envisagées :

L'Equipe de soins primaires pour l'optimisation thérapeutique (ESPOT) dont le but essentiel consiste à améliorer la stratégie thérapeutique individuelle à travers l'élaboration de protocoles en concertation. L'objectif final consiste à augmenter la qualité des soins tout en maîtrisant les coûts.

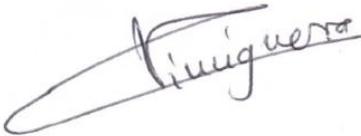
Un projet de télémédecine concernant les patients diabétiques. Ce protocole crée un lien entre les divers professionnels de santé : médecins généralistes, médecins spécialistes, pharmaciens d'officine, infirmiers, diététiciens. L'amélioration des techniques d'échanges d'informations sur une plateforme internet sécurisée pourrait permettre un parcours de santé sûr à travers une meilleure coordination.

La concrétisation de tels projets dépend d'une prise de conscience collective. Un décloisonnement du système de santé apparaît désormais nécessaire pour pallier les coûts et une démographie médicale en baisse. Le financement et la rémunération de ces projets seront eux aussi décisifs quant à leur pérennité.

Le Président de la thèse,

Nom : *C. Vinciguerra*

Signature :

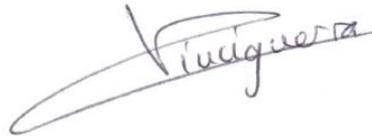


Vu et permis d'imprimer, Lyon, le **14 NOV. 2014**

Vu, la Directrice de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Faculté de Pharmacie

Pour le Président de l'Université Claude Bernard Lyon 1,

Professeure C. VINCIGUERRA



BIBLIOGRAPHIE

1. Haut Conseil de la Santé Publique. *La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladies chroniques*. Paris : La documentation française ; 2010.
2. De Chambine S., Morin A. *Protocolisation et qualité du parcours de soins dans le dispositif des affections de longue durée*. Adsp. 2010 ; 72 : 25-9.
3. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. *Données de cadrage : les Affections de Longue Durée (ALD)*.
<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/ALD/IncidenceALD.htm>. (consulté le 12-09-2013).
4. Mathers C. D., Loncar D. *Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030*. PLoS Med. 2006 ; 3 (11) : 442.
5. Pla A., Beaumel C. *Bilan démographique 2009*. Insee premiere. 2010 ; 1276 : 1-4.
6. Assurance maladie. *Coût des ALD en 2009 dans la population du régime général*.
www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affections-de-longue-duree/cout/cout-des-ald-en-2009.php. (Consulté le 12-09-2013)
7. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). *Etude sur les personnes en affection de longue durée : quelles évolutions en 2007 ?* Point d'information CNAMTS. 2008 : 1-5.
8. Inspection Générale des Affaires Sociales. *Améliorer la prise en charge des malades chroniques : les enseignements des expériences étrangères de « disease management »*. Paris : Inspection Générale des Affaires Sociales ; 2006.
9. Huard P., Schaller P. *Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques – 1 Problématique*. Pratiques et organisations des soins. 2010 ; 41 (3) : 237-45.
10. Matillon Y. *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*. Paris : Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées. 2003.
11. Haute Autorité de Santé. *Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?* Droit, déontologie et soins. 2008 ; 8 (3) : 278-330.

