

**THESE  
POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenu publiquement le 22 juin 2017  
Par Me DEHOUCK Amélie**

---

**QUELLE PLACE POUR LE PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LES  
MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES ?**

---

**Membres du jury :**

**Président : Pr Thierry, Professeur de pharmacie Clinique, Université Lille 2**

**Assesseur(s) : Monsieur Thomas Morgenroth, Maître de conférence en Droit et économie pharmaceutique, Université Lille 2**

**Membre(s) extérieur(s) :**

- **Monsieur Jean-Marc Lebecque, Pharmacien titulaire**
- **Madame Appoline Rouze, chargé de communication FEMASNORD**



## Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille



3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE  
CEDEX

☎ 03.20.96.40.40 - 📠 : 03.20.96.43.64

### Université Lille 2 – Droit et Santé

Président :	Professeur Xavier VANDENDRIESSCHE
Vice-présidents :	Professeur Alain DUROCHER Professeur Régis BORDET Professeur Eric BOULANGER Professeur Frédéric LOBEZ Professeur Murielle GARCIN Professeur Annabelle DERAM Professeur Muriel UBEDA SAILLARD Monsieur Ghislain CORNILLON Monsieur Pierre RAVAUX Monsieur Larbi AIT-HENNANI Madame Nathalie ETHUIN Madame Ilona LEMAITRE
Directeur Général des Services :	Monsieur Pierre-Marie ROBERT

### Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

Doyen :	Professeur Damien CUNY
Vice-Doyen, 1 <sup>er</sup> assesseur :	Professeur Bertrand DECAUDIN
Assesseur en charge de la pédagogie	Dr. Annie STANDAERT
Assesseur en charge de la recherche	Pr. Patricia MELNYK
Assesseur délégué à la scolarité	Dr. Christophe BOCHU
Assesseur délégué en charge des relations internationales	Pr. Philippe CHAVATTE
Assesseur délégué en charge de la vie étudiante	M. Thomas MORGENROTH
Chef des services administratifs :	Monsieur Cyrille PORTA

## Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
M.	DECAUDIN	Bertrand	Pharmacie Galénique
M.	DEPREUX	Patrick	ICPAL
M.	DINE	Thierry	Pharmacie clinique
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie
M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique
Mme	RENNEVILLE	Aline	Hématologie
M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire

## Liste des Professeurs des Universités

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	EI Moukhtar	Parasitologie
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Physique
M.	BERTHELOT	Pascal	Onco et Neurochimie
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie – Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	ICPAL
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Physique
M.	DEPREZ	Benoît	Laboratoire de Médicaments et Molécules
Mme	DEPREZ	Rebecca	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	FOLIGNE	Benoît	Bactériologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie Industrielle
M.	GOOSSENS	Jean François	Chimie Analytique
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie Cellulaire
M.	LUC	Gerald	Physiologie
Mme	MELNYK	Patricia	Onco et Neurochimie
M.	MILLET	Régis	ICPAL
Mme	MUHR – TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PAUMELLE-LESTRELIN	Réjane	Biologie Cellulaire
Mme	PERROY	Anne Catherine	Législation
Mme	ROMOND	Marie Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHÉRAERT	Eric	Législation
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie Industrielle
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie Industrielle
M	TARTAR	André	Laboratoire de Médicaments et Molécules

M.	WILLAND	Nicolas	Laboratoire de Médicaments et Molécules
----	---------	---------	---

### Liste des Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie
M.	LANNOY	Damien	Pharmacie Galénique
Mme	ODOU	Marie Françoise	Bactériologie
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacie Galénique

### Liste des Maîtres de Conférences

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALIOUAT	Cécile Marie	Parasitologie
M.	ANTHERIEU	Sébastien	Toxicologie
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
Mme	BANTUBUNGI	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Pharmacie Galénique
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie
M	BELARBI	Karim	Pharmacologie
M.	BERTHET	Jérôme	Physique
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BOCHU	Christophe	Physique
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie
M.	BOSC	Damien	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
Mme	CACHERA	Claude	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON	Sandrine	Biologie cellulaire
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie
Mme	CHARTON	Julie	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M	CHEVALIER	Dany	Toxicologie
M.	COCHELARD	Dominique	Biomathématiques
Mme	DANEL	Cécile	Chimie Analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
Mme	DUTOIT-AGOURIDAS	Laurence	Onco et Neurochimie
M.	EL BAKALI	Jamal	Onco et Neurochimie
M.	FARCE	Amaury	ICPAL
Mme	FLIPO	Marion	Laboratoire de Médicaments et Molécules
Mme	FOULON	Catherine	Chimie Analytique

M.	FURMAN	Christophe	ICPAL
M.	GELEZ	Philippe	Biomathématiques
Mme	GENAY	Stéphanie	Pharmacie Galénique
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GOOSSENS	Laurence	ICPAL
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques
Mme	HAMOUDI	Chérifa Mounira	Pharmacotechnie industrielle
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA	Kpakpaga Nicolas	Pharmacologie
M.	KARROUT	Youness	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Onco et Neurochimie
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie Analytique
Mme	LEHMANN	Hélène	Législation
Mme	LELEU-CHAVAIN	Natascha	ICPAL
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie Analytique
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre Arthur	Sciences végétales et fongiques
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie
M.	POURCET	Benoît	Biochimie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques
Mme	RAVEZ	Séverine	Onco et Neurochimie
Mme	RIVIERE	Céline	Pharmacognosie
Mme	ROGER	Nadine	Immunologie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie (80%)
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques
M.	YOUS	Saïd	Onco et Neurochimie
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques

### Professeurs Agrégés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	MAYES	Martine	Anglais
M.	MORGENROTH	Thomas	Législation

## Professeurs Certifiés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mlle	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

## Professeur Associé - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie Pharmaceutique

## Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacie Clinique
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacie Clinique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques

## AHU

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	DEKYNDT	Bérengère	Pharmacie Galénique
M.	PEREZ	Maxime	Pharmacie Galénique

## ***Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille***

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX  
Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64  
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

**L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

# TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	9
GLOSSAIRE .....	11
INTRODUCTION.....	13
<b>PARTIE I : La Maison de santé pluriprofessionnelle .....</b>	<b>18</b>
A. Qu'est-ce qu'une maison de santé pluriprofessionnelle ? .....	18
1. Définition .....	18
a) L'exercice pluriprofessionnel .....	19
b) Le projet de santé .....	20
2. Les missions de la MSP .....	22
B. Les différentes structures d'exercice regroupé .....	23
C. Etat des lieux .....	24
1. Les professionnels de santé .....	24
2. La répartition régionale des maisons et pôles de santé .....	25
D. La création et financement d'une MSP .....	27
1. La Création de la MSP .....	27
2. Le financement de la MSP .....	28
<b>PARTIE II. Les enjeux et les freins relatifs aux MSP .....</b>	<b>31</b>
A. L'intérêt pour le patient .....	31
1. La MSP : des professionnels coordonnés autour du patient .....	31
2. La MSP : une facilité d'accès aux soins .....	32
3. La MSP : lieu de la transition démocratique .....	33
B. L'intérêt pour le système de santé .....	34
1. La MSP, un gain d'accessibilité aux soins ? .....	34
2. La MSP, un gain de productivité ? .....	35
3. La MSP un facteur d'économie ? .....	36
4. La MSP un facteur d'amélioration de la qualité des soins ? .....	38
C. L'intérêt pour les professionnels de santé .....	39
1. La MSP, une opportunité pour la transition professionnelle .....	39
2. La MSP, une nouvelle organisation du travail .....	40
3. La MSP, de l'individuel au collectif .....	41
4. La MSP à l'origine du développement, de la diversification de l'activité et de la rémunération de chacun .....	41
a. La délégation de tâche .....	42
b. Acteurs de missions de santé publique .....	42
c. Chercheurs en soins primaires .....	43
5. La MSP lieu de transmission de savoirs .....	43
D. Freins .....	44
1. La fragilité du modèle au long court .....	44
2. Le surcoût lié aux charges communes .....	44
3. Le changement .....	44
4. L'absence de projet médical réel .....	45
<b>Partie III : La place du Pharmacien dans la MSP .....</b>	<b>46</b>
A. Le pharmacien de MSP préfigure-t-il le pharmacien de demain ? .....	48
1. Une Analyse pharmaceutique approfondie .....	48
2. L'opinion pharmaceutique ou intervention pharmaceutique .....	52
3. La prévention, l'éducation thérapeutique du patient .....	54
B. Le pharmacien collaborateur de l'équipe de soins primaires .....	56

1.	<i>Les réunions pluriprofessionnelles</i> .....	56
2.	<i>Les protocoles</i> .....	57
C.	Le pharmacien tourné vers le service .....	59
1.	<i>La dispensation au domicile</i> .....	59
2.	<i>Le maintien à domicile</i> .....	59
D.	Des compétences acquises pour être pharmacien correspondant .....	60
E.	De nouvelles missions pour le pharmacien en MSP ? .....	61
1.	<i>Un rôle d'informateur au service de la prévention et de l'optimisation du parcours de soins</i> .	61
2.	<i>Un rôle de responsable de la qualité</i> .....	63
	CONCLUSION .....	66
	BIBLIOGRAPHIE .....	67

## REMERCIEMENTS

Merci à tous les membres du jury d'avoir accepté de juger mon travail ainsi que pour vos connaissances et votre disponibilité que vous mettez à contribution de la future génération de pharmacien. Je tiens à exprimer ma gratitude et ma reconnaissance à :

- Mr Thierry Dine, Professeur de Pharmacie Clinique et Docteur en Pharmacie qui me fait l'honneur de présider ce jury de thèse.
- Mr Thomas Morgenroth, Maître de conférence en Droit et économie pharmaceutique, pour avoir accepté de diriger ma thèse, pour sa disponibilité et pour m'avoir épaulé dans la réalisation de mon travail.
- Mr Jean-Marc Lebecque, Docteur en Pharmacie, engagé au sein de l'USPO et l'URPS Hauts de France, de m'avoir toujours partagé sa vision dynamique, impliquée et positive du métier
- Melle Apolline Rouze, chargé de communication FEMASNORD pour le soutien apporté dans mes recherches et l'enrichissement de nos échanges.

Merci à Mr Stéphane Billon, économiste de la santé, enseignant à l'université Paris Dauphine et au CNAM, Kamedis Conseils, spécialiste des MSP et SISA, ainsi qu'à Brigitte Bouzige, docteur en pharmacie exerçant en équipe de soins primaires et vice-président de la FFMPS de m'avoir fait découvrir la MSP, de m'avoir inspiré le sujet de cette thèse et de m'avoir donné l'envie de me lancer dans cette aventure

Merci à Antoine Prioux, docteur en pharmacie exerçant en équipe de soins primaires, membre des « Gardiens des poisons » pour sa vision sur le métier et son évolution, pour son temps accordé et sa détermination à faire avancer le métier de pharmacien.

Merci à tous les pharmaciens de ma famille, maman, Jean-Marc, Vincent et Christine, Florence, Elise, furturement Marie et peut-être d'autres encore, d'être des exemples pour moi toujours animé par votre métier après tant de mutations.

Merci aux Martinot, pour leur joie de vivre et les bons moments passés ensemble.

Merci à toute ma famille de m'avoir souvent mis des coups de pression concernant cette thèse. Merci à tous mes oncles et tantes, cousins, cousines que je ne vois pas autant que je le voudrai.

Merci à mes parents et à mon frère pour l'amour qu'ils m'accordent.

Merci maman, pour la confiance et la liberté que tu me donnes dans le milieu professionnel, même si je râle pour l'organisation c'est un plaisir de travailler avec toi et ta joie. Ton attachement pour tes patients, ton engagement et ta dévotion au service de leur santé font mon admiration.

Merci à tous mes amis pour votre soutien.

Merci à Charlotte, aux copines de la Mala on se voit peu, mais le lien est toujours aussi fort.

Merci aux copines de pharma pour tous ces fous rires et ces bons moments.

Courage aux dernières thésardes !!!

Merci à Jacques-Eric, de m'avoir supporté pendant cet exercice.

Merci pour l'amour que tu me portes chaque jour.

## GLOSSAIRE

ACI : Accord conventionnel interprofessionnel

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ALD : Affection Longue Durée

ARS : Agence Régional de Santé

ASIP : Agence des Systèmes d'Information Partagé de santé

AVK : Anti Vitamine K

BPCO : Broncho-Pneumopathie chronique Obstructive

CCP : Coordination Clinique de Proximité

CIM : Classification internationale des maladies

CISP-2 : Classification International des soins primaires deuxième version

CLIC : Centres locaux d'information et de coordination

CNAMTS : Caisse National d'Assurance Maladie des travailleurs salariés

CNSA : Caisse National de solidarité pour l'autonomie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'objectifs et de moyens

CREX : Comité de retour d'expérience

CSP : Code de la santé publique

CVAO : Comité pour la valorisation de l'Acte Officiel

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DMP : Dossier médical partagé

ENMR : Exploration nouveaux modes de rémunération

ETP : Equivalent Temps Plein

FEMASNORD : fédération des maisons et pôles de santé nord

FFMPS : Fédération française des maisons et pôles de santé

FIR : Fond d'Intervention régional

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

ICPC : International classification of primary care

INSEE : Institut National de la statistique et des études économiques

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

MAIA : Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnel

NMR : nouveaux modes de rémunération

OMEDIT : Observatoire Des médicaments , des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques

OMS : Organisation mondiale de la santé

PAERPA : Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie

PPS : Plan Personnalisé de Santé

PAPS : Portail d'accompagnements des professionnels de santé

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

SISA : sociétés Interprofessionnelles de soins ambulatoires

SROS : Schémas régionaux d'organisation des soins

UNCAM : Union National des caisses d'Assurance Maladie

URPS : Union régionale des professionnels de santé

WONCA : Organisation mondiale des médecins de famille

## INTRODUCTION

Cette thèse reflète l'idée du métier de pharmacien comme j'aimerais l'exercer. Le sujet s'est imposé à moi quand la ville d'Audruicq dans laquelle j'exerce s'est engagée dans cette démarche de mise en place de maison de santé.

Pharmaciens, médecin, infirmiers ... et tout autre professionnel de santé peut témoigner de la mutation de son exercice, de son outil de travail, de ses patients et de son environnement. Ces mutations sont la conséquence de nombreuses transitions :

- Une transition épidémiologique : Ce terme est apparu au début des années 1970, à la suite de l'article d'Abdel Omran (1971). La transition épidémiologique est définie comme étant « *le passage, sous l'influence du développement socio-économique, d'une structure de mortalité à dominante infectieuse à une structure de mortalité à dominante chronique et dégénérative* ». Amplement débattu, puisque de nouvelles pathologies infectieuses faisant toujours leur apparition, cet article est souvent repris pour mettre en avant une évolution de notre système de santé qui puisse mieux prendre en charge les pathologies chroniques. Et pour cause, les pathologies chroniques que l'on peut mettre en parallèle avec le nombre de patients reconnus sous ALD sont en augmentation. En effet, les ALD connaissent un accroissement de 5,7% par an entre 1994 et 2004 et de 3,5% entre 2005 et 2007, pour atteindre 8,3 Millions de personnes en ALD en 2008 et en 2015 aux alentours de 10 millions<sup>1</sup>.

Ces patients en ALD ont en moyenne 65 ans, les pathologies les plus représentées sont le diabète, le cancer, l'hypertension artérielle sévère et les affections psychiatriques. Elles représentent par patient en moyenne un coût 7 fois supérieur à la prise en charge d'un patient non ALD.

Or, notre système de soin datant d'après-guerre s'est construit sur un modèle biomédical dont le but est de venir à bout des grands fléaux que sont les pathologies aiguës transmissibles. Celui-ci doit donc s'adapter aux pathologies chroniques et prendre en compte le caractère multifactoriel de ces pathologies, qui nécessitent une prise en charge pluriprofessionnelle.

---

<sup>1</sup> Source CNAMTS-DSES

- Une transition démographique : Elle est la résultante du passage d'un état de forte fécondité et forte natalité à un état de faible mortalité accompagnée d'une fécondité en baisse. Notre pyramide des âges prend désormais une forme rectangulaire avec presque autant de personnes de 70 ans que de 0 an. A cela s'ajoute une espérance de vie qui continue de grimper d'environ 3 mois par an, et une mortalité infantile très restreinte, qui placerait la mort en position de quasi-monopole des personnes âgées.

Ainsi la France possède une population vieillissante en augmentation considérable. Ce vieillissement conjoncturel de la population entraîne une augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques, bien souvent polypathologiques, voire en situation de perte d'autonomie. Ces personnes nécessitent alors des prises en charge au long cours mobilisant de façon organisée une diversité de moyens sanitaires et sociaux. Ici également, le système de soins caractérisé par des années d'hospitalo-centrisme a une réponse inappropriée pour prendre en charge les problèmes de santé liés au grand âge et à la dépendance.

Nous pouvons déjà faire état d'un système de prise en charge éclaté et cloisonné avec des intervenants multiples (la famille, les associations, les aides salariés, les professionnels de santé, les travailleurs sociaux, les institutions), des besoins variables (de médicaments, de logement et de sociale), des financeurs éclatés (l'assurance maladie, le CNSA, le département, la commune, les assurances privés) avec des clivages installés au fil du temps notamment entre le médical et le social entraînant des difficultés de gestion de la prise en charge du patient à tout niveau.

→ Ces deux transitions mettent en exergue la nécessité d'axer sur la prévention

Selon les économistes de la santé<sup>2</sup> dans le monde « *les maladies chroniques devraient être à l'origine de 69 % des décès en 2030 contre 59% en 2002.* » Une explication viendrait de l'essence même des systèmes de santé qui ne respecteraient pas le dicton populaire « mieux vaut prévenir que guérir ». En effet, l'orientation prioritaire de la prise en charge des maladies

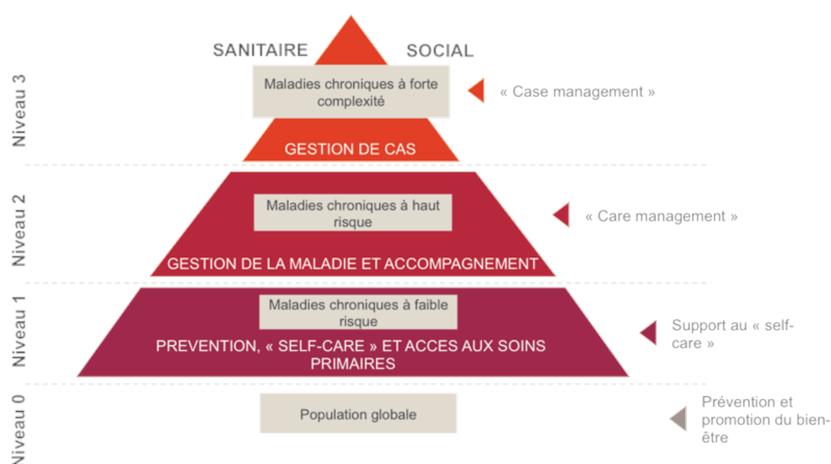
---

<sup>2</sup> « Santé publique pratique et organisation des soins »

aiguës au détriment de la prévention provoquerait une perte de chance pour le patient et une perte de ressources financières pour le système.

