

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

**Soutenue publiquement le 17 octobre 2024  
Par Mme. BORET Apolline**

---

**Pénurie de médecins généralistes : enquête auprès des pharmaciens, des  
étudiants en 6<sup>ème</sup> année officine et des préparateurs en pharmacie  
des Hauts-de-France**

---

**Membres du jury :**

**Président : Docteur Hélène Lehmann**, Maître de Conférence, Droit et économie pharmaceutique, UFR3S-Pharmacie, Lille

**Directeur : Docteur Lydia Nikasinovic**, Maître de Conférence, Santé publique, UFR3S-Pharmacie, Lille

**Membre extérieur : Docteur Anne Boulanger**, Pharmacien titulaire, Pharmacie de la fontaine, Faches-Thumesnil



### Université de Lille

Président	Régis BORDET
Premier Vice-président	Etienne PEYRAT
Vice-présidente Formation	Corinne ROBACZEWSKI
Vice-président Recherche	Olivier COLOT
Vice-président Ressources humaines	Bertrand DÉCAUDIN
Directrice Générale des Services	Anne-Valérie CHIRIS-FABRE

### UFR3S

Doyen	Dominique LACROIX
Premier Vice-Doyen, Vice-Doyen RH, SI et Qualité	Hervé HUBERT
Vice-Doyenne Recherche	Karine FAURE
Vice-Doyen Finances et Patrimoine	Damien CUNY
Vice-Doyen International	Vincent DERAMECOURT
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires	Sébastien D'HARANCY
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie	Caroline LANIER
Vice-Doyen Territoire-Partenariats	Thomas MORGENROTH
Vice-Doyen Santé numérique et Communication	Vincent SOBANSKI
Vice-Doyenne Vie de Campus	Anne-Laure BARBOTIN
Vice-Doyen étudiant	Valentin ROUSSEL

### Faculté de Pharmacie

Doyen	Delphine ALLORGE
Premier Assesseur et	Anne GARAT
Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement	Emmanuelle LIPKA
Assesseur à la Vie de la Faculté et	Cyrille PORTA
Assesseur aux Ressources et Personnels	Honoré GUISE
Responsable des Services	Philippe GERVOIS
Représentant étudiant	Héloïse HENRY
Chargé de mission 1er cycle	Nicolas WILLAND
Chargée de mission 2eme cycle	Christophe FURMAN
Chargé de mission Accompagnement et Formation à la Recherche	Marie-Françoise ODOU
Chargé de mission Relations Internationales	Réjane LESTRELIN
Chargée de Mission Qualité	
Chargé de mission dossier HCERES	

### Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

### Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BERLARBI	Karim	Physiologie	86
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86

M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bioinorganique	85
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie	86
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86

### Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

### Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie	87
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
Mme	BOU KARROUM	Nour	Chimie bioinorganique	
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87

Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FRULEUX	Alexandre	Sciences végétales et fongiques	
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOThIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	LIBERELLE	Maxime	Biophysique - RMN	
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86

M.	MENETREY	Quentin	Bactériologie - Virologie	
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	ROGEL	Anne	Immunologie	
M.	ROSA	Mickaël	Hématologie	
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

### Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mme	KUBIK	Laurence	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

### Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie pharmaceutique	86

### Maîtres de Conférences Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	COUSEIN	Etienne	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie	85
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86

### Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BOUDRY	Augustin	Biomathématiques	
Mme	DERAMOUDT	Laure	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
Mme	GILLIOT	Sixtine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
M.	GISH	Alexandre	Toxicologie et Santé publique	

Mme	NEGRIER	Laura	Chimie analytique	
-----	---------	-------	-------------------	--

#### Hospitalo-Universitaire (PHU)

	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DESVAGES	Maximilien	Hématologie	
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	

#### Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	BERNARD	Lucie	Physiologie	
Mme	BARBIER	Emeline	Toxicologie	
Mme	COMAPGNE	Nina	Chimie Organique	
Mme	COULON	Audrey	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	DUFOSSEZ	Robin	Chimie physique	
Mme	KOUAGOU	Yolène	Sciences végétales et fongiques	
M.	MACKIN MOHAMOUR	Synthia	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	

#### Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
Mme	NDIAYE-BOIDIN	Maguette	Anglais
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

***UFR3S-Pharmacie***

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

## Remerciements

A la présidente du jury, **Docteur Hélène Lehmann,**

Je vous remercie très sincèrement de m'avoir fait l'honneur de juger mon travail et de présider mon jury. Merci pour les enseignements que vous nous transmettez avec passion.