12. Chabot J. M. *Le raisonnement et la décision en médecine*. Rev Prat. 2009 ; 59 : 573-7.
13. Omran A. R. *The epidemiologic transition. A theory of epidemiology of population change*. Milbank Mem Fund Q. 1971 ; 49 : 509-38.
14. Mesle F., Vallin J. *Transition sanitaire : bilan et perspectives*. Médecine et sciences. 2000 ; (11) : 1161-71.
15. Herzlich C., Pierret J. *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. Paris : Payot ; 1991.
16. Saadine J. B., Engelgau M., Beckles G, Gregg E., Thompson T. J., Narayan K. M. *A diabetes report card for the United States: quality of care in the 1990s*. Ann intern Med. 2002; 136 (8) :565-74.
17. Letonturier P. *L'asthme, le type même du paradoxe médical*. Presse Med. 2005 ; 34 (11) : 827-8.
18. Kusnik-Joinville O., Weill A., Salavane B., Ricordeau P., Allemand H. *Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2005*. Prat Organ Soins. 2007 ; 38 (1) : 1-12.
19. Institut National de la statistique et des études économiques (INSEE). *Professions de santé en 2013*. www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATTEF06103. (consulté le 02-10-2013)
20. Chasles V., Denoyel A., Vincent C. *La démographie médicale en France, le risque des déserts médicaux. L'exemple de la Montagne ardéchoise*. www.geoconfluences.ens-lyon.fr (consulté le 11-10-2013)
21. Collectif interassociatif sur la santé (CISS). *Démographie médicale, répartition des médecins sur le territoire. Enjeux pour l'accès aux soins et la sécurité des usagers*. Paris : CISS ; 2010.
22. Sicart D., Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). *Les médecins au 1^{er} janvier 2013*. Série statistique. 2013 ; 179 : 1-150.
23. Le Fur P., Bourgueil Y., Cases C. *Le temps de travail des médecins généralistes*. Questions d'économies de la santé. 2009 ; 144 : 1-8.
24. Direction Général du Trésor et de la Politique Economique. *Mode de rémunération des médecins*. Trésor-Eco. 2008 ; 42 : 1-8.

25. Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J. *Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande*. Questions d'économies de la santé. 2009 ; 141 : 1-6.
26. Fusijawa R., Lafortune G. *The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries : what are the factors influencing variations across countries?* Paris : OCDE ; 2008.
27. Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. 2011.
28. Aubry R. *Les fonctions de la coordination dans le champ de la santé*. Santé publique. 2007 ; 19 : 73-7.
29. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; J.O.R.F Lois et décret ; 5 mars 2002 : 4118.
30. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ; J.O.R.F. Lois et décrets ; 17 août 2004 : 14598.
31. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ; J.O.R.F. Lois et décrets ; 22 juillet 2009 : 12184.
32. Direction Générale de l'Offre de soins (DGOS). *Fiche repère 15 : de quels leviers dispose l'ARS pour soutenir un projet de coopération ?* www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/FR_15_-_soutien_ARC.pdf (consulté le 13-10-2013)
33. Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ; J.O.R.F. Lois et décrets ; 22 septembre 2011 : 21682.
34. Jaeger M. *L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs*. Vie sociale. 2010 : 1 ; 15-23.
35. Berland Y., Gausseron T. *Démographie des professions de santé*. Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées ; 2002.
36. Berland Y. *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*. Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées ; 2003.
37. Berland Y., Bourgueil Y. *Cinq expérimentations de délégations de tâches entre professions de santé*. Paris : Observatoire Nationale de la Démographie des Professions de Santé ; 2006.

38. Direction Générale de l'Offre de Soins, Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. *Etats généraux de l'organisation de la santé – Synthèse des travaux des deux journées nationales*. https://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_egos.pdf (consulté le 12-10-2013)
39. Buchan J., Calman L. *Skill-mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles*. Queen Margaret University, United Kingdom. Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE); 2004. OECD Health working paper ; n° 17.
40. Bourgueil Y. *Les apports des expériences internationales : entre substitution et diversification*. Adsp. 2010 ; 70 : 30-2.
41. Haute Autorité de Santé (HAS). *Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques*. http://www.has-sante.fr//portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_aspects_juridiques.pdf (Consulté le 13-03-2014).
42. Ordre National des Pharmaciens. *Les grandes tendances de la démographie des pharmaciens en 2013*. <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Le-metier-du-pharmacien/La-demographie-des-pharmaciens> (consulté le 11-06-2014).
43. Ministère des affaires sociales et de la santé. *Le DMP en chiffres*. DMPactu. 2014 ; 19 : 1.
44. Le Figaro. *Le dossier médical personnel ne décolle pas mais coûte très cher*. <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2014/01/04/20002-20140104ARTFIG00234-le-dossier-medical-personnel-ne-decolle-pas-mais-coute-tres-cher.php> (consulté le 13-06-14).
45. Cour des Comptes. *Le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place*. Paris. Cours des comptes ; 2013.
46. Boaretto Y., Gagneux M., Cholley F., Dumas P., Romenteau P. *Rapport sur le dossier médical personnel*. Paris. Inspection Générale des Finances ; 2007.
47. Touraine M. *Intervention de Marisol Touraine ministre des affaires sociales et de la santé – Intervention Salon Hôpital Expo 2014*. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Intervention_MT_-_Hop_Expo_2014.pdf (consulté le 12-07-2014).
48. Ordre National des Pharmaciens. *Qu'est-ce que le dossier pharmaceutique ?* www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP (consulté le 21-07-2014).