Pour répondre à ces transitions et organiser leur système de soin, les Etats-Unis ont fait des concepts de case management, disease management, chronic care model (« le patient expert ») et population management (association de patient comme le programme Sophia en France).

Ces concepts sont rassemblés dans la pyramide de Kaiser Permanente qui classe les patients par niveau de risque des maladies chroniques sans soins importants aux patients lourds à plus haut risque.



Ici, le socle comprend la population générale non malade qui doit bénéficier de messages de promotion de la santé, de prévention organisée. L'idée étant de faire des investissements de départ qui deviendront des bénéfices pour l'avenir.

\_ Le Niveau 1 représente une population à faible besoin (30 à 80% des patients) nécessitant de l'éducation thérapeutique pour l'autoprise en charge intégrée aux soins de premiers recours.

Il nécessite l'intégration de ces soins qui dépend principalement de l'articulation entre l'hôpital et la ville ainsi que de la coordination (entre professionnels de santé). C'est à dire qu'il dépend du décloisonnement entre : soins à domiciles et soins hospitaliers, soins de ville et hôpital et sanitaire et médico-social.

\_ Le niveau 2 rassemble les patients à risques élevés nécessitant du disease management.

\_ Le niveau 3 avec des patients à très haut risque nécessite du case management.

- La démographie des professionnels de santé et leur répartition sur le territoire. Celle-ci est à l'origine de déserts médicaux et autres zones fragiles désignés par l'ARS.

La France n'a jamais compté autant de médecins et le nombre de médecins actifs a doublé en 35 ans. Pourtant, certains territoires manquent de médecins. Cela s'explique par une population médicale vieillissante, une baisse constante depuis 2007 des effectifs de médecins généralistes de 10,3 % de 2007 à 2015 et prévisionnellement de 6,8 % de de 2015 à 2020 et une répartition inégale sur le territoire. Les déserts médicaux ne sont pas uniquement ruraux de 2007 à 2015, la région Ile-de-France comptabilise une diminution de 6 % des médecins en activité régulières. Pour ce qui est de compter sur les diplômés étrangers, ce serait un leurre. En effet, ceux-ci préfèrent à 62 % l'exercice salarié ou mixte à 13 %, et privilégient les territoires à forte densité...

#### Une transition technologique et scientifique :

La transition technologique n'est pas propre au monde de la santé, mais pourra avoir des conséquences majeures sur les pratiques cliniques ou de prise en charge, on parle notamment de médecine prédictive. Également, elle pourra avoir un impact sur la circulation de l'information et l'organisation de l'ensemble des services. A ce jour, les effets de la télémédecine ou de la e-santé ne sont pas encore très parlant. Mais ces bouleversements à venir sont à anticiper.

Les nouvelles technologies sont un acteur à part entière dans l'accompagnement de la personne dépendante notamment en permettant un maintien à domicile plus tardif, grâce à des systèmes de télésurveillance. L'impact implique une réflexion sur l'adaptation système de santé, mais aussi de nos sociétés au vieillissement.

Les innovations scientifiques sont notamment génératrices du raccourcissement des durées moyennes de séjour à l'hôpital qui supposent une gestion du relais ville - hôpital et la possibilité de prise en charge à domicile de patients qui peuvent nécessiter des soins lourds ou une aide médico-sociale ou sociale. Prises en charge parfois complexes auxquels les professionnels de villes n'ont pas été préparés.

On voit bien que pour faire face à ces mutations touchant l'ensemble du système de soin le système de santé français ainsi que les professionnels doivent apporter de nouvelles réponses. Il y a une nécessité d'avoir une approche populationnelle de la santé au niveau des territoires pour développer l'éducation thérapeutique, la prévention et l'inclusion de populations éloignées des soins. La France doit donc organiser, structurer, repérer, coordonner, intégrer, mais aussi adapter les modèles étrangers pour les optimiser.

Une réponse à ces nouveaux enjeux semble être le développement des maisons et pôles de santé pluriprofessionnel, lancé par les professionnels eux-mêmes et désormais soutenu par les autorités.

Nous verrons dans un premier ce qu'est une maison de santé et les autres structures de rassemblement de professionnels de santé.

Après un bref historique, nous verrons le fonctionnement et l'état des lieux des maisons de santé en France et plus particulièrement dans notre région des Hauts de France.

Dans un deuxième temps, nous verrons l'intérêt de ces maisons de santé pluriprofessionnelles que ce soit pour le patient, le système de santé ou encore les professionnels de santé.

Enfin, nous étudierons plus précisément la place du pharmacien au sein de ces structures ainsi que ses potentiels rôles à venir.

## PARTIE I : La Maison de santé pluriprofessionnelle

Les maisons de santé, ce concept d'exercice dit « moderne » en médecine ambulatoire, existe en réalité depuis le XVII<sup>e</sup> siècle. Les principes fondateurs de ces centres de santé sont de favoriser l'accès à des soins de qualité pour tous et s'appuyer sur une démarche qui prend en charge le patient dans sa globalité intégrant le contexte social et environnemental à travers des actions de santé publique.

Les maisons de santé, tel que nous pouvons les connaître aujourd'hui bénéficiant de financements publics croisés, se sont multipliées depuis 2012. Fin 2015, on comptait quelque 800 maisons de santé en France.

Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, a annoncé lors de la présentation du dernier projet de budget de la Sécurité sociale du quinquennat : « Il y avait 150 maisons de santé pluriprofessionnelles en 2012 ; il y en aura 1.200 fin 2017 ! ». L'exécutif en a même promis 1.400 en 2018. « Les maisons de santé sont l'avenir », a-t-elle assuré. Elle a notamment eu sa place dans les discours politiques lors de la campagne pour l'élection présidentielle de 2017.

### A. Qu'est-ce qu'une maison de santé pluriprofessionnelle ?

#### 1. Définition

La MSP fut reconnue par la loi dans la loi de financement de la Sécurité sociale 2007-1786 du 19/12/2007 (art 44), avec la création de l'article L.6323-3 du CSP.

Elle fut ensuite modifiée par l'article 39 de la Loi HPST, loi n°2009-879 du 21/07/2009 (art 39), puis par l'article 2 de la loi du 10 août 2011 dit la loi dite « Loi Fourcade » qui enrichit la définition de la MSP du cahier des charges de la DGOS.

C'est la loi HPST qui marque pour la première fois dans notre système de santé la volonté de promouvoir les soins de proximité. Elle définit le premier recours, animé par le médecin généraliste. Et après des années d'hospitalo-centrisme, elle cible la nécessité d'organisation de ce niveau de prise en charge. Elle élabore également les schémas régionaux d'organisation des soins ambulatoires (SROS) en complément des schémas hospitaliers et médico-sociaux préexistants.

La maison de santé est définie comme :

*« une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé ».*

Une maison de santé pluriprofessionnelle regroupe au minimum 3 professionnels de santé libéraux, deux médecins généralistes et un paramédical qui décide de travailler de manière coordonnée dans le cadre d'un projet de santé.

La MSP vise à offrir à la population, en un même lieu, un ensemble de services de santé de proximité. Ces services concernent notamment le soin et la prévention, ce qui répond à une évolution des modes d'exercices souhaitée par de nombreux professionnels de santé.

Elle apparaît comme une solution concourant au maintien, voir développement de l'offre de soin dans les territoires « fragiles » et déficitaires.

Les deux éléments clés de la MSP sont l'exercice pluriprofessionnel coordonné et le projet de santé.

#### **a) L'exercice pluriprofessionnel**

Il consiste à aborder un objet d'étude selon les différents points de vue de diverses professions. Il met en lien la complémentarité des disciplines pour résoudre les problèmes rencontrés.

Il sous-entend une collaboration étroite entre les professionnels de santé et non plus un exercice « côte à côte » avec peu d'interpellations réciproques.

Ce type d'exercice est l'occasion pour chacun de montrer et démontrer toutes les potentialités de leurs compétences et expertises spécifiques.

Deux facteurs favorisent cet exercice pluriprofessionnel :

Le facteur proximité : comprenant

La proximité « cognitive » ou connaissance mutuelle. Elle désigne une interconnaissance et une compréhension mutuelle des expertises et compétences spécifiques de chaque professionnel.

- La proximité géographique : l'IRDES<sup>3</sup>, observe qu'une forte proximité géographique constitue un facteur favorable à l'émergence du travail pluriprofessionnel : « *la proximité géographique favorise des contacts physiques, générateurs d'une plus grande proximité cognitive, l'abaissement de la « distance cognitive » entre professionnels résultant auparavant de la méconnaissance de leurs compétences et expertises respectives* ». Le travail quotidien permet cette interconnaissance et installe une relation de confiance par l'expérience.

Mais cette proximité géographique n'est pas indispensable, puisque le travail pluriprofessionnel est également une réalité pour les « maisons de santé hors les murs ».

- La proximité organisationnelle, sociale et institutionnelle

Le projet de santé : il est le facteur clé permettant la construction d'une proximité cognitive à l'origine de consensus sur la place de chacun autour du patient.

**b) Le projet de santé**

Ce projet de santé doit respecter un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé, mais aussi doit témoigner d'un exercice coordonné entre les professionnels et doit être compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L1434-2.

---

<sup>3</sup> « Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé », Les Rapports de l'Irdes n°557- septembre 2014

Une fois élaboré, il sera transmis à l'ARS qui doit alors le valider. Il est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé, mais peut aussi l'être par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé.

Le projet de santé a pour but de rassembler un maximum de professionnels d'un territoire autour d'une thématique locale et n'est pas réservé aux membres de la maison de santé. Il permet donc la formation d'une équipe de soins primaires.

Le projet de santé est un document texte devant répondre à quelques critères pour être validé par l'ARS. Il doit contenir :

- **Un diagnostic des besoins du territoire** : qui analyse l'offre initiale de soins après repérage de tous les acteurs et propose les évolutions de cette offre. C'est-à-dire qu'il définit les possibilités d'offre de soins en réponse aux besoins en santé d'une population donnée.
- **Une organisation de la MSP** :
  - L'accès aux soins et la continuité des soins doivent être assurés. Notamment, des mesures doivent être prises pour faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité
  - Le projet doit contenir des missions de santé publique répondant à des spécificités territoriales (actions de prévention, entretien pharmaceutique...)
  - Il doit y avoir une coopération et une coordination externe y compris avec les partenaires du territoire
  - Il peut intégrer des nouveaux services comme la télémédecine
- **Une organisation du travail en équipe** : qui doit être formalisée par des protocoles de coopération interprofessionnelle. Les professionnels s'engagent notamment à suivre leur programme de DPC et à accueillir des étudiants.
- **Une organisation du partage d'informations** : entre les professionnels de la structure, avec les professionnels extérieurs à la maison de santé, avec les patients pour les informations les concernant.

Il nécessite une définition préalable des moyens, des modalités de communication et des délais de mise en action tout en évaluant les coûts prévisionnels et les impacts attendus (professionnels, sociologiques ou encore en santé publique). Le projet de santé démarre par des hypothèses, engage des actions selon un programme et des financements. Des évaluations régulières sont nécessaires afin d'estimer la viabilité des éléments du projet et l'impact sur la santé des populations et la vie des professionnels.

Ce projet de santé peut aborder différents thèmes. Par exemple, les modalités de prise en charge des maladies chroniques, l'organisation de la prévention et du dépistage, voire de l'épidémiologie.

## **2. Les missions de la MSP**

\_ Améliorer la qualité de la prise en charge des patients :

- Apporter une réponse de proximité aux populations en développant des actions locales de santé publique et en facilitant l'intervention des acteurs locaux de santé publique
- Renforcer la coordination des acteurs et le lien ville-hôpital
- Assurer la continuité des soins ambulatoires et notamment la permanence des soins.

\_ Améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé :

- Partager les informations, échanger sur les pratiques
- Mettre en place des protocoles pluriprofessionnels permettant une uniformisation des pratiques et une prise en charge globale optimale
- Mutualiser les coûts des locaux, du personnel, du matériel

\_ Attirer de nouveaux professionnels de santé sur le territoire concerné : inciter la nouvelle génération à s'installer en ville en leur proposant une structure, une équipe et un projet de santé.

\_ Favoriser la prévention et l'éducation à la santé : notamment par des séances ETP ou des séances collectives d'éducation à la santé

\_ Être un lieu d'apprentissage : en accueillant régulièrement des stagiaires et en facilitant leur venue par la mise à disposition par exemple d'un logement.

\_ Mettre en place un projet de santé - promouvoir la démocratie participative en santé

\_ Pour les MSP universitaires, création d'une unité de formation et de recherche de médecine, afin de développer la recherche en soins primaires.

## **B. Les différentes structures d'exercice regroupé**

Malgré des caractéristiques propres et cette reconnaissance de l'ARS comme entité particulière, la maison de santé n'est pas labellisée. Ainsi, toute structure peut prendre ce nom même si elle ne respecte pas la définition du code de la santé publique. Ce qui explique les amalgames dans un paysage particulièrement varié.

Nous distinguons, les maisons de santé pluriprofessionnelles caractérisées par un exercice coordonné autour d'un projet de santé, des maisons médicales, maisons médicales de garde, et des centres et pôles de santé.

La Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) est donc un regroupement de professionnels de santé libéraux, dont au moins deux médecins et un autre professionnel de santé, autour du projet de santé. Les soignants peuvent exercer dans les mêmes murs ou travailler sur différents sites. On parlera alors des MSP hors les murs.

Une maison de santé moyenne réunit environ cinq médecins généralistes, deux pharmaciens et une dizaine d'autres professionnels de santé .

La maison médicale est un lieu d'exercice regroupant plusieurs professionnels de santé, du premier ou du second recours dans les mêmes murs. Cette appellation ne présume ni du type de professionnel y exerçant ni du mode de mise en commun d'objectifs ou de moyens.

Le Pôle de santé (plusieurs définitions) :

- La loi HPST inscrite dans le Code de la santé publique (article L.6323-4) définit le pôle de santé comme des structures qui : « assurent des activités de soin de premier recours au sens de l'article L 1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L1434-5. Ils sont constitués entre des professionnels de santé, et le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des services médico-sociaux , des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

- Également, on nomme parfois pôle de santé ce qui répond aux caractéristiques d'une maison de santé pluriprofessionnelle hors les murs. C'est à dire, un regroupement de professionnels de santé libéraux (avec au moins deux médecins et un paramédical) autour d'un projet de santé, sans qu'ils occupent les mêmes murs.
- Enfin, on nomme parfois pôle de santé les « groupements territoriaux ». Ce sont des regroupements de professionnels de santé qui exercent sur un territoire plus large que celui d'une maison de santé et qui jouent le rôle de plateformes d'appui aux professionnels. Ils sont orientés sur un territoire et non sur une patientèle.

Le centre de santé est un lieu de soins réunissant des professionnels de santé salariés. La CNAMTS a recensé 1 220 centres de santé en France en 2012, dont 400 sont médicaux et polyvalents. Ces centres de santé sont gérés par des associations, des assureurs de la santé ou des collectivités territoriales.

La Maison médicale de garde (MMG) est une structure assurant la permanence des soins aux heures de fermeture des cabinets médicaux, soit réglementairement de 20h à minuit du lundi au vendredi, de 12h à minuit les samedis et de 8h à minuit les dimanches. D'autres horaires peuvent être définis par des accords locaux.

Ainsi l'appellation d'une structure où exercent de façon regroupée des professionnels de santé libéraux ne préjuge pas toujours de son fonctionnement. En revanche, des financements publics ne sont attribués qu'aux structures répondant au cahier des charges dressé par la direction générale de l'Offre de soins en septembre 2010.

Celui-ci requiert :

- Au moins deux médecins et un professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute...)
- Un projet de santé partagé par les soignants pour la population qui les consulte.

## **C. Etat des lieux**

### **1. Les professionnels de santé**

En maisons et pôle de santé, on retrouve plus de médecins généralistes femmes (31 %) que dans l'exercice libéral classique (23 %) et l'âge moyen des généralistes est inférieur (48ans contre 54ans).

L'activité Equivalent temps plein de généralistes est quasi équivalente, sinon très légèrement plus faible en maison et pôle de santé que dans l'exercice libéral classique.

Les principaux professionnels de soins de premier recours retrouvés dans les maisons de santé sont : les médecins généralistes, les infirmiers, les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes, les orthophonistes, les psychologues ou les neuropsychologues, les diététiciennes, les sages-femmes, les pédicures-podologues, les psychomotriciens, les ergothérapeutes.

## **2. La répartition régionale des maisons et pôles de santé**

Contrairement aux idées reçues, les maisons de santé ne se retrouvent pas qu'en milieu rural. Les Pôles et Maisons de Santé conservent une répartition plutôt homogène à travers la France, et seule une petite majorité des MSP (55 %) sont installées à la campagne.

L'ARS des Hauts de France pilote et finance le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles, et met en œuvre des dispositifs favorisant l'installation de professionnels de santé dans la région.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2017, on dénombre 37 maisons de santé en Nord-Pas-de-Calais (73 en région Hauts de France), selon les derniers chiffres de l'ARS .