A ma directrice de thèse, **Docteur Lydia Nikasinovic,**

Je vous remercie d'avoir accepté de m'accompagner dans ce sujet, de m'avoir soutenue tout au long de cette thèse. Merci pour votre patience, votre écoute, vos conseils et votre précieux temps que vous m'avez accordé. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma gratitude et mon profond respect.

A mon juge, **Docteur Anne Boulanger,**

Je vous remercie Anne d'avoir spontanément accepté de faire partie de mon jury de thèse. Merci pour mon stage de fin d'études qui a été très enrichissant et riche de conseils.

A mes collègues,

**Aux équipes de la pharmacie Valois à Esquelbecq, de la pharmacie de la fontaine à Faches-Thumesnil et de la pharmacie du chapeau rouge à Tétéghem,** merci de m'avoir tant appris. Merci pour votre bienveillance, vos nombreux conseils et votre bonne humeur.

**A mes parents**, merci papa et maman de m'avoir permis d'effectuer un si long cursus universitaire. J'ai conscience de ma chance. Je sais que ce fut long et que je ne suis pas toujours facile, mais j'espère vous rendre fiers. Merci pour votre amour, votre aide et votre bienveillance au quotidien.

**A mon frère et ma belle-sœur**, merci pour votre présence, votre soutien et pour les rires. Merci de m'avoir offert le plus magnifique des rôles, que je n'osais espérer.

**A mes filleuls adorés, Rose et Gabin**, vous êtes mes soleils. Vos rires sont mes plus beaux cadeaux.

**A mes grands-parents**, nous arrivons au bout : vous pourrez, je l'espère, bientôt annoncer à vos pharmaciens que votre petite-fille l'est également.

**A ma meilleure amie, Louise**, merci pour ta présence lors de mes études. Merci pour cette amitié qui dure depuis tant d'années.

**A mes amies** rencontrées grâce à ces études, Camille, Margaux, Ophélie et Lucie, merci d'être présentes dans ma vie. Camille et Margaux, merci d'avoir adouci la difficulté de notre parcours.

**A Dylan**, merci de m'offrir une belle-famille et des amis si accueillants. Merci pour l'amour et le soutien que tu m'offres au quotidien.

## Table des matières

Remerciements .....	12
Introduction.....	21
Partie 1 : Pénurie de médecins généralistes.....	22
A- Démographie médicale en France et dans les Hauts-de-France (3) .....	22
1-Définitions .....	22
2- Evolution des effectifs .....	22
3- Structure par sexe et âge.....	24
4- Mode d'exercice .....	25
5- Densité médicale .....	26
6-Déserts médicaux .....	29
B-Causes de cette pénurie .....	31
1-Critères jouant sur l'offre.....	31
2-Critères jouant sur la demande .....	36
C-Conséquences directes sur le système de soin.....	37
1-Pour les médecins .....	37
2-Pour les autres professionnels médicaux et paramédicaux.....	38
3-Pour les patients .....	40
D-Stratégies de lutte contre la pénurie de médecins généralistes .....	42
1-Domaines d'action .....	42
2-Télémédecine .....	46
3-Organisations coordonnées territoriales .....	47
4-Confier des nouvelles tâches aux paramédicaux et aux médecins .....	50
5-Aides des collectivités et des ARS.....	52
6-Médecins diplômés à l'étranger .....	55
7-Comparaison à d'autres pays .....	55
8- Autres perspectives .....	56
Partie 2 : Le pharmacien, un acteur de la stratégie de lutte.....	59
A- Acteur de premier recours.....	59
1-Maillage territorial.....	59
2-Demandes de soins non programmés .....	59
3-L'exemple du projet OSyS en Bretagne.....	59
B-Compétences et formation du pharmacien .....	61
C-Confiance accordée par les patients au pharmacien.....	61

1-Etude Avenir Pharmacie de 2017 .....	62
2-Etude Avenir Pharmacie de 2018 .....	62
D-Nouvelles missions .....	64
1-Entretiens et bilans partagés de médication .....	64
2-Téléconsultation à l'officine .....	66
3-Tests rapides d'orientation diagnostic.....	66
4-Vaccination .....	67
5-Dispensation protocolisée.....	67
6-Dépistage organisé du cancer colorectal.....	68
7-Pharmacien correspondant et pharmacien référent.....	68
8-Renouvellement d'ordonnances .....	69
E-Freins à ces nouvelles missions .....	69
1-Accueil des autres professionnels .....	69
2-Locaux .....	69
3-Personnels .....	70
4-Coûts.....	70
5-Formation.....	70
F-Fermetures d'officines en zone rurale .....	70
G-Le pharmacien dans le monde .....	71
1-Le pharmacien prescripteur .....	71
2-Le pharmacien au Canada : le concept de soins pharmaceutiques .....	71
3-Le pharmacien suisse .....	73
4-Le pharmacien prescripteur en Ecosse .....	73
Partie 3 : Enquête de perception auprès des acteurs officinaux dans les Hauts-de-France .....	75
A-Matériel et méthodes.....	75
1-Type d'enquête .....	75
2-Population étudiée .....	75
3-Méthode d'enquête .....	76
4-Protection des données personnelles.....	77
5-Diffusion .....	77
6-Durée de diffusion .....	79
7-Analyse des données.....	79
B-Résultats de l'enquête de perception.....	80
1-Répondants : caractéristiques de la population .....	80