49. *S'informer mutuellement sur les traitements médicamenteux pour mieux soigner*. Prescrire. 2012 ; 32 (346) : 592-5.
50. Assurance maladie. Avenant n°1 à la convention nationale. www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/votre-convention/convention-nationale-titulaires-d-officine/avenant-n-1-a-la-convention-nationale.php (consulté le 16-06-2014)
51. Chedru V., Juste M. *Evaluation médicale de l'impact clinique des interventions pharmaceutiques*. J Pharm Clin 1997 ; 16 : 254-8.
52. Guignon A. M., Grain F., Allenet B., Brudieu E., Barjhoux C., Bosson J. L., Calop J. et al. *Evaluation de l'impact clinique des opinions pharmaceutiques dans un service de médecine spécialisée*. J Pharm Clin. 2001 ; 20 (2) : 118-23.
53. *Priorité à la bonne intelligence entre médecins et pharmaciens*. Prescrire. 2012 ; 32 (346) : 596.
54. Hubert E. *Rapport du Docteur Elisabeth Hubert : mission de concertation sur la médecine de proximité*. Paris : Présidence de la République ; 2010.
55. Cartier T., Mercier A., De Pourville N., Huas C., Ruelle Y., Zerbib Y., Bourgueil Y., Renard V. *Constats sur l'organisation des soins primaires en France*. Exercer. 2012 ; 101 : 65-71.
56. Sarradon Eck A., Vega A., Faure M., Humbert Gaudart A., Lustman M. *Créer des liens : les relations soignants-soignants dans les réseaux de soins informels*. Revue d'épidémiologie et de santé publique. 2008 ; 56 : 197-206.
57. Fiquet L., Annezo F., Hugé S., Renaut P. *Formation initiale : un séminaire pluri-professionnel pour « apprendre à travailler ensemble »*. Prescrire. 2014 ; 34 (370) : 632.
58. Richard C., Lussier M. T. *La communication professionnelle en santé*. Erpi ; 2005.
59. Pomey M. P., Denis J. L., Contandriopoulos A. P. *Un cadre conceptuel d'analyse de la gouvernance clinique dans les établissements de santé*. Pratiques et organisation des Soins. 2008 ; 39 (3) : 183-93.
60. Siranyan V., Chanelière M., Locher F., Dussart C. *Gouvernance et éthique cliniques : deux outils complémentaires pour une meilleure coordination des soins et des traitements*. Médecine et droit. 2010 ; 100 – 101 : 67-76.

61. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. *Délibération n° 2013-096 du 25 avril 2013 autorisant la mise en œuvre à titre expérimental du service national de « Messagerie Sécurisée de Santé » par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé.* www.legifrance.gouv.fr/affichCnil.do?oldAction=rechExpCnil&id=CNILTEXT000027 (consulté le 24/10/14).
62. Huard P., Schaller P. *Innovation organisationnelle et prise en charge des maladies chroniques. La coopération entre partenaires distants.* Pratiques et organisation des soins. 2011 ; 42 (2) : 111-8.
63. Bruyere C. *Les réseaux de santé français : vers un arbitrage des contraintes.* Management international. 2008 ; 13 (1) : 75-84.
64. Agence Régionale de Santé. *Nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé.* <https://www.ars.sante.fr/Nouveaux-modes-de-remuneration.101542.0.html> (consulté le 24-10-2014).
65. Juilhard J. M., Crochemore B., Toubia A., Vallancien G., Chambaud L., Schaetzel F. *Le bilan des maisons et pôles de santé et les propositions pour leur déploiement.* Paris. Ministère de la santé et des sports ; 2009.
66. Article L.6323-4 du Code de la Santé Publique relatif aux pôles de santé.
67. Afrite A., Bourgueil V., Daniel F., Mousquès J. *L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins.* Questions d'économie de la santé. 2013 ; 189 : 1-6.
68. Conseil général de l'Ain. *Offre de soins sur les territoires du département de l'Ain.* <https://www.ain.fr/upload/docs/application/pdf/etude-completeopt.pdf> (consulté le 24-10-14).
69. Pôle de santé des Allymes. *Le projet de santé.* http://www.pole-sante-des-Allymes.fr/mediatheque/uploads/71/Projet_de_sante_01_PSP_AMBERIEU_EN_BUGEV2-1.pdf (consulté le 18-09-2014).
70. 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.* Pratique et organisation des soins. 2013 ; 25 (3) : 331-40.
71. Agence Régionale de Santé. *Dispositif ESPREC.* www.ars.bourgogne.sante.fr/fileadmin/BOURGOGNE/PAPS/Exercice_regroupe/dispositif_ESPREC.pdf (consulté le 24-10-2014).

72. Hilaire Schenker M. *En Europe, deux types de systèmes de santé prédominent*. Info santé Suisse. 2010 ; 3 : 5.
73. Hermann F., Chastonay P., Chopard P., Chamot E., Garnerin P., Bovier P. et al. *Survol du système Suisse de santé*. Bulletin des médecins suisses. 2001 ; 82 (32-33) : 1722-7.
74. Contandriopoulos A. P, Denis J. L, Touati N., Rodriguez R. *Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre*. Rupture. 2001 ; 8 : 38-52.
75. Wichner D. *Complexité et collaboration interprofessionnelle – entretien avec le Dr Philippe Schaller*. Primary care. 2011 ; 11 (16) : 289-90.
76. Bugnon O., Niquille A., Repond C., Curty C., Nyffeler R. *Les cercles de qualité médecins-pharmaciens : un réseau local reconnu pour maîtriser les coûts et la qualité de la prescription médicale*. Med Hyg. 2004 ; 62 : 2054-8.
77. *Cercles de qualité médecins-pharmaciens suisses : intérêt confirmé*. Prescrire. 2008 ; 297 : 542-3.
78. Locca J. F., Niquille A., Krähenbühl J. M., Figueiredo H., Bugnon O. *Qualité de la prescription médicamenteuse : des progrès grâce à la collaboration médecins-pharmaciens*. Rev Med Suisse. 2009 ; 775 : 2382-7.
79. Bugnon O., Niquille A., Jotterand S., Herzig L., Ruggli M. *Cercles de qualité médecins-pharmaciens, pour une responsabilité partagée de la liberté de prescription*. Rev Med Suisse 2012 ; 8 : 1042-8.
80. Krähenbühl J. M., Guignard E., Buchmann S., Favrat B., Pecoud A., Bugnon O. *L'analyse de médication : une réévaluation multidisciplinaire de la thérapie d'un patient individuel*. Rev Med Suisse. 2004 ; 62 (2501) : 2074-9.
81. Philbet P. *La bonne « cybersanté » des pharmacies !* Pharma Journal. 2011 ; 4 : 17-20.
82. Direction de la santé et des affaires sociales. *Plus de sécurité pour les patients grâce au dossier pharmaceutique*. https://ocn.ch/sps/fr/pub/actualite.cfm?fuseaction_pre=Detail&NewsID=3884 4 (consulté le 10-09-2014).