\_ 4 en métropole Flandre intérieure : La Gorgue, Steenvoorde, Lille Moulins, Wattrelos

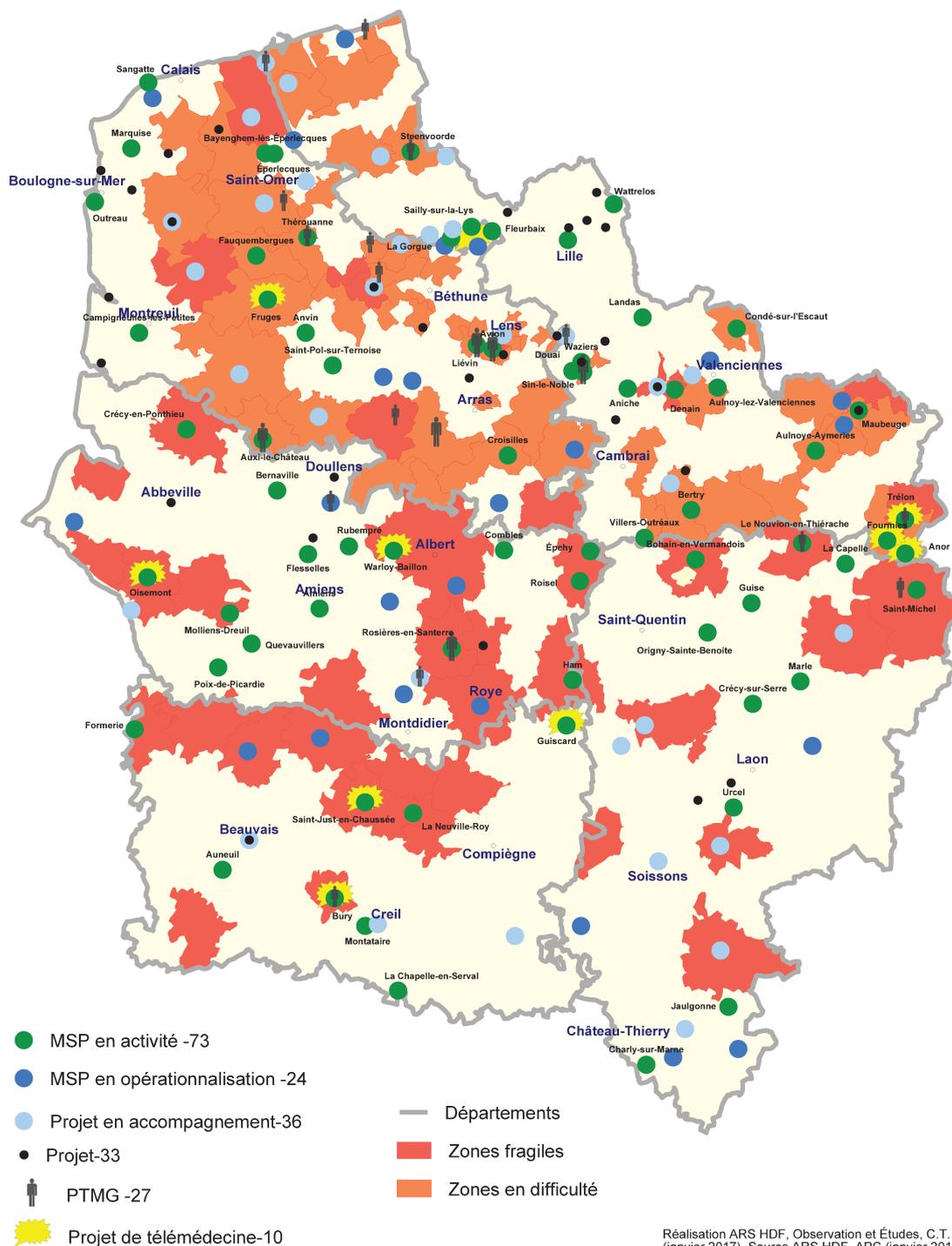
\_ 9 Sur le littoral : Sangatte, Marquise, Outreau, Eperlecques, Bayenghem-lès-Eperlecques, Fauquembergues, Théroutanne, Campigneulles-les-Petites, Fruges.

\_ 14 en Artois-Douaisis : Laventie, Fleurbaix, Sailly-sur-la-Lys, Landas, Aniche, Sin-le-noble, Douai, Waziers, Avion, Liévin, Auxi-le-Château, Saint-pol-sur-Ternoise, Anvin, Croisilles

\_10 dans le Hainaut-Cambrésis : Aulnoy-les-Valenciennes, Denain, Condé-sur'l'Escaut, Aulnoye-Aymeries, Maubeuge, Anor, Trélon, Fourmies, Villers-Outréaux, Bertry.

Egalement, on recense 53 Maisons de santé en projet, 12 en phase d'opérationnalisation en Nord-Pas-de-Calais (24 en Hauts-de-France), 20 en cours d'accompagnement par l'ARS ou des cabinets de consulting ou l'URPS ou la MSA (36 en Région Haut-de-France) et 21 en réflexion dans le Nord-Pas-de-Calais (33 au total dans la Région).

# Maisons de santé pluriprofessionnelles et pôles de santé en Hauts de France



Réalisation ARS HDF, Observation et Études, C.T. (janvier 2017). Source ARS HDF, APC (janvier 2017). Fonds IGN.

C'est bien souvent les situations de fragilité en termes d'offre de soin qui éveillent les consciences des mairies et communautés de communes qui se proposent parfois de louer un terrain ou un bâtiment aux professionnels de santé. Pour notre cas à Audruicq, la communauté de commune finance un cabinet-conseil pour étudier la faisabilité, mobiliser les professionnels de santé et les accompagner dans la rédaction du projet de santé.

## **D. La création et financement d'une MSP**

### **1. La Création de la MSP**

Tout d'abord, l'élément primordial est l'envie des professionnels de travailler ensemble.

Ensuite, cela consiste en 3 étapes :

- Constituer une équipe et rédiger un projet de santé que l'ARS doit valider
- Constituer une association loi 1901 avec la rédaction d'une charte de fonctionnement et un règlement intérieur de la structure (organisation des congés, gestion des tâches quotidiennes..) (étape facultative, mais vivement conseillée). Celle-ci servira est optionnelle, mais fortement recommandée. En effet, il s'agit d'une phase test avec peu d'engagements avant de passer à la SISA.
- Puis quand l'association est solide, il peut y avoir constitution d'une SISA afin de toucher les NMR.

La SISA ou société interprofessionnelle de soins ambulatoires, est une société civile créée par la Loi Fourcade<sup>4</sup>, c'est à la fois une structure d'exercice et une société de moyens.

Les professionnels de la SISA doivent être des professionnels de santé au titre du CSP ce qui en exclut les ostéopathes ou les psychologues. Leurs interventions au sein de l'équipe de soin ne pourront alors être rémunérées qu'en vacations.

Elle nécessite de rédiger les statuts de la société, de les faire signer par les sociétaires et les transmettre aux ordres professionnels et à l'ARS pour avis.

Elle a pour objectif « *la mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun de ses associés et l'exercice commun d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé* ».

La SISA permet de mutualiser des moyens et des charges. Sous réserve d'atteindre les objectifs fixés par l'ACI la MSP perçoit des financements publics.

Ensuite, il appartient aux membres de la SISA de répartir les rémunérations perçues par la société. Il est ainsi conseillé de rédiger un règlement qui prévoit cette répartition.

---

<sup>4</sup> Loi Fourcade n°2011-940 du 10 août 2011

Elle peut être utilisée pour : rémunérer les participants ou engager un coordinateur ou encore financer un système d'information...

Toutefois, la société doit impérativement répartir ses bénéfices entre les associés à la fin de chaque exercice.

## **2. Le financement de la MSP**

### **a. Les dotations**

Si la MSP remplit le cahier des charges d'une MSP, elle peut demander une dotation sur FIR (Fond d'intervention Régional) . Cette dotation contribue à financer l'exercice coordonné des soins et son montant est fixé chaque année dans la loi de financement de la sécurité sociale. Ce fond n'est pas subordonné à la création d'une SISA contrairement aux NMR.

Il existe d'autres sources de financements potentielles : FSE (Fond Social européen), FEDER (Fond Européen de Développement Rural), DETR (Dotation d'Équipement des Territoires Ruraux ), ACSE (agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances), FNADT (Fonds national d'aménagement et de développement du territoire), l'ARS , la mairie , la communauté de commune, le conseil général...

### **b. Les NMR**

#### **❖ L'attribution des NMR**

Le seul paiement à l'acte étant inadapté à la rémunération des prestations des professionnels au sein des MSP, ont été créés les NMR par l'arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité.

Les nouveaux modes de rémunérations consistent à rémunérer sous forme de forfait non pas une personne, mais l'équipe pluriprofessionnelle organisée en SISA.

Le règlement arbitral, signé fin février 2015, a pérennisé la rémunération d'équipe dans un cadre conventionnel, entre l'assurance maladie et les organisations représentatives des professionnels de santé concernées.

Dès lors que des moyens financiers sont accordés par l'ARS, la signature d'un CPOM est systématique entre l'ARS et le représentant légal de la MSP.

C'est un contrat conclu pour 5 ans qui peut faire l'objet d'une révision par avenant.

Le montant des nouveaux modes de rémunération varie selon le nombre de patients suivis par les professionnels de la structure et le degré de réalisation des engagements prévus dans le contrat. Les engagements portent sur : l'accès aux soins, le travail en équipe, l'utilisation d'un système d'information pluriprofessionnel labellisé ASIP Santé, les actions prévues en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, de développement du système d'information de la structure, les modalités d'évaluation des éléments propres à la MSP.

➤ Il y a d'abord trois indicateurs dits socles :

- **Accès aux soins** : Ouverture de 8h à 20h en semaine et le samedi matin, Fonction de coordination (organisation du parcours des patients, gestion des plannings...), Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré
- **Travail en équipe** : protocoles et réunion pluriprofessionnels réguliers
- **Système d'information partagé** : Développement des dossiers patients informatisés et partagés à l'équipe de soin primaire.

Ces indicateurs ont été assouplis permettant ainsi à la structure d'obtenir plus facilement des financements.

Exemple : pour le Système d'information, l'accord prévoit de prendre en compte non plus le nombre de patients de la structure, mais le nombre de postes équipés en logiciels interprofessionnels.

Par ailleurs, si la MSP voit sa labellisation retirée par l'ASIP santé, elle continue à toucher une rémunération si les deux autres indicateurs sont atteints.

➤ La MSP pourra aussi voir son enveloppe augmentée grâce aux indicateurs dits optionnels : diversité de l'offre, missions de santé publique, formation des jeunes ou encore satisfaction des patients.

Pour chaque indicateur, l'accord prévoit un nombre de points :

- 800 points pour l'amplitude horaire et l'accès aux soins programmés,
- 100 points par protocole pluriprofessionnel écrit
- 1 000 points par réunion de concertation pluriprofessionnelle.

Chaque point vaut **7 euros**. Une structure type composée de treize professionnels de santé et ayant 4 000 patients (patientèle moyenne des maisons de santé) atteignant l'ensemble des engagements proposés pourra percevoir jusqu'à **73 500 euros par an** .

## Annexe 1

Pour tout professionnel de santé ayant déposé son projet de soins à l'ARS depuis moins d'un an, il est prévu une garantie de versement d'une rémunération minimale **de 20 000 euros**, attribuée une seule fois à toute nouvelle structure ayant atteint deux des trois indicateurs socles, pendant les deux premières années de fonctionnement.

Par ailleurs, l'accord prévoit aussi la garantie de versement d'une avance de 12 000 euros pour une année complète. Pour « *inciter les maisons de santé qui ne sont pas encore constituées en SISA à le faire afin que le maximum d'entre elles bénéficient de l'ACI* » expliquait Nicolas Revel, directeur général de l'Assurance maladie.

### ❖ Deux cultures à hybrider pour les NRM

## Annexe 2

Les NMR font émerger un nouveau modèle hybride faisant coexister la culture libérale mono professionnelle et individuelle régulée par la convention nationale avec l'assurance maladie à une nouvelle culture contractuelle, collective et pluriprofessionnelle placée sous le regard de l'ARS.

Ainsi, chaque professionnel ne prend plus en charge son patient de manière isolé, mais doit le restituer en lien avec des enjeux de santé de population sur un territoire. Il est également amené à intégrer dans sa pratique de manière quasi systématique le rôle des autres acteurs au travers de coopérations négociées ensemble.

L'entrée dans les NMR provoque l'entrée dans l'institutionnalisation c'est-à-dire une organisation de l'activité collective construite et coordonnée en interne par les professionnels et en lien avec l'ARS

## PARTIE II. Les enjeux et les freins relatifs aux MSP

### A. L'intérêt pour le patient

#### 1. La MSP : des professionnels coordonnés autour du patient

A ce jour, la coordination des soins repose presque intégralement sur le patient et sa famille ainsi que sur les modalités d'entente entre les professionnels de santé.

La MSP fait disparaître ces modalités d'entente et protocolise le parcours patient, diminuant les incompréhensions et erreurs de prises en charge.

Ce n'est plus le patient qui sollicite chaque praticien, mais ce sont les praticiens qui s'organisent autour de lui.

On peut citer l'exemple des parcours PAERPA qui sont des projets pilotes sur la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de plus de 75 ans déployés sur 9 territoires depuis 2014. On peut citer parmi les pilotes le Valenciennois-Quercitains.

L'enjeu étant de « *mettre en œuvre de nouveaux modes d'organisation destinés à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie* » et de favoriser leur maintien à domicile.

Cela passe par un renforcement de la prise en charge au domicile et une sécurisation des sorties d'hospitalisation en s'appuyant sur les professionnels de premier recours qui vont former une équipe de CCP (coordination clinique de proximité) autour de la personne âgée. Ce renforcement de la prise en charge n'est possible que grâce à la simplification du partage d'information entre les professionnels du secteur sanitaire, social ou médico-social.

Dès qu'il y a repérage d'une situation à risque, le médecin pourra proposer au patient de l'inclure dans le service de suivi coordonné.

Il déclenchera alors en réunion de coordination des professionnels, l'établissement d'un PPS (plan personnalisé de santé) qui est un plan d'action visant à faciliter le maintien à domicile du patient et éviter les hospitalisations.

Les professionnels partagent les éventuelles informations dont ils disposent concernant le patient. Les messages principaux à délivrer aux patients et les objectifs prioritaires de suivis sont définis entre professionnels et inscrits dans le dossier du patient.

Un des professionnels est proposé comme « référent du patient ».

C'est-à-dire qu'après une réunion d'explications avec le patient pour se présenter comme son contact privilégié en cas de souci, il prendra un contact mensuel avec le patient pour prendre note de son état et de ses difficultés éventuelles.

Il a accès au dossier médical du patient afin de s'assurer de la bonne observance des prescriptions médicamenteuses et du bon rythme des surveillances prescrites.

Ce référent peut en cas de nécessité :

- déclencher un acte prescrit
- résoudre des soucis relevant de sa compétence
- déclencher une consultation de groupe (patient+ MG + IDE + pharmacien)
- remettre un protocole simple d'autosurveillance au patient
- proposer aux patients un recours à une association de patient
- proposer aux autres professionnels de santé l'intervention d'un autre professionnel pour résoudre un problème ne relevant pas de sa compétence.
- Provoquer une nouvelle réunion des autres professionnels en cas de problème plus lourd.

De plus une réunion annuelle est organisée entre professionnels pour l'évaluation de l'évolution du patient.

Dans le département de la Mayenne (Pays de la Loire) où une très forte proportion de professionnels de santé exerce en structures pluriprofessionnelles, près de 300 PPS ont été établis. En conséquence, le nombre d'entrées en maison de retraite ainsi que le nombre de réhospitalisations ont diminué. Pour autant la plupart des patients ne réalisent pas l'intérêt, notamment de santé publique de ces regroupements.

## **2. La MSP : une facilité d'accès aux soins**

En effet, peu de patients évoqueront la prévention, le dépistage et l'éducation à la santé.

Ils y verront plutôt une amélioration du service qui leur est rendu. Et ce, par :

- L'accessibilité et le confort de ces nouveaux locaux notamment pour les personnes à mobilité réduite.
- La diversité des soins offerts sur un même lieu. Ceci permet d'éviter de multiples déplacements et autorise la continuité des soins en l'absence de leur médecin généraliste et entre le primaire et le secondaire
- le partage des dossiers médicaux garantissant au patient des soins adaptés à leur histoire.

### **3. La MSP : lieu de la transition démocratique**

D'un point de vue individuel, le patient au cœur du système de santé et le droit des usagers du système de santé s'expriment depuis plusieurs années. En France, ce droit fut inscrit dans la législation par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

L'évolution de ces droits individuels a pour conséquence le développement de projets qui engagent le patient dans le processus de soin. C'est notamment le cas de certains programmes d'éducation thérapeutique mettant en jeu le « patient expert » .

L'avènement des nouvelles technologies de communication et d'internet modifie les modalités d'information du patient et sa relation avec l'ensemble de l'équipe soignante.

De plus l'avènement des objets connectés comme les autotensiomètre, les balances et autres podomètres rend le patient acteur du suivi de sa santé, il devient un partenaire de l'équipe soignante.

Sur le plan collectif, le droit des usagers du système de santé fait l'objet de réflexions sur leur prise en compte dans la gouvernance et l'évolution de nos systèmes de santé à différents paliers de représentation.

Les pathologies chroniques ont fait naître des patients plus autonomes et experts de leur pathologie. Ils sont acteurs de leur prise en charge et parfois même de celle des autres patients.

Actuellement, plus de 160 patients diabétiques ont été formés par l'association française des diabétiques pour mener des groupes de rencontres avec d'autres patients.

Certaines MSP donnent ces pleins pouvoirs au patient en accueillant les associations de patients dans leurs locaux ou encore en mettant en place des retours d'expérience.

En effet, le but étant de repenser le parcours de soin autour du patient et notamment d'avoir un retour de celui-ci sur la qualité des soins.

## **B. L'intérêt pour le système de santé**

Des études de l'IRDES<sup>5</sup> ont éveillé une prise de conscience de la CNAMTS et de l'UNCAM sur l'intérêt de la prise en charge coordonnée.

La France, dont le système de santé a été classé comme le meilleur mondial en 2000 par l'OMS, essuie en 2016 une 24<sup>e</sup> place au classement des performances de santé sur 188 pays par l'institut américain des mesures et évaluations de la santé (IHME).

Il semblerait que les maisons de santé pourraient être une réponse à la quête de performance tant en terme économique que de performance sur la qualité et l'accessibilité des soins,<sup>6</sup> dans ce contexte de pression financière qui nécessite une meilleure allocation des ressources.

### **1. La MSP, un gain d'accessibilité aux soins ?**

La modification du système de santé vers une rationalisation de l'offre de soins ambulatoires permet de structurer une ligne de prise en charge de premier recours susceptible de répondre de façon plus organisée aux objectifs d'accessibilité, de proximité qui caractérisent la notion de soins primaires au sens de l'OMS.

En effet, les maisons et pôles de santé accueillent proportionnellement 13 % à 15 % de patients de plus que des médecins en cabinet.

Là où les maisons se sont implantées, la baisse de la densité des médecins généralistes a un peu ralenti de 2008 à 2012 par rapport à 2004-2008, écrit l'Irdes, tout en rappelant que les médecins, souvent jeunes, se rassemblent avant tout pour travailler dans de meilleures conditions.

Ces résultats confirment que le regroupement permet bien un frein bien que modeste à la désertification médicale

---

<sup>5</sup> L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maison, pôles et centre de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses, Question d'économie de la santé, n°210-juin 2015, Irdes

## 2. La MSP, un gain de productivité ?

### Annexe 3

*« L'exercice regroupé pluriprofessionnel impliquerait des gains de productivité dus à des économies de gamme et d'échelle liées à l'intégration entre professionnels d'une même profession ou discipline, ou pas. Ces économies résulteraient notamment de la minimisation des coûts relatifs aux échanges entre médecins généralistes ainsi qu'entre médecins généralistes et paramédicaux. Elles résulteraient également de la minimisation des coûts de délivrance des soins et services en raison de l'utilisation de facteurs de production communs. Elle résulterait enfin de l'optimisation des complémentarités et substitutions entre le généraliste médecin traitant, et les autres généralistes et entre généralistes et paramédicaux. Ces gains d'efficience productive permettraient un moindre recours et une moindre dépense de soins spécialisés. »<sup>7</sup> Et ce sans augmentation notable des dépenses en soin primaire.*

Ces résultats sont tirés d'études conduites entre 2009 et 2012 sur 88 sites ENMR, dont 25 centres de santé, 54 maisons de santé et 9 pôles de santé, pour 430 médecins généralistes comparativement aux 1 124 médecins généralistes témoins exerçants isolément.

La productivité est calculée en faisant le rapport entre les outputs et les inputs .

Les outputs représentent l'activité mesurée à partir de 3 critères : la file active (nombre de patients de 16 ans et plus), la patientèle inscrite médecin traitant et le nombre de consultations concernant les inscrits et la file active.

Les inputs représentent le nombre de médecins généralistes et leur nombre de jours travaillés dans l'année exprimée en ETP

La productivité se fonde également sur la comparaison de l'activité moyenne entre les sites participant aux ENMR et les généralistes témoins.

---

<sup>7</sup> L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maison, pôles et centre de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses, Question d'économie de la santé, n°210-juin 2015, Irdes

En dernier lieu, les modélisations sur le niveau d'efficacité technique ou productive, qui mesure l'écart entre la production observée et celle potentielle, ont montré que les centres de santé sont moins efficaces d'un point de vue technique comparativement aux témoins.

En revanche, les maisons et pôles de santé, quelle que soit leur classe, sont plus efficaces que leurs témoins en matière de taille de file active.

Ces résultats confirment que le regroupement permet un gain de productivité en accroissant l'activité quotidienne, et ce, sans réduire la continuité relationnelle avec les patients, qui reste équivalente entre les sites ENMR et leurs témoins.

### **3. Les MSP un facteur d'économie ?**

#### **Annexe 4**

La HCAAM a travaillé sur les conditions de développement et les formes possibles de coopérations entre les professionnels de santé en ambulatoire, considérant que cet exercice est un élément déterminant pour l'évolution d'ensemble du système de santé.

L'un des objectifs des ARS est de « *réguler, d'orienter et d'organiser notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux* ». Mais aussi de « *garantir l'efficacité du système de santé*<sup>8</sup> ». Cette efficacité se combine notamment à la notion d'efficacité.

Dans un contexte où la sécurité sociale encadre ses dépenses, l'IRDES observe que « *Les économies générées par l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la dépense ambulatoire, principalement concentrées sur les dépenses de spécialistes, de soins infirmiers, de massokinésithérapie et de pharmacie, sont supérieures, quoique parfois modestement, aux ressources consacrées aux ENMR* ».

---

<sup>8</sup> Article 118 de la Loi HPST

L'étude a été menée entre 2009 et 2012 sur un échantillon de 94 sites ENMR ( 55 maisons de santé, 29 centres et 10 pôles) et leurs témoins pour respectivement 0,3 à 2,7 millions de patients.

Les principaux indicateurs utilisés étant : les soins de premiers recours (omnipraticien, soins infirmiers et massokinésithérapie...), les soins spécialisés, les médicaments et la biologie ( qui peuvent être influencés par le caractère collectif de l'exercice, favorisant une pratique de prescription plus économe et plus homogène entre les médecins). Les statistiques descriptives montrent une dépense en soins ambulatoires globalement plus faible pour les sites ENMR (-9%).

Cela s'explique notamment par une moindre dépense de soins spécialisés et de pharmacie. Et cette économie ne s'accompagne pas d'une augmentation de la dépense en soins de premiers recours.

L'étude précise également que la dépense ambulatoire est d'autant plus réduite que les maisons, pôles et centres de santé sont « intégrés ».

Cette intégration implique le regroupement de moyens (locaux, professionnels de santé, équipements) et de l'activité, qui s'accompagne ou non de la coordination entre les professionnels, du partage de l'information.

Ces résultats valident l'hypothèse selon laquelle l'intégration pluriprofessionnelle des soins et services de première ligne est génératrice de gains d'efficience en matière de dépense ambulatoire, comparativement à l'exercice standard.

Les caractéristiques de proximité physique, la colocalisation sur un même lieu, conjuguée à d'autres dimensions de l'intégration, comme la coordination et la coopération pluriprofessionnelle sont donc associées à une moindre dépense ambulatoire.

A qualité et durée de consultation donnée, avec des caractéristiques de la clientèle limitée, nous mettons donc en évidence une productivité supérieure ou équivalente et des dépenses des patients assurés moindres entre les structures regroupées pluriprofessionnelles et les cabinets isolés.

#### 4. Les MSP un facteur d'amélioration de la qualité des soins ?

##### Annexe 5

L'intérêt de soutenir le développement des maisons de santé repose notamment sur une hypothèse d'amélioration de la performance en matière de soins et de services offerts.

C'est pourquoi l'Irdes a évalué la qualité et l'efficacité des pratiques des généralistes de sites regroupés pluriprofessionnels ayant participé aux ENMR à des témoins sur quatre ans, entre 2009 et 2012.

Les analyses portent sur 4 grandes dimensions de la pratique utilisées dans la ROSP :

- Le suivi des patients diabétiques de type 2 : exemple : fréquence de réalisation de l'HbA1c, fond d'œil ou rétinographie pour les hommes de plus de 50ans et femmes de plus de 60ans.
- La vaccination contre la grippe pour les patients âgés de 16 à 64 ans en affection longue durée
- Le dépistage et la prévention : exemple : frottis pour les femmes de 25 à 65 ans pour le cancer du col de l'utérus.
- Ainsi que l'efficience de la prescription : ex : antibiotiques

Il ressort de cette étude que les généralistes des maisons, pôles et centres de santé ont une meilleure qualité de pratique que les témoins pour la quasi-totalité des indicateurs considérés. De même on constate un suivi des patients diabétiques de meilleure qualité, ainsi que les pratiques de vaccination, de dépistage et de prévention et une meilleure efficience de la prescription en moyenne.

Ces résultats sont toujours nuancés en fonction de la typologie des maisons, pôles et centres de santé, fonction de leur intégration.

Ces résultats confirment donc les hypothèses émises quant à l'amélioration des pratiques dans les sites pluriprofessionnels regroupés, comparativement à l'exercice isolé.

*Aussi, « Le futur projet stratégique de la HAS pour 2017 devra veiller à ce que le secteur ambulatoire fasse l'objet d'autant d'attention et d'évaluation que le secteur hospitalier. L'idée de la HAS est de développer la culture de l'évaluation avec les acteurs de soins primaires. »<sup>9</sup>.*

---

<sup>9</sup> Agnès Buzyn, ex présidente de la HAS et désormais ministre de la santé

Le problème étant la quasi-inexistence d'indicateur de sécurité et de qualité des soins en ville. Il faut donc développer ces indicateurs, avec les patients comme partenaire indispensable de l'évaluation de la qualité des soins, à l'image de E-satis indicateur de satisfaction patient à l'hôpital.

En outre, la méthode du patient traceur a été expérimentée auprès de 10 maisons et centres de santé volontaires de janvier 2015 à mai 2015. L'expérimentation visait à faire progresser les équipes dans l'amélioration de leurs pratiques et dans leur implication dans la coordination et doit se généraliser<sup>10</sup>.

### **C. L'intérêt pour les professionnels de santé**

#### **1. La MSP, une opportunité pour la transition professionnelle**

La transition professionnelle est caractérisée par une forte évolution des attentes des jeunes professionnels de santé qui rompent avec les modes d'exercices des générations précédentes.

D'une part, il y a un engouement de la jeune génération, formée à l'hôpital et donc habituée à travailler en équipe et à pouvoir consulter un collègue, pour ce travail en équipe.

D'autant plus que celui-ci apparaît plus convivial, c'est le plaisir du travail en équipe, l'échange rassurant sur sa pratique.

Aussi, l'émulation du groupe est un levier motivationnel pour mener des actions de santé publique et en mesurer l'impact ainsi qu'entreprendre des pratiques innovantes.

D'autre part, la complexité croissante des situations rencontrées, mêlant poly pathologies, recours à des technologies de plus en plus sophistiquées et difficultés sociales font que les professionnels de santé ont besoin de l'expertise des autres catégories de professionnels afin de répondre aux problématiques de prise en charge dans leur globalité. La MSP leur offre cette réponse. En effet l'équipe est un réel soutien pour gérer des situations difficiles.

---

<sup>10</sup> guide du patient traceur

L'aspiration des jeunes au travail en équipe, la parcellisation de l'exercice professionnel impliquant de nouvelles distributions au sein des professionnels de santé, la volonté des nouvelles générations de ne pas se retrouver prisonniers d'un exercice pour le reste de leur carrière, les nouvelles distributions entre temps professionnel et temps libre font de la MSP une opportunité.

C'est pourquoi l'exercice groupé dans le secteur du premier recours auparavant très minoritaire connaît donc une belle croissance dans un pays où « l'installation » solitaire ou en petits cabinets libéraux était la règle

## **2. La MSP, une nouvelle organisation du travail**

La mise en commun de moyen permet de créer un poste de secrétariat et ainsi de se décharger de la tâche administrative pour se recentrer sur son activité de soignant et développer son activité.

L'exercice regroupé permet également une facilitation de la prise de congés, en évitant la mission parfois impossible de la quête d'un remplaçant.

Aussi, pour les praticiens proches de la retraite l'assurance de la reprise de sa patientèle est un réel soulagement, de plus cela permet de rompre avec l'isolement de l'exercice traditionnel.

De plus, chaque praticien ayant une meilleure connaissance de l'activité des autres membres de la MSP, améliore son action au sein du parcours du patient et l'articulation de son activité avec les autres.

Aussi, la rédaction conjointe des protocoles de prise en charge pour une pathologie précise, permet à chacun de comprendre la logique globale de prise en charge de la pathologie et d'avoir une action plus efficiente et organisée par les protocoles pluri professionnels.

La HAS a produit un guide technique d'élaboration de nouveaux protocoles en 2011 pour aider les professionnels et mis à disposition un centre de ressource en soin primaire depuis 2014 . Aussi, Les URPS, la FFMPs et les fédérations comme la FEMASNORD sont présents pour aider et accompagner les équipes de soins primaires.

La FFMPs met à disposition aux adhérents 7 protocoles sur HTA essentielle, diabète de type 2, gestion des anti vitamines K, lombalgie commune, bronchiolite, vaccination, plaie chronique.

### **3. La MSP, de l'individuel au collectif**

Concernant les professionnels de santé de la MSP on parle désormais d'équipe de soin primaire .

Une équipe de soins est « *un ensemble de professionnels qui participe directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes* »

L'ensemble des professionnels lors des réunions pluriprofessionnelles et de la rédaction des protocoles doit adopter un point de vue global et collectif sur la prise en charge du patient.

Il y a une élévation du regard porté sur son action au sein du parcours patient et notamment plus de visibilité sur l'efficacité de son action.

On va pouvoir évaluer un impact global d'une action menée communément, mais également avoir plus de retours sur des actions menées personnellement.

### **4. La MSP à l'origine du développement, de la diversification de l'activité et de la rémunération de chacun**

L'exemple de l'expérimentation visant à améliorer la prise en charge et le suivi d'enfants de 3 à 8 ans chez lesquels le médecin traitant a décelé un risque d'obésité (notamment dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais).

Dans ce cadre le médecin traitant de l'enfant peut prescrire des bilans d'activité physique, des consultations diététiques ou psychologiques en fonction de la situation et des besoins de l'enfant et de sa famille.

Ceux-ci sont réalisés « *par des professionnels de santé ou des psychologues appartenant à des structures disposant de compétences particulières en ce domaine, tels que des centres de santé et des maisons de santé, sélectionnées par les CPAM et les ARS* »

Ces structures recevront une rémunération forfaitaire de l'assurance maladie pour chaque enfant pris en charge sur prescription du médecin traitant.

\_ L'exemple des parcours PAERPA cité plus haut,

Celui-ci fait naître **des professionnels de santé référents** des patients.

Il s'agit alors d'organiser des réunions à l'image des symposiums organisés à l'hôpital et un suivi mensuel du patient. On prend le temps de discuter, d'écrire, d'évaluer, et ce travail est rémunéré.

Il est notamment constaté que cette attention particulière aux personnes en perte d'autonomie a fait se développer l'activité des orthophonistes et diététiciennes.

Aussi pour chaque PPS réalisé, 100€/an est versé à la SISA qui effectue comme à chaque fois la répartition elle-même.

#### **a. La délégation de tâche**

Aux protocoles de coordination, peuvent s'ajouter des **protocoles de délégation de tâche**, dans l'hypothèse de raréfaction de l'offre médicale (pour des questions démographiques ou de choix d'activité des médecins notamment sur leur temps de travail) : il est possible de modifier les frontières entre l'intervention du médecin et des autres professionnels de santé pour permettre de dégager du temps médical et maintenir une prise en charge satisfaisante de la population.

#### **b. Acteurs de missions de santé publique**

Les maisons de santé peuvent être retenues par le directeur de l'ARS pour assurer des missions d'ordre public en cas de déficience sur un secteur géographique donné.

Ces missions sont encadrées par le cadre contractuel et se négocient donc via le CPOM.

C'est une véritable reconnaissance et une valeur ajoutée pour les professionnels de ville. Mais cela peut également être une inquiétude pour les libéraux dont la méfiance pour l'entité publique est connue.

### c. Chercheurs en soins primaires

Grâce à l'informatisation des MSP, des données qui devront être anonymisées sont produites. Celles-ci pourront être utilisées par les professionnels de la MSP pour faire de la recherche en soins primaires . Ils permettront notamment de mieux cerner sa population et d'établir des protocoles de soins plus adaptés et des campagnes de dépistage et de prévention en relation avec les problématiques d'une population.

La loi a déjà prévu de rendre possible la collaboration entre les MSP et les universités afin de rendre possibles les stages de formation et d'effectuer de la recherche en soins primaires. Selon l'article L. 6323-3 du code de Santé publique, elles prennent le nom de MSP universitaire : *« Une maison de santé pluriprofessionnelle universitaire est une maison de santé, ayant signé une convention tripartite avec l'agence régionale de santé dont elle dépend et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine, ayant pour objet le développement de la formation et la recherche en soins primaires. Les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation de ces maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur ».*

Aussi, depuis début 2014, des équipes de proximité (maison et centre de santé) peuvent candidater comme les établissements de santé en temps qu'investigateur ou promoteur de projet de recherche auprès de la DGOS.

## **5. La MSP lieu de transmission de savoirs**

L'idée est de transmettre l'idée du travail collectif et apprendre des nouvelles générations. Être maître de stage est fondamental pour les professionnels de santé de la MSP, en effet n'importe quel stagiaire pourra faire état de cette dynamique et cet enrichissement fruit de l'interaction entre les différents corps de métier.

La MSP est une ruche de partage de connaissances et d'expériences de terrain qui s'offre au stagiaire . Le stagiaire apporte lui ses nouvelles connaissances et sa vision neuve et ses solutions modernes afin de faire évoluer encore le travail en équipe.

Il faut miser sur l'échange intergénérationnel et interprofessionnel, avenir de nos métiers.

## **D. Freins**

### **1. La fragilité du modèle au long court**

Les premiers départs (en retraite ou autre) non remplacés mettent en cause les instables équilibres économiques des premières maisons, surtout lorsque ces départs concernent les médecins. L'ensemble de ces surcoûts pose ensuite la question de leur répartition. Les chiffres d'affaires variant de 1 à 5 entre professions, la répartition des charges ne peut se contenter d'être proportionnelle à la surface du local utilisé.

Les aides disponibles sont d'abord des aides ponctuelles, administrativement lourdes à obtenir. Les nombreux arrangements proposés par les collectivités locales de réduction temporaire des loyers ne constituent pas une sûreté au long court.

Un financement pérenne des coûts de fonctionnement adaptés aux besoins de santé et à la réalité de chaque fonctionnement est nécessaire. La création d'un fonds d'investissement immobilier est une nécessité pour les créations ou les extensions de MSP et aussi pour reprendre les investissements immobiliers initiaux des professionnels qui se regroupent.

### **2. Le surcoût lié aux charges communes**

Une étude FFFMPS de 2009 démontre qu'un médecin installé en maison de santé dépense en moyenne 4 400€ de plus par an qu'un médecin en cabinet.

A noter que cette dépense est compensée par une meilleure rentabilité du travail.

En effet, le praticien en partie déchargé des tâches administratives réalise davantage de soins et son chiffre d'affaires augmente en conséquence. Au final le bénéfice économique est équivalent pour une meilleure qualité de vie. Mais cela n'est pas forcément aisé à accepter pour les médecins libéraux.

### **3. Le changement**

Pour les professionnels leurs investissements passés dans un cabinet ou encore l'implication de leur conjoint dans leur activité peuvent être un frein à rejoindre une maison de santé.

Ce qui accompagne la lourdeur du déménagement, l'adaptation à une nouvelle organisation parfois même a de nouvelles méthodes de travail, un nouvel outil informatique.

Cela peut également être en rapport avec sa personnalité, sa conception du travail et ses rapports avec les autres professionnels de santé. On peut évoquer la peur de la concurrence, de conflits interpersonnels, mais aussi la peur d'être jugé sur sa pratique, sur ses connaissances.

En outre, une crainte très présente est celle de la perte d'autonomie et de liberté vis-à-vis du groupe et des tutelles. C'est à dire l'inquiétude d'être contraint d'adopter des méthodes de travail différentes. Par exemple une infirmière peut craindre la mise en place de hiérarchies entre le médecin et elle-même au sein du groupe et ainsi de perdre son caractère libéral face au groupe.

Mais il s'agit aussi, et cela s'est encore ressentie au travers de la polémique du tiers payant, de la perte d'autonomie des professions libérales face aux tutelles que sont l'Etat, l'Assurance maladie et l'ARS. En effet, pour beaucoup forfait rime avec salarié et certains voient donc en l'exercice regroupé le début de la fin du libéralisme.

La réussite tient dans la capacité des parties prenantes à répondre aux inquiétudes. Des contacts avec des professionnels exerçant déjà en maison de santé peuvent aider chacun à mieux comprendre ce qu'est réellement l'exercice regroupé et coordonné et ainsi de savoir si cela lui correspond.

#### **4. L'absence de projet médical réel**

« *Les maires qui construisent une maison et pensent pouvoir la remplir plus tard courent à la catastrophe* », souligne François Arnault.

Selon lui, les politiques volontaristes pour recruter des médecins sont « *rarement efficaces* » : elles permettent parfois de trouver un praticien étranger, mais ce dernier risque de partir au bout de quelques années. Les expériences les plus réussies ont été initiées par des professionnels de santé qui ont cherché à s'organiser tout seuls.

Aussi, l'expérience des premières maisons de santé a révélé la nécessité de développer des formations de management, de gestion des systèmes d'information, d'animation de l'exercice coordonné, de santé publique et territoriale.

Ce qui crée de nouveaux métiers comme coordinateur, infirmière clinicienne ou responsable de l'information médicale.

La discipline de la médecine de premier recours est en développement, les facultés de pharmacie s'intéressent à l'exercice coordonné. Alors que les instituts de formation en soins infirmiers sont encore très centrés sur l'hôpital.