83. Ruggli L., Locca J. F., Bugnon O. *Assistance pharmaceutique dans les établissements médico-sociaux suisses : impact de ce nouveau service*. Prescrire. 2009 ; 29 (304) : 147.
84. *Pharmaciens d'officine : vision d'avenir*. Prescrire. 2014 ; 34 (370) : 628-31.
85. De Nobleville A., Salerne F. *Le manuel des dames de charité ou formules de médicaments faciles à préparer*. 4^e édition : Paris. Debure, l'aîné ; 1758.
86. Besson M., Jackson Y., Gertsel P., Bedat G. *Les pharmacies du cœur à Genève : un partenariat médecins-pharmaciens pour favoriser l'accès aux médicaments*. Rev Med Suisse. 2008 ; 4 : 2054-8.
87. *Manque de médecins : tri par les pharmaciens et vidéoconsultations*. Prescrire. 2014 ; 34 (370) : 626-8.
88. *Convention tarifaire (RBP IV) entre la Société Suisse des Pharmaciens (PharmaSuisse) et santésuisse – les assureurs de santé suisses*. Version finale du 6 mars 2009. http://www.apobern.ch/LOA/LOA_IV_Tarifvertrag_f.pdf (consulté le 25-10-2014).
89. Legal R., Pilorge C. *Coût de l'ordonnance des médecins généralistes : une analyse sur les données de l'EPPM*. Economie publique. 2012 ; 28-29 : 239-69.
90. Direction Générale de l'Offre de Soins. *Guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine*. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_elaboration_programme_Regional_telemedecine.pdf (consulté le 26-10-2014)
91. Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé. *Le projet vigiSanté, un programme de télémédecine innovant à l'essai en Nord-Pas-de-Calais*. <http://esante.gouv.fr/paroles-aux-regions/le-projet-vigisante-un-programme-de-telemedecine-innovant-a-l-essai-en-nord-pas> (consulté le 26-10-2014).

La Faculté de Pharmacie de Lyon et l'Université Claude Bernard Lyon 1 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

ANGLARD Noémie

Coopération pharmaciens-médecins : à partir d'expériences en France et en Suisse, élaboration de voies d'avenir.

Th. D. Pharm., Lyon 1, 2014, 152p.

RESUME

La coopération interprofessionnelle de soins primaires se développe en France, en réponse à une démographie médicale en perte de vitesse, mais aussi pour pallier l'augmentation des dépenses de santé liée à l'accroissement du nombre de pathologies chroniques. L'objectif de cette thèse consiste principalement à proposer de nouvelles voies d'avenir quant au développement des collaborations entre pharmaciens et médecins. Pour ce faire, nous avons, dans un premier temps, déterminé les bases législatives qui définissent le champ d'application d'une coopération interprofessionnelle. Dans un deuxième temps, nous avons recherché les principaux éléments du système de santé et les facteurs humains favorisant la mise en place d'une collaboration entre professionnels de santé. Enfin, notre recherche s'est orientée vers des modèles concrets d'organisation développés en France, où la coopération reste à ce jour à l'état expérimental, et en Suisse, Etat pionnier en matière de modèles de collaboration pharmacien-médecin. Ces études nous ont permis d'imaginer deux voies d'évolution des modèles de coopération en France : un projet de transposition des cercles de qualité suisses et un projet visant à assurer un suivi interprofessionnel des patients diabétiques à travers la télémédecine.

MOTS CLES

Médecin
Pharmacien
Coopération interprofessionnelle
Suisse
Cercles de qualité
Télémédecine

JURY

Mme VINCIGUERRA Christine, Professeure
M. CATALA Olivier, Docteur en pharmacie
M. CHANELIERE Marc, Docteur en médecine
Mme PASQUALINI-CORTAZAR Mélanie, Docteur en pharmacie

DATE DE SOUTENANCE

Vendredi 19 décembre 2014

ADRESSE DE L'AUTEUR

28 rue Charles de Gaulle – 42 000 SAINT-ETIENNE