## Partie III : La place du Pharmacien dans la MSP

Le pharmacien au sein de l'équipe de soin primaire est l'expert du médicament, il est le « gardien des poisons » et sa force repose sur une connaissance étroite de son patient, son maillage territorial et son système d'information efficace.

Le pharmacien est après l'infirmier, le deuxième interlocuteur du médecin et le premier contact des Français avec les services de soins, car ceux-ci peuvent facilement avoir accès au pharmacien.

Il est donc une des principales portes d'entrée dans le circuit médical<sup>11</sup>. Le rapport Rioli du 9 juillet 2009 « *Le pharmacien d'officine dans le parcours de soins* » souligne que « la qualité de professionnel de santé de proximité fait que la pharmacie d'officine est une porte d'entrée facilement accessible au système de soins et un acteur incontournable dans la coordination des soins. »

Du point de vue des infirmières, nous sommes un soutien précieux notamment dans le cadre du maintien à domicile, où nos rôles sont complémentaires.<sup>12</sup>

Mais les pharmaciens sont-ils attirés par ce type d'exercice en interprofessionnalité et sont-ils représentés dans ces équipes de soins primaires ?

En avril 2016, dans une enquête de l'Ordre auprès des pharmaciens pour évaluer la manière dont la démarche de coopération influence leur pratique, il en ressort :

- Un intérêt croissant des pharmaciens pour la démarche de coopération. 20% des pharmaciens sont engagés dans une démarche de coopération entre professionnels de santé<sup>13</sup>
- Parmi les pharmaciens engagés dans un protocole de coopération, 87% le sont avec un médecin, 86% le sont avec un infirmier et 61% avec un autre professionnel de santé.
- Près de 61% des pharmaciens déclarent participer à l'éducation thérapeutique ou à l'accompagnement du patient

---

<sup>11</sup> Déclarations de Jean-Paul Ortiz, président de la Confédération des syndicats médicaux de France (CSMF)

<sup>12</sup> Déclarations de Catherine Kirnidis, présidente du syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (SNIL)

<sup>13</sup> Enquête d'avril 2006 réalisé par l'Ordre national des pharmaciens auprès de 870 pharmaciens (dont 56% de titulaires de la section A et 32% d'adjoints de la section D et 13% de pharmaciens d'outre-mer)

En 2015, on recense 778 maisons de santé, dont 55% en milieu rural . On compte en moyenne 2,4 pharmaciens par maison (contre 1,6 chirurgien-dentiste, 5 médecins et 9,1 paramédicaux)<sup>14</sup>  
En tout, c'est 10% des professionnels de santé de soins primaires qui travaillent en équipe<sup>15</sup>

C'est en fait, 1 pharmacien sur 5 qui est engagé dans une démarche de coopération, et plus de 8 sur 10 souhaiteraient participer à une telle démarche, s'ils disposaient des moyens et des informations nécessaires.

*« Hier, les porteurs de projets de maisons de santé étaient surtout des médecins. Aujourd'hui, c'est davantage des pharmaciens et des infirmiers »<sup>16</sup>.*

« Aujourd'hui, ce sont 2 000 titulaires qui exercent en coordination avec les autres professionnels de santé<sup>17</sup>.

Le pharmacien a deux choix, soit il fait partie de l'équipe de soin de premier recours, soit il peut être reconnu comme un intervenant extérieur pouvant travailler avec l'équipe de soins pluriprofessionnelle.

De plus en plus, au regard des nouveautés législatives, l'équipe officinale prend donc en charge le patient en coordination avec les autres professionnels de santé :

- En participant à la prévention, au dépistage, aux missions d'information dans le cadre de la protection sociale,
- En tant que professionnels de santé de premiers recours,
- En s'investissant dans le suivi des traitements des patients chroniques,
- En s'investissant dans l'éducation thérapeutique des patients, les programmes d'aide à l'observance et d'évaluation des traitements (éducation sanitaire)
- Dans le cadre du MAD et de l'HAD
- En concourant à la pharmacovigilance (veille sanitaire)

---

<sup>14</sup> Données centralisées par la Direction générale de l'offre de soins

<sup>15</sup> interview Pierre de Hass, Press TV News, janvier 2016, <http://iis.gd/jMYGK5>

<sup>16</sup> Selon Pierre De Haas

<sup>17</sup> Selon Brigitte Bouzige , titulaire et vice-présidente de la FFMPs

La collaboration entre professionnels est un réel atout comme le montre l'étude sur la performance du regroupement pluriprofessionnel au sein des MSP qui a été menée de 2009 à 2012 par IRDES<sup>18</sup>.

Des indicateurs, mesurables par les données de l'assurance maladie, comme le suivi des patients diabétiques, la vaccination chez les plus de 65 ans, la prévention du risque iatrogénique médicamenteux, la prescription de générique, etc., ont été analysés durant ces 3 années. La majorité de ces indicateurs sont meilleurs dans le groupe des médecins MSP que le groupe des médecins isolés. L'implication d'un pharmacien MSP devrait encore améliorer les indicateurs, d'autant plus ceux sur les médicaments.

Les premiers résultats de l'étude sur la place du pharmacien dans les MSP menée avec la faculté de pharmacie de Dijon et la FFMPs montrent que les pharmaciens appartenant à une MSP sont plus investis dans les missions notamment de prévention, d'éducation thérapeutique et de dépistage que dans l'exercice seul<sup>19</sup>.

Il est également constaté, un exercice plus tourné vers le service pour les 1500 pharmaciens actifs en MSP, les rapports sont directs avec les professionnels de santé via les réunions de concertation ou encore la conciliation médicamenteuse. Aussi dans ce nouveau mode de fonctionnement, les déplacements à domicile du pharmacien sont augmentés.

## **A. Le pharmacien de MSP préfigure-t-il le pharmacien de demain ?**

### **1. Une Analyse pharmaceutique approfondie**

Le cœur du métier de pharmacien est la dispensation découpée en : l'analyse de l'ordonnance, le conseil, la délivrance et la contribution à la vigilance et au traitement des alertes sanitaires. L'analyse pharmaceutique est l'analyse de la sécurité de la prescription, de la cohérence avec les différentes prescriptions des patients, de la conformité réglementaire de l'ordonnance et de l'optimisation du plan de prise.

---

<sup>18</sup> L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR)

<sup>19</sup> Brigitte Bouzige, « Reconnaissance accrue du rôle du pharmacien »,

Aussi, lorsque l'intérêt de la santé du patient lui paraît l'exiger, le pharmacien refuse de dispenser un médicament<sup>20</sup>.

La société française de pharmacie clinique a défini 3 niveaux d'analyse pharmaceutique selon le degré d'implication du pharmacien auprès du patient:

Le niveau 1 : La revue de prescription qui nécessite l'accès aux prescriptions et les renseignements de base du patient. Cette analyse consiste au choix et à la disponibilité des produits (substitution, équivalence) et à la validation des posologies, contre-indications et interactions. C'est une analyse réglementaire de la prescription, complétée d'une analyse pharmacologique minimale. Les plus-values escomptées sont la sécurité du patient. C'est le niveau minimal requis.

Le niveau 2 : L'analyse documentée. Cette revue des thérapeutiques nécessite l'accès aux données biologiques et un partenariat actif avec le médecin, l'infirmier et le biologiste pour optimiser des thérapeutiques. Elle permet de faire une analyse pharmacologique mieux adaptée à la physiopathologie du patient. Les plus-values escomptées sont l'optimisation thérapeutique par un partenariat actif avec les prescripteurs, les pharmaciens, les biologistes et les autres intervenants.

Le niveau 3 est le suivi pharmaceutique qui nécessite l'historique médicamenteux et l'objectif thérapeutique (avec des recommandations et le suivi de l'efficacité et de la tolérance aux traitements). Elle s'exerce dans un contexte pluridisciplinaire et permet de faire une véritable observation pharmaceutique en réalisant la synthèse des données objectives et subjectives concernant les pathologies et les médicaments du patient. Les plus-values escomptées sont une optimisation plus pertinente des thérapeutiques et un partenariat actif avec les équipes soignantes et le patient.

C'est ce niveau 3, au plus près du malade qui est « la pharmacie clinique » au sens de la SFPC. Il est intéressant pour ce travail dans un premier temps de cibler les patients à risque (Insuffisants Rénaux, troubles de la déglutition) ...

---

<sup>20</sup> article R. 4235-61 du code de la santé publique

- Un accès au niveau 2 de l'analyse pharmaceutique

A l'hôpital les pharmaciens exercent avec des logiciels informatiques pluriprofessionnels leur permettant d'accéder au dossier médical du patient et aux prescriptions médicamenteuses. Cela permet de connaître les antécédents, les comptes rendus d'hospitalisation essentiels pour valider la cohérence des traitements prescrits avec les pathologies du patient. Le bilan biologique (ionogramme, numération formule sanguine, bilan de coagulation...) est également accessible afin d'avoir une analyse pharmaceutique complète.

Certains médicaments peuvent être contre indiqués en cas de perturbation de l'ionogramme (par exemple la kaliémie), et d'autres doivent s'adapter en fonction de l'état hépatique ou rénal du patient. Une délivrance sécurisée de ces médicaments sans accès à ces données est un non-sens et expose le patient à un risque supplémentaire.

Il ne faut pas oublier que le médicament est une chance, mais reste une drogue avec des risques qu'il faut contrôler pour garantir une balance bénéfice-risque positive.

Or, le pharmacien de ville n'a pas accès à cette information. Mis à part espérer que le patient apporte ses résultats biologiques, ou encore contacter les médecins et les laboratoires d'analyse médicale ce qui pour des raisons de confidentialité et de disponibilité des différents professionnels de santé n'est pas réalisé en pratique.

De même, le pharmacien pourrait vérifier la pertinence pharmacologique des médicaments prescrits au regard de la situation du patient et vérifier si ceux-ci s'inscrivent dans l'indication pour laquelle l'AMM a été octroyée.

Ainsi à ce jour, seuls les pharmaciens travaillant en maison de santé avec un système d'information partagé comme Chorus, ont accès aux données du patient. Le pharmacien de la MSP peut ainsi avec un logiciel possédant un volet pharmaceutique, disposer des informations nécessaires à une dispensation sécurisée, mais ce n'est pas une fonction métier, il ne permet pour l'instant qu'une consultation des informations.

Un des principes des MSP repose sur le partage des informations médicales grâce au système d'information.

Afin d'aider les professionnels dans le choix d'un logiciel adapté à leurs besoins, mais également d'apporter aux éditeurs de logiciels la lisibilité indispensable à la mise au point de solutions standards, a été créée par l'ASIP un label « e-santé Logiciel Maisons et centres de santé ». A noter que tous ces logiciels n'ont pas forcément d'interface pharmacien.

C'est pourquoi Antoine Prioux, membre du collectif « gardiens des poisons » et pharmacien exerçant en MSP travaille sur la start-up « papillon » dont le but est l'interopérabilité des logiciels métiers. Car pour le moment, l'utilisation des interfaces pharmaciens pour le dossier médical numérique est peu commode au quotidien vu que c'est un logiciel en plus qu'il faut ouvrir à part.

- Un accès au niveau 3 de l'analyse pharmaceutique : le bilan de médication

Le bilan de médication est réalisé pour les patients chroniques ayant des traitements pour douze semaines.

Il est l'occasion de faire le point sur la stratégie thérapeutique, d'éventuels effets indésirables, interactions entre les traitements et de réévaluer l'efficacité et l'intérêt de chacun des médicaments.

Le bilan de médication a pour but de faciliter une bonne utilisation des médicaments par des personnes qui souffrent de polyopathologies et/ou dont l'état de santé nécessite un accompagnement rigoureux.

Ces bilans de médication sont un réel partenariat médecin-pharmacien et plus largement un travail interprofessionnel.

Ce bilan est également l'occasion de prouver la qualité de notre travail, et notre efficacité auprès de notre payeur.

Par exemple « les traitements de mes patients sont optimisés et réduisent au minimum le risque d'accident iatrogène à l'origine d'hospitalisation » .

L'idée étant d'obtenir à terme une rémunération mixte pour le maintien en bonne santé d'une population et de se détacher du paiement à la boîte.

A noter que depuis début mars jusqu'à ce mois de juin, une expérimentation sur le bilan de médication rémunéré pour personnes âgées est en cours en Mayenne. Il se compose de deux entretiens pour une somme de 50 à 60 euros. Cette expérimentation est notamment réalisée avec le soutien de la SFPC.

De plus la SFPC a mis en place début janvier 2017 un module de formation en ligne pour encourager les pharmaciens d'officine à pratiquer ces bilans de médications chez les patients âgés.

Ces différents niveaux d'analyse pharmaceutique débouchent potentiellement sur une intervention pharmaceutique ou opinion pharmaceutique

## **2. L'opinion pharmaceutique ou intervention pharmaceutique**

### **Annexe 6**

L'analyse pharmaceutique des prescriptions va conduire le pharmacien à émettre un certain nombre d'avis ou de conseils concernant le traitement médicamenteux des patients.

Le pharmacien peut transmettre au prescripteur, au personnel infirmier et le cas échéant au patient, un avis pharmaceutique concernant :

- Une proposition de suppression de médicaments redondants, de modification de posologie, d'équivalent thérapeutique validé par des protocoles ou suivi de recommandations locales, nationale et internationales.
- Une information à prendre en compte pour l'administration et le suivi.
- Une proposition de traitements correcteurs des effets indésirables prévisibles
- Toute autre proposition visant à améliorer la prise en charge thérapeutique

Exemple d'opinion pharmaceutique : adaptation des posologies chez l'insuffisant rénal, antibiothérapie après antibiogramme, proposition de correcteurs d'effets indésirables dans certains cas (laxatifs et morphiniques...), adaptation galénique à l'état du patient ...

En ville l'opinion pharmaceutique est très peu utilisée, une étude des ARS a montré que seuls 11,3 % des officines rédigeaient des fiches d'opinion pharmaceutique et que l'origine de cet insuccès pouvait être mise au compte de l'absence de rémunération associée et du peu d'intérêt des médecins et pharmaciens pour cette formule.

Pourtant, une étude réalisée par un interne de pharmacie au centre hospitalier intercommunal de Créteil du 1<sup>er</sup> novembre 2012 au 31 janvier 2013 démontre la contribution de l'intervention pharmaceutique au bon usage des antibiotiques<sup>21</sup>.

En effet sur 759 patients ayant reçu au moins un antibiotique contrôlé 48 ont bénéficié d'interventions pharmaceutiques. 8% concernant des sous-dosages, 19 % une absence de réévaluation, 21% une non-adaptation à la clairance à la créatinine et 27% un traitement inadapté. Sur ces 48 erreurs de prescriptions identifiées, 42% ont des effets délétères potentiels pour le patient, dont 17 % d'inefficacité et 25% de toxicité.

En 2009, une étude suédoise mono centrique menée par Gillespie et al. a tenté d'évaluer l'impact des interventions pharmaceutiques sur la réduction de la morbidité de patients hospitalisés âgés de plus de 80 ans<sup>22</sup>. Cette étude clinique prospective sur un an, comparant deux groupes à répartition aléatoire, s'est intéressée aux hospitalisations et aux admissions aux urgences. Dans le groupe de patients où le pharmacien exerçait une activité de pharmacie clinique, des réductions du nombre de réhospitalisations égales à 16% dans les unités traditionnelles et à 47% dans les services de médecine d'urgence ont été observées. Les réhospitalisations résultant d'événements médicamenteux ont quant à elles diminuées de 80%.

Intégrés dans une démarche qualité globale et dans les logiciels communs, des résultats similaires peuvent être attendus avec une présence pharmaceutique au sein des MSP. Dès à présent, il serait intéressant que cette Intervention pharmaceutique soit codifiée dans le LGO afin d'en sortir des indicateurs médicoéconomiques .

Que ce soit le bilan de médication ou l'opinion pharmaceutique, ces analyses sont nécessaires, mais pas suffisantes . Elles doivent être associées à un entretien permettant d'identifier la réalité de l'utilisation des traitements et de la qualité de leurs conditions de prise afin d'établir un diagnostic éducatif sur la base de ce que sait, fait et pense le patient de sa prise en charge thérapeutique.

---

<sup>21</sup> Contribution de l'intervention pharmaceutique au bon usage des antibiotiques, A. Bonnin, A. Dassy, E. Roc, S. Poullain, A. Thébaud, [synprefh.org/files/archives/hopi2013](http://synprefh.org/files/archives/hopi2013)

<sup>22</sup> Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, Rowe BH, Interventions for preventing falls in older people living in the community (Review), 2009

### **3. La prévention, l'éducation thérapeutique du patient**

En temps que pharmacien nous jouons déjà un rôle dans la prévention auprès du patient notamment concernant les risques hémorragiques liés aux AVK, l'inobservance chez le patient asthmatique, le risque de chute chez la personne âgée à l'origine d'une potentielle hospitalisation laissant craindre la cascade gériatrique. Nous sommes aussi un relais des campagnes antitabac et de réels accompagnateurs de l'arrêt du tabac.

Mais ces actions auraient tendance à s'essouffler dans les officines « classiques », alors que dans les MSP on intensifie, se coordonne, s'organise et se protocolise.

L'éducation thérapeutique peut être réalisée à l'instauration du traitement ou à tout autre moment. Le but de l'entretien est d'aider le patient à connaître sa maladie, les facteurs pouvant l'influencer et son traitement.

D'après les recommandations de la HAS, une planification de l'ETP en 4 étapes propose un cadre logique et cohérent pour l'action des professionnels de santé :

#### **Etape 1 : Élaborer un diagnostic éducatif :**

\_ Connaître le patient, identifier ses besoins, ses attentes et sa réceptivité à la proposition de l'ETP.

\_ Appréhender les différents aspects de la vie et de la personnalité du patient, évaluer ses potentialités, prendre en compte ses demandes et son projet.

\_ Appréhender la manière de réagir du patient à sa situation et ses ressources personnelles, sociales, environnementales.

#### **Etape 2 : Définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage**

\_ Formuler avec le patient les compétences à acquérir au regard de son projet et de la stratégie thérapeutique.

\_ Négocier avec lui les compétences, afin de planifier un programme individuel.

\_ Les communiquer sans équivoque au patient et aux professionnels de santé impliqués dans la mise en œuvre et le suivi du patient.

#### **Etape 3 : Mettre en œuvre les séances d'ETP individuelle ou collective ou en alternance**

Sélectionner les contenus à proposer lors des séances d'ETP, les méthodes et techniques participatives d'apprentissage.

#### **Etape 4 : Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme**

- Faire le point avec le patient sur ce qu'il sait, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire et appliquer, ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir, la manière dont il s'adapte à ce qui lui arrive.
- Proposer au patient une nouvelle offre d'ETP, si besoin, qui tient compte des données de cette évaluation et des données du suivi de la maladie chronique.

Le but est que le patient s'approprie sa maladie et adhère à son traitement afin d'en garantir une bonne observation.

Il est conseillé de remettre au patient un support, schéma, explication... à la fin de l'entretien, récapitulant les points d'attention de ce rendez-vous.

Le pharmacien doit expliquer de manière adaptée la pathologie, le mode d'action de son traitement, les bénéfices attendus, les effets indésirables potentiels et ce qu'il faut faire en cas d'apparition. Il doit également être expliqué l'intérêt des surveillances par exemple biologique si nécessaire et rappeler les conseils accompagnant l'évolution de sa maladie et les conseils vis-à-vis du traitement.

Les points d'attention de l'ETP sont :

- Promouvoir le bon usage du médicament

Un plan de posologie adapté aux habitudes de vie du patient doit être remis au patient. Le pharmacien ici, veille à la compréhension de celui-ci en explique l'intérêt et la conduite à tenir face à une situation particulière type oubli de prise.

Le pharmacien doit insister ici sur l'observance afin de maintenir un effet thérapeutique même si le patient ne ressent pas de symptômes comme dans certaines pathologies.

Aussi, les risques de l'automédication vis-à-vis de sa pathologie ou de son traitement doivent être expliqués au patient

- Expliquer et renforcer les techniques particulières d'administration de certains traitements .

L'administration correcte d'un médicament nécessite parfois l'apprentissage de technique par exemple pour la Ventoline avec la coordination main-bouche.

Le pharmacien doit effectuer une démonstration en développant chaque étape puis c'est au tour du patient de reproduire l'opération.

- Aider le patient à s'auto-surveiller : que ce soit par exemple pour la tension ou la glycémie il est nécessaire de rappeler au patient toutes les étapes nécessaires à une bonne auto surveillance ainsi que son intérêt, et la fréquence des mesures.
- Soutenir et accompagner les patients : le pharmacien doit rester à l'écoute des difficultés du patient face à son traitement, sa maladie ou sa situation. Il doit être vigilant face à une perte de motivation envers son traitement.  
Le pharmacien est là également pour rassurer et valoriser les efforts du patient ainsi que pour orienter le patient vers les professionnels de santé ou association de patients qui pourront l'aider.

Les patients concernés par ces entretiens sont recrutés par le médecin généraliste ou tout autre membre de l'équipe pluriprofessionnel , un contre rendu de l'entretien est inséré dans le dossier patient .

Un deuxième rendez-vous à distance sera réalisé pour évaluer l'évolution du patient.

De plus des partenariats avec des réseaux de spécialité ou des associations de patients peuvent être mis en place .

L'idée est également de pouvoir encore une fois prouver notre plus-value aux tutelles « chez moi mes patients ont compris l'intérêt des dosages d'INR, et de l'observance de leur traitement, ils sont donc moins hospitalisés ».

Et ainsi de continuer la mutation de notre modèle économique et d'obtenir une rémunération mixte pour le maintien en bonne santé d'une population.

## **B. Le pharmacien collaborateur de l'équipe de soins primaires**

### **1. Les réunions pluriprofessionnelles**

La mise en place de réunion pluriprofessionnelle avec des protocoles de soins est un grand principe des MSP. A un rythme fixé par chacun, les différents acteurs de la maison de santé se réunissent afin d'échanger, de débattre de certaines prises en charge difficiles et de certains patients dans le but de sortir de l'impasse thérapeutique et d'optimiser leur prise en charge. L'équipe va alors établir des recommandations pour uniformiser les pratiques et adapter un protocole de soin pluriprofessionnel à un patient donné à l'image des RCP de l'hôpital.

Une interne en pharmacie hospitalière a réalisé une thèse sur l'impact d'un RCP concernant la prescription des médicaments potentiellement inapproprié chez la personne âgée dans un EHPAD. La mise en place d'une RCP a permis de diminuer significativement le nombre de prescriptions inappropriées de 58.54 %. Puis, après un recul de 3 mois, cette diminution se stabilise à 69.04%.

Une autre thèse écrite par un étudiant en médecine mesure l'impact des RCP en cancérologie. Il conclut qu'un dossier sur 5 présenté à une RCP fait l'objet d'un débat quant à la thérapeutique puisqu'il existe une divergence dans la proposition thérapeutique entre le médecin référent du dossier et l'équipe pluridisciplinaire. Il est donc logique qu'au sein des MSP, le pharmacien soit acteur de ces réunions.

## 2. Les protocoles

Au cours des réunions pluriprofessionnelles, peuvent être réalisés des protocoles personnalisés, mais pour la plupart ce sont des protocoles de soins standardisés ou protocoles pluriprofessionnels de soin de premier recours (PPSPR)

Les protocoles de soins standards sont mis en place à partir de recommandations des sociétés savantes sur des pathologies courantes.

Le but étant de :

- Faciliter le travail en équipe à un niveau local ou territorial.
- Améliorer l'articulation entre les soins de premier et de deuxième recours.
- Faciliter l'appropriation des bonnes pratiques.
- Participer à l'introduction des bonnes pratiques professionnelles dans le dossier patient informatisé et partagé.

Lors de l'écriture de ces protocoles le pharmacien a notamment pour rôle d'indiquer les recommandations : ne pas écraser, ne pas mélanger, posologie maximale recommandée, posologie à adapter selon la clairance rénale, prendre de préférence le soir ou pendant les repas...

Exemples de protocoles MSP : Protocole AVK, Protocole Asthme, BPCO (où le pharmacien a pour rôle d'éduquer le patient à une bonne utilisation des dispositifs d'inhalation, et doit veiller à la surconsommation de Ventolin® , Protocole sur les lombalgies chroniques)

Avec la proposition de la loi Fourcade, les pharmaciens ont exprimé leur volonté d'être présents dans les maisons de santé. L'enjeu pour le pharmacien est primordial. Il s'agit pour lui de pouvoir participer au suivi des patients par le biais des protocoles de coopération.

L'article L 4011-1 et L 4011-2 du CSP précise que 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 des patients. C'est aux professionnels de santé de soumettre à l'ARS les protocoles de coopération.

Par exemple : dans le cas d'une personne diabétique le pharmacien peut en avoir fait le dépistage ainsi que l'éducation thérapeutique tandis que le médecin en assure le traitement et l'infirmière le suivi et l'interprétation des bilans sanguins.

**Certaines pathologies sont décrites comme thèmes prioritaires de MSP par la FFMPs, elles concernent :**

- Les patients porteurs d'affections sévères compliquées ou décompensées: insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable, mal perforant plantaire du diabétique, accident iatrogénique;
- Les patients pour lesquels une intervention pluriprofessionnelle est susceptible de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle: lombalgies chroniques, syndrome dépressif
- Les patients bénéficiant de soins itératifs pour lesquels la stratégie de prise en charge peut être à réévaluer: lombalgiques, diabétiques non autonomes pour leur insulinothérapie;
- Les patients polymédiqués pour lesquels le risque iatrogénique doit être reconsidéré
- Les patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté: sujets âgés, patients polypathologiques, soins palliatifs, suivi post AVC.

## **C. Le pharmacien tourné vers le service**

### **1. La dispensation au domicile**

La dispensation à domicile est encadrée par le code de la santé publique<sup>23</sup> et se différencie du simple portage par un conseil et un suivi d'observance au domicile.

Elle est généralement mise en place lorsque le patient ne peut plus se déplacer et c'est une pratique plus exercée par nos confrères membres de MSP.

Elle permet de détecter des facteurs de risques de mésusage des traitements pouvant entraîner une iatrogénie médicamenteuse.

L'IGAS recommande d'ailleurs l'ouverture au médecin de la prescription de la dispensation à domicile lorsqu'ils l'estiment nécessaire.

### **2. Le maintien à domicile**

Dans les projets PAERPA le pharmacien a largement sa place, fort de son expérience dans les solutions à offrir pour le maintien à domicile de la personne âgée.

Le syndicat FSPF de Hautes-Pyrénées et les représentants de l'URPS pharmaciens ont travaillé depuis 1 an avec les médecins sur un dispositif appelé « pharmacien lanceurs d'alerte » au sein du dispositif PAERPA qui s'attarde sur la bonne observance du médicament et sur le suivi des patients permettant la détection du risque iatrogénique et d'éviter les hospitalisations.

Les points d'attention du pharmacien dans les projets PAERPA : l'accident iatrogène, l'automédication à risque, la prise de traitement à risque d'iatrogénie grave (diurétiques, psychotropes, anti thrombotiques, hypoglycémiant), le problème d'observance, l'adaptation par la personne des traitements (AVK, diurétique et hypoglycémiant), le suivi des problèmes de mobilité, du risque de chute, troubles nutritionnels avec alimentation adaptée, incontinence

---

<sup>23</sup> Articles L5125-25, R5125-50 et suivants du code de la santé publique

## D. Des compétences acquises pour être pharmacien correspondant

L'article 38 de la Loi HSPT ouvrant la possibilité au pharmacien d'être désigné « pharmacien correspondant » s'inscrit dans le cadre du suivi pharmaceutique. Le pharmacien correspondant pourra suivre un patient asthmatique, diabétique, cancéreux, hypertendu, hypercholestérolémique, hypertriglycéridémique, atteint de VIH, de bronchopneumopathie chronique obstructive, les polyopathologies des personnes âgées, etc.

C'est une coopération visant à faire face aux problématiques de disponibilité et de pérennité des professionnels de santé suite aux évolutions de la démographie médicale.

Il pourra également s'impliquer dans le suivi des patients chroniques par le renouvellement de l'ordonnance entre deux consultations médicales avec adaptation des posologies en accord avec le médecin traitant le cas échéant. Il interviendra notamment dans le contrôle du mésusage du médicament et dans la lutte contre l'iatrogénie en développant les actes nécessaires autour de l'utilisation du Dossier pharmaceutique.

Ce statut s'inscrit dans le cadre d'un protocole de coopération rédigé par le médecin généraliste et le pharmacien puis soumis à l'ARS et la HAS . Ceux-ci vérifient la correspondance à un besoin de santé et la pertinence en termes de qualité de soin. Les informations concernant ce suivi doivent par la suite être transmises à ces instances pendant 1 an.

Le patient désigne son pharmacien comme pharmacien correspondant et le médecin lui rédige alors une ordonnance avec ses posologies minimales et maximales ainsi que la durée totale du traitement comprenant les renouvellements et les prestations pouvant être associées. Le pharmacien pourra alors renouveler ou adapter le traitement durant cette période après réalisation d'un bilan de médication dont le compte rendu est envoyé au médecin.

La rémunération se fait par un honoraire spécifique basé sur une estimation du temps nécessaire à la réalisation de celui-ci. Une formation spécifique doit être justifiée par le pharmacien pour réaliser ces bilans, qui devront de surcroît être réalisés dans un espace de confidentialité.

## E. De nouvelles missions pour le pharmacien en MSP ?

### 1. Un rôle d'informateur au service de la prévention et de l'optimisation du parcours de soins

Le pharmacien est le geek de l'équipe de soin primaire, il est le seul à avoir fait une révolution numérique depuis des années. Il est donc la meilleure personne pour gérer les données.

#### ➤ Le pharmacien informateur

L'idée étant que le pharmacien est un informateur précieux de l'équipe de soin :

- Dans un premier temps, il voit le patient régulièrement et peut alimenter son dossier sur sa maladie, les maux qui l'accompagnent. On est ici dans le domaine du curatif et de l'accompagnement du patient.
- Dans un deuxième temps, il voit une population non malade et de tout âge pour des maux qui peuvent de manière isolée être anodins, mais peuvent être des facteurs de risques et permettraient au médecin un diagnostic facilité et une historicité d'une pathologie. On est ici dans le domaine du préventif.

L'idée est également de recueillir et coder de manière rigoureuse les pathologies selon la classification CISP2 classification internationale soin primaire de deuxième génération. Celle-ci est la version française de l'ICPC créée par la WONCA et appartenant à la famille des classifications de l'OMS et est associée à la Classification internationale des maladies (CIM). Elle permet de coder trois éléments de consultation en médecine générale. Ces trois éléments sont : les motifs de rencontre, les problèmes de santé diagnostiqués par le professionnel de santé et les soins programmés ou réalisés.

Cette codification et donc ces données sur les patients font face à deux enjeux :

- Tout d'abord c'est un réel atout pour le pharmacien qui pourra mieux cibler et cerner sa patientèle. Il est un fait que plus on a d'informations plus on est capable de prendre une bonne décision, on débouche sur une médecine prédictive, préventive et personnalisée. Demain on aura ainsi des outils de pilotage du risque en santé communautaire. On sera alors capable de définir une stratégie pour affecter les ressources à une personne donnée dans un programme communautaire donné. C'est un enjeu de santé publique qui permettra de faire de la recherche en soin primaire et de faire avancer la médecine de ville vers la prévention. Cela va notamment nécessiter

la formation des professionnels de santé à une bienveillance concernant la donnée, il s'agit ici d'aider le patient tout en respectant ses choix.

- Le deuxième enjeu est celui de la gestion et de la protection de la donnée du patient.

On parle de l'effet d'Hirshleifer : plus on a d'informations sur une personne, plus on est capable d'individualiser son risque.

La théorie veut que cette individualisation du risque détruise le système assurantiel, car au-delà d'un certain niveau l'information on élimine le risque et donc l'assurance.

C'est à dire que dans l'hypothèse où le risque est créé par la méconnaissance de nos gènes et que celui-ci est relativement uniformément distribué dans la population et donc aisément assurable par une assurance à prime identique pour tous.

Dans le cas extrême où l'évolution de notre santé et la date de notre mort seraient prédéterminées par nos gènes et que ces informations seraient facilement accessibles, le risque disparaîtrait. Il disparaît par révélation de l'information supposée totale.

Cette hypothèse est certes à relativiser de par l'importance des facteurs environnementaux sur notre santé. Pour autant un certain niveau d'information peut conduire à des situations de discrimination des primes à l'assurance ce qui pose un problème éthique et opposé à notre système de solidarité.

Il s'agit donc de la grande question de la data et du risque de mésusage. L'utilisation des données des patients par les assurances, les Etats et le risque de l'inégalité d'accès au soin.

Il serait nécessaire à l'image du bitcoin, monnaie virtuelle créée par des hackers et non hackable de trouver un système de verrou afin d'exploiter sans individualiser la donnée.

La problématique est d'affiner nos stratégies et le côté prédictif de la santé en valorisant les données sans que la donnée soit individualisée, pour faire évoluer le système en préservant le bien commun. Il faut insuffler de la santé communautaire et de la démocratie en santé.

Notre système de santé doit rester solidaire sans individualisation du risque, mais nécessite un affinage au niveau des populations afin que localement les professionnels de santé puissent accompagner leur population.

➤ Le pharmacien maillon de l'optimisation du circuit patient

Egalement, une fois le logiciel métier MSP interopérable avec le logiciel pharmacien, l'idée serait de permettre au pharmacien correspondant désigné par le patient de recevoir l'ordonnance de celui-ci soit directement sur son logiciel ou du moins de recevoir une alerte « une ordonnance vient d'être rédigée pour Mr x » à récupérer dans une boîte mail sécurisée.

Ainsi dès réception, le pharmacien peut redonner au préparateur son ultime fonction qui est la préparation des « drogues » avec l'élaboration de piluliers personnalisés pour les patients chroniques.

Une fois le patient à la pharmacie son traitement est près à être dispensé en zone de confidentialité où il peut échanger avec le pharmacien sur son état d'esprit vis-à-vis de son traitement, sa compréhension de celui-ci, son observance, ses effets indésirables potentiels...

Puis le pharmacien pourrait prendre avec le patient directement sur le logiciel MSP rendez-vous chez le médecin pour le mois suivant ce qui permet de régler le problème des avances et une part du gaspillage.

L'idée est que chaque membre ait accès au planning des autres et peut prendre rendez-vous chez n'importe quel professionnel pour le patient. Ainsi d'un point de vue de pharmacien, on est assurée que le patient a qui on préconise de consulter a un rendez-vous de pris chez son médecin.

L'idée est également de communiquer avec les moyens actuels via un chat sécurisé ex « tu as oublié du macrogol pour Mr Y », « OK , je t'envoie l'ordo ». Ce qui est moins dérangerant qu'un coup de fil pour le médecin et aussi rapide pour le pharmacien.

## **2. Le pharmacien responsable de la qualité**

Selon l'OMS la qualité des soins est « *Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur*

*coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».*

Les démarches qualité, qui concernent l'ensemble des professionnels d'une structure de soins, constituent un enjeu de santé publique, vu que l'amélioration de la qualité des soins se fait au bénéfice du patient.

Au sein d'une MSP, la démarche qualité passe par l'élaboration des protocoles, mais elle pourrait également s'appuyer sur un système de vigilance (pharmacovigilance et matériovigilance), la création d'un CREX (Comité de retour d'expérience) et la mise en place d'EPP, de la démarche « patient-traceur », sous l'initiative voire sous la responsabilité du pharmacien de la MSP comme à l'hôpital.

L'EPP ou évaluation de la pratique d'un professionnel de santé consiste à analyser son activité par rapport aux recommandations professionnelles afin de mettre en œuvre un plan d'amélioration de son activité professionnelle.

Si la MSP met en place des EPP il est intéressant de le faire avec l'aide d'une structure régionale d'appui, d'évaluation et d'expertise scientifique, comme l'OMEDIT : Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques

Les missions de l'OMEDIT sont :

- de contribuer à la promotion et à l'animation d'une politique régionale coordonnée de sécurisation, de bon usage et de bonnes pratiques des médicaments et des DM
- d'accompagner les acteurs de santé dans leur démarche d'amélioration des pratiques relatives à l'usage des produits pharmaceutiques et la maîtrise des coûts,
- de développer une vision stratégique permettant d'intégrer le progrès thérapeutique.

L'OMEDIT a pour ambition d'être un lieu d'échange régional, pluridisciplinaire et transversal (ville, hôpital et médico-social) autour du médicament et des dispositifs médicaux.

L'OMEDIT a un rôle :

- d'observation: suivi et analyse des pratiques de prescription observées au niveau régional, repérage des tendances d'évolution, émergence de nouvelles pratiques etc.

- d'appui et d'accompagnement auprès des institutions de santé afin de faciliter la mise en place et le suivi des contrats de bon usage en établissement de santé et d'informer des consommations des médicaments et des dispositifs médicaux,
- d'appui et d'accompagnement auprès des acteurs de santé dans l'exercice de leur pratique

Les professionnels de santé qui dirigent et coordonnent les actions de l'OMEDIT sont essentiellement des pharmaciens.

Le pharmacien de MSP pourrait donc être responsable du dialogue entre la MSP et l'OMEDIT et mettre en place les EPP en coordination avec les autres professionnels de la structure.

## CONCLUSION

Le contexte créé par ces transitions favorise la survenue et le développement de nouvelles réponses organisationnelles aux défis sociétaux. Les maisons de santé intégrant soins et services semblent en effet en capacité de faire bouger le système sur plusieurs plans : en remettant en cause la fragmentation des professionnels et des secteurs, source de rupture de continuité dans la prise en charge de la personne, en proposant une modification des organisations existantes pour trouver des solutions.

Elle a un vrai rôle d'interface, en permettant aux professionnels de développer une approche collective à partir de situations concrètes, enfin en développant la capacité d'évaluation des conséquences des actions mises en œuvre en termes d'état de santé, d'expérience de soins (incluant la satisfaction de la population) et d'utilisation adéquate des services.

La notion de changement paradigmatique du système de santé pour une évolution du modèle biomédical vers un modèle de santé publique mettant l'accent sur la promotion de la santé et les déterminants de santé.

La maison n'est pas une réponse unique aux enjeux de la transition de notre système de santé, mais incarne un changement. Changement où le pharmacien en pleine mutation de modèle économique y trouve entièrement sa place. Toujours tiraillé entre sa face commerciale et médicale, le travail coordonné en équipe de soin primaire le recentre sur son cœur de métier, lui facilite son analyse pharmaceutique par l'accès au dossier médical du patient, lui donne la parole face aux professionnels dans les réunions pluri professionnelles et l'établissement de protocoles. La MSP permet de coordonner avec les autres acteurs ses actions de préventions et à terme lui permettra de quantifier son apport au maintien en bonne santé d'une population et de participer à la recherche en soin primaire.

## BIBLIOGRAPHIE

### OUVRAGES

- COLIN MARIE-PIERRE ET ACKER DOMINIQUE, Les centres de santé : une histoire, un avenir S.F.S.P, 2009
- DE HAAS PIERRE, Monter et faire vivre une maison de santé, Le Coudrier, 2015
- OMRAN, ABDEL R., 1971, « The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change », *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 49, no 4, partie 1, p. 509-538.
- PRIOUX ANTOINE, Réseau de santé pluridisciplinaire millesoins : rôle du pharmacien dans les enjeux territoriaux de santé publique, 2 décembre 2013
- VALENTIN CONTET, Pharmacien de maison de santé pluriprofessionnelle : projet d'amélioration du lien ville-hôpital à travers l'exemple de la conciliation, 28 octobre 2016

### ARTICLES

- Analyse d'ordonnance, MARTIN PHARMACIEN, OMEDIT-esantépaca.fr
- Analyse pharmaceutique des prescriptions, Commission sécurisation du circuit du médicament , janvier 2010, OMEDIMS Poitou Charentes
- Atlas de la démographie médicale 2015, Conseil National de l'Ordre des médecins
- Bilan de médication, JEAN-MICHEL MROZOVSKI, CVAO
- Bilan de médication pour personnes âgées : une expérimentation en cours, MATTHIEU VANDENDRIESSCHE, Le moniteur des pharmacies
- Contribution de l'intervention pharmaceutique au bon usage des antibiotiques, A. BONNIN, A. DASSY, E. ROC, S. POUILLAIN, A. THEBAUT,
- Désert médicaux, le fragile essor des maisons de santé, SOLVEIG GODELUCK, Les échos, 27/12/16
- Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé, Les Rapports de l'Irdes n°557- septembre 2014

- Éléments d'analyse de la transition démographique, BOYER, PAUL ET RICHARD, ALBAN, 1975, *Population*, vol. 30
- Esop, la revue des équipes de soins primaires, octobre 2016
- Ésop (la revue des équipes de soins primaires), juin 2016, p.21
- Guide du patient traceur
- Impact des réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie, LAURE ESTELLE PILLER, 13 février 2009.
- L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de remuneration (ENMR) sur la période 2009-2012. JULIEN MOUSQUES ET YANN BOURGUEIL. Les rapports de l'IRDES. N° 559. Décembre 2014.
- 
- L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maison, pôles et centre de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses, Questions d'économie de la santé, n°210-juin 2015 (Irdes)
- L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes, questions d'économie de la santé n°211-juillet-août 2015 (IRDES)
- La SISA, STEPHANE BILLON, Kamedis conseils
- Le bilan des
- maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement, rapport réalisé par le Pr GUY VALLANCIEN, MME TOUBA, MME CROCHEMORE et le Sénateur JEAN-MARC JUILHARD.
- Le Moniteur des pharmacies, cahier 1, n°3173, 15 avril 2017
- Les Maisons de santé font faire des économies, SOLVEIG GODELUCK, Les échos, 20/01/15.
- Les mutations de l'industrie financière, revue d'économie financière n°118, juin 2015,
- Les raisons de se lancer dans une maison de santé, Le moniteur des pharmacies, Cahier1 n°3175, avril 2017
- Loi Fourcade n°2011-940 du 10 août 2011
- Non, les maisons de santé ne sont pas la solution miracle, MARTIAL OLIVIER-KOEHRET, Les échos, 02/12/15
- Pharmacie d'officine : rémunération, missions, réseau, Igas Juin 2011

- Population et Sociétés, G.PISON, N°542,mars 2017
- Prévalence des médicaments potentiellement inappropriés : impact des réunions de concertation pluridisciplinaire en EHPAD, SCHERRER JENNIFER, 18 septembre 2014.
- Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. MATHERS CD, LONCAR D. PLoS Med. 2006 ;3 :e442.
- Reconnaissance accrue du rôle du pharmacien ; BRIGITTE BOUZIGE, Profession pharmacien.fr,6 avril 2017

# Annexe 1

Accès aux soins		Travail en équipe		Système d'information	
Fixe	Variabile	Fixe	Variabile	Fixe	Variabile
<p><b>Accès aux soins</b></p> <p><i>Socles</i></p> <p>Ouverture de la MSP et accès à des soins non programmés</p> <p>Ouverture de la MSP : 8h-20h (soit 12h/jour) + samedi matin = 800 pts</p> <p>10h à 12h/jour + samedi matin* = -60 pts</p> <p>8h à 10h/jour + samedi matin* = -150 pts</p> <p>Fermeture samedi matin* = -120 pts</p> <p>Fermeture maximum 3 semaines pendant les vacances scolaires = -20 pts</p> <p>*sauf organisation territoriale</p>		<p><b>Travail en équipe</b></p> <p><i>Socles</i></p> <p>1. Protocoles pluriprofessionnels, selon les thématiques de santé prioritaires dans la région : 8 au maximum. <b>100 pts par protocole.</b></p> <p>2. Fonction de coordination (professionnel de santé ou personnel administratif) <b>700 pts</b></p>		<p><b>Système d'information</b></p> <p><i>Socles</i></p> <p>SI labellisé niveau 1 ASIP santé, au plus tard le 31 décembre de l'année de signature. <b>500 pts + 200 pts par professionnel à équiper, jusqu'à 16 professionnels (au delà : + 150 pts par professionnel supplémentaire à équiper).</b></p>	
<p><b>Optionnels</b></p> <p>1. Consultations spécialistes de 2nd recours ou sage-femme ou chirurgien dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure, au moins 1j/semaine <b>250 pts</b></p> <p>2. Idem, au moins 0,5 ETP/semaine <b>250 pts</b></p> <p>3. Au sein de l'équipe: au moins 1 profession médicale (autre que MG, SF, CD)/pharmacien ou au moins 3 professions paramédicales différentes <b>250 pts</b></p> <p>4. Au sein de l'équipe : au moins 1 profession médicale (autre que MG, SF, CD)/pharmacien et au moins 3 professions paramédicales différentes <b>250 pts</b></p> <p>5. Au moins deux médecins Contrat Solidarité Territoriale Médecin (CSTM) <b>200 pts</b></p> <p>6. Evaluation de la satisfaction des patients <b>100 pts</b></p>		<p><b>Optionnels</b></p> <p>Concertation pluriprofessionnelle formalisée et régulière autour de cas patients. Comptes rendus intégrés dans le SI, permettant une requête informatique.</p> <p>Objectif: au moins 6 réunions par an et 5% des patients MT (et enfants) en ALD ou âgés de plus de 75 ans sans ALD, par an. <b>1000 points</b></p> <p>Fonction de coordination : Patientèle entre 4000 et 8000 patients <b>1350 pts supplémentaires</b></p> <p>Fonction de coordination : Patientèle au-delà de 8000 patients <b>1000 pts supplémentaires par tranche de 4000 patients.</b></p>		<p><b>Optionnels</b></p> <p>SI labellisé niveau 2 ASIP santé <b>100 pts</b></p>	
<p>Missions de santé publique (en cohérence avec les priorités du projet régional de santé) ou ETP (maximum de 2 projets rémunérés, soit 350 pts pour 1 ou 700 pts pour 2 projets)</p>		<p>Coordination extérieure : mise en place de procédure définissant les modalités de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers les services et établissements sanitaires et médico-sociaux (volet de synthèse médicale transmis) <b>(200 pts)</b></p>		<p>Formation des jeunes professionnels de santé (2 stages /an) <b>450 pts</b></p>	

## Annexe 2

### Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé Résultats

Irdes septembre 2014

**T 1** Tableau synthétique : deux cultures à hybrider pour participer à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR)

	Culture individuelle autonome Monoprofessionnelle Contractuelle avec l'Assurance maladie	Culture collective contractuelle Pluriprofessionnelle en sus de la monoprofessionnelle Contractuelle avec l'Etat
<b>Dimensions sous-jacentes</b>		
<b>Population suivie</b>	Une patientèle	Des patientèles et/ou la population d'un territoire
<b>Rémunération/fondement</b>	Paieement individuel	Paieement collectif (sur projet)
<b>Rémunération/régulation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A l'acte</li> <li>• Paieement à la performance individuelle (Rosp)</li> <li>• Forfait (Affection de longue durée (ALD), médecin traitant...)</li> </ul>	Enveloppe fermée pour NMR
<b>Rôle d'entrepreneur</b>	Indépendant, autonome	Collectif, négocié
<b>Mode d'implication dans les projets</b>	Libre arbitre de chacun	Négociation dans le cadre de l'appartenance à un collectif
<b>Relations monoprofessionnelles</b>	Concurrence implicite	Coopération explicite
<b>Relations interprofessionnelles</b>	Variables au cas par cas	Négociées selon projet
<b>Modalités de décision</b>	Décision individuelle (soin) et collégiale (moyens) limitée aux associés de la Société civile de moyens (SCM)	Décision collective (associés de la Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa) ou adhérents de l'association des professionnels de la Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP))
<b>Regards externes sur les pratiques</b>	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) : évaluation individuelle des médecins et mesure de la performance	Evaluation collective pluriprofessionnelle locale (Agence régionale de santé (ARS)) et nationale (pilotage et évaluation)
<b>Regards sur les pratiques acceptés</b>	Regard externe accepté entre professionnels de santé libéraux choisis	Regard externe de partenaires sanitaires et médico-sociaux pas forcément tous choisis
<b>Mode de conventionnement et de régulation des pratiques</b>	Autorégulation encore dominante / régulation externe Cette dernière étant plus implicite qu'explicite	Négociation d'un Contrat d'objectifs et de moyens (Com) Vécu comme duel : risque de potentielle instrumentalisation / une façon de faire vivre leurs idées ou une opportunité à tenter.
<b>Type d'interdépendance</b>	Réseau de correspondants informel, personnel et choisi	Informelle négociée et plus formalisée pour certaines actions pluriprofessionnelles
<b>Responsabilité</b>	Individuelle	Individuelle et collective
<b>Type de gestion</b>	Gestion individuelle du chiffre d'affaires (hors SCM)	Gestion collective d'un budget avec trésorerie, salariés
<b>Interlocuteurs pour leur exercice</b>	Syndicat, ordres, Assurance maladie	ARS, collectivités territoriales, fédérations régionales, URPS, Etat national en lien avec la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS)
<b>Contenu de l'activité, de la veille et de la formation continue</b>	Centré sur la pratique individuelle ou en réseau	Centré sur MSP et ENMR et sur pratiques coopératives promues (suivi coordonné, éducation thérapeutique, dépistage...)

## Annexe 3

T1

### Activité des médecins généralistes des sites ENMR (2009-2012)

		Centres de santé (CDS)				Maisons ou pôles de santé (MSP ou PDS)					
		Classe 1		Classe 2		Classe 3		Classe 4		Classe 5	
		Cas n=10; N=40 <sup>a</sup>	Témoins n=197; N=709 <sup>a</sup>	Cas n=16; N=63 <sup>a</sup>	Témoins n=287; N=964 <sup>a</sup>	Cas n=9; N=36 <sup>a</sup>	Témoins n=81; N=254 <sup>a</sup>	Cas n=19; N=76 <sup>a</sup>	Témoins n=202; N=619 <sup>a</sup>	Cas n=35; N=140 <sup>a</sup>	Témoins n=357; N=1 178 <sup>a</sup>
		Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne	
<b>Activité par Équivalent temps plein (ETP) de médecins généralistes</b>											
File active de patients âgés de 16 ans ou plus		504	1 280	1 355	1 491	1 044	1 350	1 168	1 386	1 184	1 242
Nombre de patients inscrits auprès d'un médecin traitant		353	821	538	806	644	719	700	786	768	770
Nombre d'actes		2 948	5 575	5 046	6 183	4 963	5 785	5 425	5 957	6 464	5 976
Nombre de consultations		2 704	4 877	4 797	5 424	4 507	5 068	4 724	5 071	5 116	5 024
Nombre de visites		80	427	11	430	373	406	414	524	589	664
Nombre d'actes techniques		61	38	234	20	57	42	137	30	130	32
<b>Inputs</b>											
Médecins généralistes (MG)	Nombre d'ETP	3,8	0,8	3,7	0,9	4,3	0,9	3,3	0,9	3,5	0,9
	Nombre d'ETP par MG	0,8	0,8	0,5	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
<b>Composition</b>											
Médecins généralistes	Femmes (%)	-	15,2	-	23,2	27,8	25,2	33,4	26,7	31,1	21,8
	Age moyen	-	52,9	-	53,1	48,9	52,7	49,1	54,7	47,9	54,3
N=1 694 <sup>a</sup> ; n=486 <sup>a</sup> Effet marginal						N=2 303 <sup>a</sup> ; n=703 <sup>a</sup> Effet marginal					
<b>Modèles linéaires généralisés de l'activité (panel) , Ceteris paribus : input, caractéristiques des patients, année, cabinet, environnement</b>											
File active		0,012		0,150***		0,139***		0,130***		0,130***	
Patients inscrits auprès d'un médecin traitant		0,045**		0,114***		0,158***		0,155***		0,155***	
Actes de médecine générale délivrés		0,015		-0,014		0,007		0,029***		0,029***	
N=1 694 <sup>a</sup> Coefficient (cas vs. témoins)						N=2 303 <sup>a</sup> Coefficient (cas vs. témoins)					
<b>Modélisation de frontière de production stochastique et de l'inefficience technique, Ceteris paribus : input, caractéristiques des patients, année, cabinet, environnement</b>											
File active		1,096***		0,235**		-0,349***		-0,418***		-0,418***	
Patients inscrits auprès d'un médecin traitant		3,202		-18,393		-0,332***		-0,467		-0,467	
Actes de médecine générale délivrés		-2,808		-7,221		0,219***		0,488***		0,488***	

<sup>a</sup> Obs (N) : nombre d'observations sur la période 2009-2012; Obs (n) : nombre d'individus observés au moins une fois (une année) sur la période 2009-2012.  
 \*\*\* p<0,01 ; \*\* p<0,05 ; \* p<0,1

Sources : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram, Cnamts). Datamart de consommation inter-régimes (DCIR), Système national inter-régimes pour les professionnels de santé (Snir-PS).

Exploitation : Irdes.

Télécharger les données : [www.irdes.fr/Donnees/](http://www.irdes.fr/Donnees/)

## Annexe 4

T2 Recours et dépenses de soins des patients des sites ENMR et de leurs témoins (2009-2012) par catégorie de soins et selon le statut des sites							
a)	Catégories de soins						
	Ambula- toire	Médecins généralistes	Spécia- listes	Soins infirmiers	Masso- kinési- thérapie	Biologie	Pharmacie
<b>Dépenses des patients qui recourent aux soins dans les centres de santé</b>							
<b>Patients des centres de santé</b>							
Moyenne	1 447	131	228	172	381	150	574
Obs. (N) <sup>a</sup>	202 834	202 788	153 260	75 016	32 699	134 377	194 015
Obs. (n) <sup>a</sup>	85 518	85 493	72 020	42 521	20 732	64 526	82 492
<b>Patients témoins</b>							
Moyenne	1 763	144	296	405	468	148	632
Obs. (N) <sup>a</sup>	2 964 219	2 963 994	2 316 925	667 130	587 895	1 981 519	2 881 230
Obs. (n) <sup>a</sup>	1 168 733	1 168 633	1 015 342	391 160	354 033	905 748	1 144 378
<b>Dépenses des patients qui recourent aux soins dans les maisons de santé</b>							
<b>Patients des maisons de santé</b>							
Moyenne	1 623	149	217	266	401	133	585
Obs. (N) <sup>a</sup>	563 924	563 828	400 910	227 246	102 503	373 617	547 102
Obs. (n) <sup>a</sup>	206 504	206 465	173 023	110 606	63 631	163 873	202 671
<b>Patients témoins</b>							
Moyenne	1 706	149	240	311	416	135	634
Obs. (N) <sup>a</sup>	3 094 379	3 094 071	2 266 542	1 077 278	550 113	2 053 992	3 016 043
Obs. (n) <sup>a</sup>	1 163 920	1 163 793	983 691	551 753	341 376	911 334	1 143 166
<b>Dépenses des patients qui recourent aux soins dans les pôles de santé</b>							
<b>Patients des pôles de santé</b>							
Moyenne	1 730	135	291	442	419	140	607
Obs. (N) <sup>a</sup>	55 559	55 541	41 680	15 676	10 958	36 975	53 545
Obs. (n) <sup>a</sup>	22 319	22 314	19 062	8 572	6 835	17 473	21 814
<b>Patients témoins</b>							
Moyenne	1 701	140	288	340	418	143	616
Obs. (N) <sup>a</sup>	361 817	361 790	270 226	100 408	65 716	242 158	352 088
Obs. (n) <sup>a</sup>	146 397	146 377	124 109	55 611	41 099	113 519	143 414

<sup>a</sup> Obs (N) : nombre d'observations sur la période 2009-2012,  
Obs (n) : nombre d'individus observés au moins une fois (une année) sur la période 2009-2012.

<sup>b</sup> Probabilité de recours (odds ratio).

<sup>c</sup> Log-dépense (effet marginal). \*\*\* p<0,01 ; \*\* p<0,05 ; \* p<0,1

**Sources :** Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram, Cnamts). Datamart de consommation inter-régimes (DCIR), Système national inter-régimes pour les professionnels de santé (Snir-PS).

**Exploitation :** Irdes.

 **Télécharger les données :** [www.irdes.fr/Donnees/](http://www.irdes.fr/Donnees/)

## Annexe 5

1

**Résultats synthétiques des indicateurs du module 1 ENMR et/ou Rosp calculables à partir des données de l'Assurance maladie pour un sous-échantillon ENMR avec témoins (ZLT) pour l'année 2012 – maisons, pôles et centres de santé –**

	Cible (Rosp et/ou ENMR)	Taux nat. 2012	Maisons ou pôles de santé (MSP ou PDS)						Centres de santé (CDS)					
			Cas (avec ZLT)			Témoins (ZLT)			Cas (avec ZLT)			Témoins (ZLT)		
			Obs.*	Moy.*	E.T.*	Obs.*	Moy.*	E.T.*	Obs.*	Moy.*	E.T.*	Obs.*	Moy.*	E.T.*
<b>Suivi du diabète</b>														
HbA1c	≥ 65 %	48,7	64	59,53	12,10	64	49,92	9,13	30	46,02	9,57	30	48,65	7,35
Créatinémie			64	86,46	9,27	64	83,47	4,50	30	86,18	9,38	30	85,04	3,26
Microalbuminurie			64	34,03	18,94	64	23,79	9,80	30	50,72	13,51	30	37,63	8,92
Cholestérol			64	73,13	9,81	64	73,02	5,92	30	78,45	9,74	30	76,47	4,97
Électrocardiogramme (ECG)			64	23,95	10,50	64	20,78	7,02	30	28,67	14,80	30	24,63	5,39
Endocrinologue			64	6,15	3,95	64	7,42	4,28	30	15,02	9,49	30	12,57	4,21
Cardiologue			64	31,95	10,28	64	32,04	6,47	30	38,82	12,13	30	35,42	5,10
Ophthalmologiste			64	46,96	7,60	64	45,21	6,08	30	47,06	8,91	30	46,98	4,82
Fond d'œil & rétinographie (2 ans)	≥ 80 %	61,5	64	65,98	7,98	64	63,72	6,17	30	69,63	10,44	30	66,34	4,90
<b>Diabétiques de plus de 50 ans (hommes) ou 60 ans (femmes)</b>														
- sous statines et antihypertenseurs (vs. antihypertenseurs)	≥ 75 %	59,9	64	61,44	9,29	64	59,97	6,01	30	61,10	11,88	30	61,25	3,41
- sous statines, antihypertenseurs & AFD ou anticoagulant (vs. statines & antihypertenseurs)	≥ 65 %	53,5	64	48,89	11,08	64	46,82	5,88	30	45,41	10,22	30	44,73	4,06
<b>Vaccination, dépistage et prévention du risque iatrogénique médicamenteux</b>														
Vaccination des patients de 65 ans et plus	≥ 75 %	56,4	64	55,69	7,05	64	54,70	5,01	30	48,37	9,23	30	54,14	4,08
Vaccination des patients de 16 à 64 ans en ALD	≥ 75 %	35	64	18,30	4,97	64	17,45	3,48	30	18,19	5,73	30	16,07	1,83
Mammographie pour les femmes de 50 à 74 ans (2 ans)	≥ 80 %	64,8	64	65,61	9,60	64	64,45	7,04	30	62,37	10,08	30	65,87	4,95
Frottis pour les femmes de 25 à 65 ans (3 ans)	≥ 80 %	57,5	64	54,97	6,71	64	52,94	5,90	30	53,62	7,58	30	54,87	7,00
Traitement par vasodilatateur pour les plus de 65 ans	≤ 5 %	7,1	64	5,24	3,52	64	7,27	2,74	30	2,90	1,69	30	5,22	1,59
Traitement par benzodiazépines demi-vie longue pour les plus de 65 ans	≤ 5 %	12,1	64	10,74	3,13	64	11,98	2,54	30	9,05	3,33	30	11,57	1,72
<b>Efficience de la prescription</b>														
Acquisition d'antibiotiques	≥ 90 %	80,9	64	82,00	7,38	64	80,96	4,02	30	85,27	7,62	30	83,18	1,64
Inhibiteur de la pompe à protons	≥ 85 %	83,1	64	68,67	13,45	64	64,03	8,76	30	71,90	9,03	30	70,20	3,87
Acquisition de statines	≥ 70%	53,8	64	45,72	12,59	64	38,00	6,25	30	40,18	15,88	30	39,46	5,24
Acquisition d'antihypertenseurs	≥ 65 %	72,6	64	71,26	4,87	64	69,37	3,43	30	68,66	6,77	30	68,54	2,31
Acquisition d'antidépresseurs	≥ 80 %	66,5	64	70,39	10,35	64	66,09	6,02	30	70,03	9,89	30	68,72	3,44
Acquisition d'inhibiteurs d'enzyme de conversion / IEC & sartans	≥ 65 %	39,6	64	46,03	8,93	64	42,77	5,21	30	40,71	12,08	30	39,60	4,18
Traitement par aspirine à FD parmi les patients traités par AAP	≥ 85 %	83,3	64	76,88	7,60	64	75,02	4,66	30	74,04	10,33	30	76,02	4,24
Prescriptions de VSL			64	69,65	17,44	58	75,79	17,21	30	51,71	24,16	28	67,71	19,27

\* Obs. : observations ; Moy. : moyenne ; E.T. : écart type.

Sources : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram, Cnamts). Datamart de consommation inter-régimes (DCIR), Système national inter-régimes pour les professionnels de santé (Snir-PS).

Exploitation : Irdes.

 Télécharger les données : [www.irdes.fr/Donnees/](http://www.irdes.fr/Donnees/)

## Annexe 6

<b>TAMPON :</b>	<b>Fiche Intervention Pharmaceutique</b>	
	Démarche assurance qualité	Page 1/3

\*Le N° d'enregistrement est indispensable pour l'externalisation des données patient et médecin (confidentialité)

Numéro d'enregistrement *	NOM	PRENOM			
Date :	Code CIP du médicament	N° Facture :	Age : ans ou mois	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	pooids Kg
<b>1 - PROBLEME (1 choix) :</b>		<b>2 - PRESCRIPTEUR :</b>		<b>5 - ORDONNANCE :</b>	
1.1 <input type="checkbox"/> Contre-indication / Non conformité aux référentiels 1.2 <input type="checkbox"/> Problème de posologie 1.3 <input type="checkbox"/> Interaction médicamenteuse <input type="radio"/> A prendre en compte <input type="radio"/> Précaution d'emploi <input type="radio"/> Association déconseillée <input type="radio"/> Association contre-indiquée <input type="radio"/> Publiée 1.4 <input type="checkbox"/> Effet indésirable 1.5 <input type="checkbox"/> Oubli de prescription 1.6 <input type="checkbox"/> Médicament ou dispositif non reçu par le patient <input type="radio"/> Indisponibilité <input type="radio"/> Inobservance <input type="radio"/> Incompatibilité physico-chimique 1.7 <input type="checkbox"/> Prescription d'un médicament non justifié 1.8 <input type="checkbox"/> Redondance 1.9 <input type="checkbox"/> Prescription non conforme <input type="radio"/> Support ou prescripteur <input type="radio"/> Manque d'information, de clarté <input type="radio"/> Voie d'administration inappropriée 1.10 <input type="checkbox"/> Pharmacodépendance 1.11 <input type="checkbox"/> Monitoring à suivre		Nom Prénom :		5.1 <input type="checkbox"/> Classée 5.2 <input type="checkbox"/> Transmise au prescripteur	
2.1 <input type="checkbox"/> Médecin généraliste 2.2 <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste 2.3 <input type="checkbox"/> Médecin hospitalier		2.4 <input type="checkbox"/> Sage-femme, 2.5 <input type="checkbox"/> Dentiste, 2.6 <input type="checkbox"/> Infirmier			
		<b>3 - INTERVENTION (1 choix)</b>		<b>4 - DEVENIR DE L'INTERVENTION</b>	
		3.1 <input type="checkbox"/> Adaptation posologique 3.2 <input type="checkbox"/> Choix de la voie d'administration 3.3 <input type="checkbox"/> Améliorer les méthodes de dispensation /d'administration 3.4 <input type="checkbox"/> Suivi thérapeutique 3.5 <input type="checkbox"/> Ajout (prescription nouvelle) 3.6 <input type="checkbox"/> Changement de médicament 3.7 <input type="checkbox"/> Arrêt ou refus de délivrer		4.1 <input type="checkbox"/> Acceptée par le prescripteur 4.2 <input type="checkbox"/> Non acceptée par le prescripteur sans motif 4.3 <input type="checkbox"/> Non acceptée par le prescripteur avec motif 4.4 <input type="checkbox"/> Refus de délivrance avec appel prescripteur 4.5 <input type="checkbox"/> Refus de délivrance sans appel prescripteur 4.6 <input type="checkbox"/> Acceptation du patient (information du patient et prescripteur non contacté) 4.7 <input type="checkbox"/> Non acceptation par le patient	

**DETAILS POUR ANALYSE DE L'INTERVENTION PHARMACEUTIQUE** préciser : DCI, Dosage, posologie, rythme d'administration des médicaments ; Éléments pertinents en relation avec le problème dépisté ; Constantes biologiques perturbées ou concentration d'un médicament dans liquides biologiques (+ normales du laboratoire) ; Décrire précisément l'intervention pharmaceutique.

**Contexte de l'intervention**

**Problème**

**Intervention**

TAMPON :	<b>Fiche Intervention Pharmaceutique</b>
	Démarche assurance qualité <span style="float: right;">Page 2/3</span>

Tableau 1 : description des problèmes liés à la thérapeutique médicamenteuse

PROBLEME LIE A	DESCRIPTION
1.1 Contre-indication ou Non conformité aux référentiels.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il existe une contre-indication à l'usage de ce médicament : Par exemple, le patient présente un terrain qui contre-indique le médicament prescrit : asthme et bêta-bloquant.</li> <li>- Non conformité du choix du médicament aux différents consensus ou hors AMM : Un autre médicament est tout aussi efficace et moins coûteux ou moins toxique pour ce patient conformément aux consensus ou recommandations ou référentiels. Médicament prescrit en dehors de son AMM.</li> </ul>
1.2 Problème de posologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sous dosage ou surdosage: le médicament est utilisé à une dose trop faible ou trop élevée pour ce patient (dose par période de temps), non concordance avec le DP.</li> <li>- La durée de traitement est anormalement raccourcie : (Ex : antibiotique prescrit sur 5 jours au lieu de 10 jours).</li> <li>- Le rythme d'administration est trop distant ou trop rapproché (Ex : Haldol decanoas® prescrit tous les jours).</li> </ul>
1.3 Interaction médicamenteuse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un médicament du traitement interfère avec un autre médicament et peut induire une réponse pharmacologique exagérée ou insuffisante.</li> <li>- D'après le Gtiam de l'ANSM : Association à prendre en compte (selon la pertinence clinique), Précaution d'emploi, Association déconseillée, Association contre-indiquée.</li> <li>- Interaction publiée mais non validée par le Gtiam de l'ANSM. (préciser les références bibliographiques).</li> </ul>
1.4 Effet indésirable	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le patient présente un effet indésirable alors que le médicament est administré à la bonne posologie. Il peut s'agir d'un effet clinique ou biologique, cinétique.</li> </ul>
1.5 Oubli de prescription	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de thérapeutique pour une indication médicale valide.</li> <li>- Un médicament n'a pas été renouvelé, (présence dans le dossier pharmaceutique (DP), et le malade ne sait pas ce qui justifie l'absence de reconduction du traitement), un médicament n'a pas été prescrit après un transfert.</li> <li>- Le patient n'a pas bénéficié d'une prescription de prophylaxie ou de prémédication.</li> <li>- Un médicament synergique ou correcteur devrait être associé.</li> </ul>
1.6 Traitement non reçu : • Indisponibilité • Inobservance • Incompatibilité physico-chimique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non disponibilité de la spécialité: Arrêt de fabrication, suspension d'AMM, rupture de stock, pénurie</li> <li>- Problème d'observance</li> <li>- Incompatibilité physico-chimique entre plusieurs médicaments <i>injectables, aérosol, gouttes buvables...</i> : risque de précipitation entre des médicaments incompatibles en cours d'administration.</li> </ul>
1.7 Prescription d'un médicament non justifié	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un médicament est prescrit sans indication justifiée (ex : le patient nous interpelle)</li> <li>- Ce médicament n'apparaît pas dans le DP ou historique du logiciel (ex : l'équipe et le patient doutent que le médicament prescrit soit à dispenser.)</li> <li>- Un médicament est prescrit sur une durée trop longue sans risque de surdosage (Ex : antibiothérapie sur 15 jours pour une pathologie courante).</li> </ul>
1.8 Redondance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un même principe actif est prescrit plusieurs fois sur l'ordonnance (Ex : Doliprane® et Ixprim®).</li> <li>- Prescriptions de deux médicaments à principe actif différent mais appartenant à la même classe thérapeutique <i>créant une redondance pharmacologique</i> (Ex : Josir® et Xatral®).</li> </ul>
1.9 Prescription non conforme : • support ou prescripteur, • manque d'information, de clarté • Voie d'administration inappropriée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Le médicament choisi est correct mais :</b></li> <li>- le support d'ordonnance n'est pas conforme, le libellé est incomplet (absence de dosage...) ou incorrect, ou mauvaise lisibilité de l'ordonnance</li> <li>- le prescripteur est non habilité (médicament de prescription restreinte)</li> <li>- Plan de prise non optimal (répartition horaire et moment).</li> <li>- La méthode d'administration n'est pas adéquate (reconstitution, dilution, manipulation, durée).</li> <li>- Mauvais choix de galénique (forme solution si difficulté à déglutir ou éviter le cp effervescent sous corticoïde ou forme non compatible avec la Nutrition entérale à domicile)</li> </ul>
1.10 Pharmacodépendance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abus de médicament (laxatifs) ou addiction suspectée ou avérée (anxiolytiques) ou usage détourné.</li> </ul>
1.11 Monitoring à suivre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le patient ne bénéficie pas d'un suivi approprié ou suffisant pour son traitement : suivi biologique ou cinétique ou clinique (INR, Hémoglobine glyquée, clairance de la créatinine, ECG, tension artérielle, mesure de concentration d'un médicament...)</li> </ul>

TAMPON :	<b>Fiche Intervention Pharmaceutique</b>	
	Démarche assurance qualité	Page 3/3

Tableau 2 description des interventions : ne choisir qu'une intervention.(une feuille par intervention)

INTERVENTION	DESCRIPTIF
3.1	<p><b>Adaptation posologique</b></p> <p>- <i>Adaptation de la posologie d'un médicament à marge thérapeutique étroite</i> en tenant compte d'un résultat de concentration de ce médicament dans un milieu biologique, de la fonction rénale (clairance de la créatinine) et/ou de la fonction hépatique ou du résultat d'un autre examen biologique.</p> <p>- <i>Adaptation de la posologie d'un médicament par ajustement des doses avec le poids, l'âge, l'AMM ou la situation clinique du patient.</i></p> <p>- <i>Allongement d'une durée de traitement jugée trop courte.</i></p>
3.2	<p><b>Choix de la voie d'administration plus adapté au patient</b></p> <p><i>Choix d'une voie d'administration plus adaptée au patient.</i> si difficulté à déglutir choix d'une voie rectale ou locale ...</p>
3.3	<p><b>Améliorer les méthodes de dispensation /d'administration</b></p> <p>- <i>Plan de prise :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Répartition des prises par rapport au repas ou aux interactions médicamenteuses sans modification de posologie.</li> <li>• Conseils de prise optimale</li> </ul> <p>(Ex : Prise à jeun, à distance des repas, en position debout...).</p> <p>- <i>Choix d'une ordonnance conforme à la réglementation, Précisions des modalités d'administration ou du libellé (dosage, posologie...)</i> (Ex : cp de biphosphonate à prendre debout avec un grand verre d'eau...).</p>
3.4	<p><b>Suivi thérapeutique</b></p> <p>- <i>Demande du dosage d'un médicament ou d'un suivi :</i> INR, Hémoglobine glyquée, auto mesure tensionnelle, poids, clairance de la créatinine, ECG, mesure de concentration d'un médicament...), suivi clinique, suivi cinétique...</p>
3.5	<p><b>Ajout (prescription nouvelle)</b></p> <p><i>Ajout d'un médicament au traitement d'un patient ou d'un dispositif pour l'administration du traitement :</i> Ex : chambre d'inhalation</p>
3.6	<p><b>Changement de médicament /mise en place d'une alternative thérapeutique</b></p> <p><i>Mise en place d'une alternative générique ou thérapeutique à un médicament du traitement d'un patient :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il peut s'agir d'une substitution générique</li> <li>- L'échange thérapeutique correspond à la dispensation d'une alternative dans le cadre d'un protocole approuvé ou après accord du prescripteur.</li> <li>- L'alternative est mieux adaptée au patient.</li> </ul>
3.7	<p><b>Arrêt ou refus de délivrer</b></p> <p><i>Arrêt d'un médicament du traitement d'un patient sans remplacement du médicament avec accord médical ou le pharmacien refuse de délivrer (cause en 1 problème)</i></p>

#### Glossaire :

Gtiam : Groupe de travail des interactions médicamenteuses de l'ANSM

DP : dossier pharmaceutique

DMP : dossier médical partagé

Monitoring : suivi approprié ou suffisant pour son traitement, suivi biologique ou cinétique ou clinique

INR : international normalized ratio

ECG : électrocardiogramme

AMM : autorisation de mise sur le marché.

ANSM : agence nationale sécurité du médicament

**Nom :Dehouck**  
**Prénom :Amélie**

**Titre de la thèse : Quelle place pour le pharmacien d'officine au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles**

**Mots-clés : MSP, prévention, réunion pluriprofessionnelle, projet de santé, protocole, pharmacien, équipe de soins primaires, éducation thérapeutique**

---

**Résumé :**

**Les transitions sociétales ont conduit à l'avènement des Maisons de santé pluriprofessionnelles . Ce nouveau mode d'exercice où l'équipe de soins primaires est rassemblée autour du projet de santé et est coordonnée autour du patient est une réponse adaptée aux problématiques que sont les patients chroniques et les polyopathologiques Cette équipe de soin organisée en SISA est rémunérée par les NRM pour ses actions entreprises notamment de prévention**

**En plus de repenser le parcours patient, les MSP sont un facteur d'accessibilité aux soins, de productivité, d'économie et d'amélioration de la qualité des soins.**

**Pour les professionnelles c'est une organisation du travail qui optimise le temps de travail, diversifie leur activité et leur rémunération, notamment avec la création de la recherche en soin primaire.**

**Au sein de ces MSP le pharmacien est le spécialiste du médicament et il peut pleinement y exercer son art grâce au partage d'information du dossier médical. Son rôle dans la prévention, l'ETP, le maintien à domicile y est renforcé et de nouveaux rôles l'attendent comme responsable de la qualité et gestionnaire de la donnée des patients afin de les exploiter pour la recherche en soin primaire.**

---

**Membres du jury :**

**Président :** Pr Thierry Dine, Professeur de Pharmacie Clinique, Université Lille 2

**Assesseur :** Monsieur Thomas Morgenroth, Maître de conférence en Droit et économie pharmaceutique, Université Lille 2

**Membre(s) extérieur(s) :**

Monsieur Jean-Marc Lebecque, Pharmacien titulaire  
Madame Apolline Rouze, Chargé de communication FEMASNORD