2- Entourage médical et perception de la pénurie de médecins généralistes....	82
3- Impacts sur l'officine .....	86
4-Perception des équipes officinales .....	92
D-Discussion.....	95
1-Résumé des principaux résultats.....	95
2-Discussion sur la méthode .....	96
3-Conclusion de l'enquête.....	97
Conclusion.....	99
Références bibliographiques .....	101

## LISTE DES ABREVIATIONS

### A :

ALD : Affection Longue Durée  
APA : Allocation Personnalisée Autonomie  
APL : Accessibilité Potentielle Localisée  
ARS : Agence Régionale de Santé

### B :

BPM : Bilan Partagé de Médication

### C :

CAIM : Contrat d'aide à l'installation des médecins  
CDE : Contrat de début d'exercice  
CDS : Centre de Santé  
CESP : Contrat d'engagement de service public  
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins  
CNOP : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens  
COSCOM : Contrat de stabilisation et de coordinations des médecins  
COTRAM : Contrat de transition  
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé  
CSP : Code de la Santé Publique

### D :

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

### E :

EPM : Entretien de Polymédication  
ESP : Equipe de Soins Primaires  
ETP : Equivalent Temps Plein

### F :

FMT : Forfait médecin traitant

### H :

HAS : Haute Autorité de Santé  
HPST : Hôpital Patients Santé Territoires

### I :

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique  
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques  
IPA : Infirmier en Pratique Avancée  
Irdes : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

### M :

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées  
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

- N :**  
NHS : National Health Service
- O :**  
OSyS : Orientation Système Soins
- P :**  
PASS : Parcours accès spécifique santé
- S :**  
SAS : Service d'Accès aux Soins  
SNP : Soin Non Programmé  
SRCV : Statistiques sur les Ressources et Conditions de Vie
- T :**  
TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostic
- U :**  
UFML : Union Française pour une Médecine Libre  
Uncam : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie  
Unocam : Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance  
Maladie  
URPS : Union Régionale de Professionnels de Santé
- Z :**  
ZAC : Zone d'Action Complémentaire  
ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

## Liste des figures

FIGURE 1. EVOLUTION DE L'FFECTIF DES MEDECINS EN ACTIVITE DEPUIS 2010 (3) .....	22
FIGURE 2. STRUCTURE PAR SEXE ET AGE DES MEDECINS GENERALISTES EN ACTIVITE – FRANCE ENTIERE. ....	24
FIGURE 3. STRUCTURE PAR SEXE ET AGE DES MEDECINS GENERALISTES EN ACTIVITE – HAUTS-DE-FRANCE. ....	25
FIGURE 4. DENSITES REGIONALES DES MEDECINS SPECIALISTES EN MEDECINE GENERALE EN ACTIVITE AU 1 <sup>ER</sup> JANVIER 2023 (POUR 100 000 HABITANTS) .....	26
FIGURE 5. DENSITES DEPARTEMENTALES DES MEDECINS SPECIALISTES EN MEDECINE GENERALE EN ACTIVITE AU 1 <sup>ER</sup> JANVIER 2023 (POUR 100 000 HABITANTS) .....	27
FIGURE 6. DENSITE DES MEDECINS GENERALISTES ACTIFS EN 2023 (POUR 100 000 HABITANTS) DANS LES HAUTS-DE-FRANCE .....	28
FIGURE 7. ZONAGE CONVENTIONNEL DES MEDECINS GENERALISTES, SELECTION HAUTS-DE-FRANCE.....	30
FIGURE 8. EVOLUTION DU NUMERUS CLAUSUS (11). ....	31
FIGURE 9. EVOLUTION CUMULEE DU NOMBRE DE CESP SIGNES DEPUIS 2011.....	43
FIGURE 10. NIVEAU DE MATURITE DES CPTS DANS LA REGION : HAUTS-DE-FRANCE – JANVIER 2024, D'APRES LE MINISTERE DU TRAVAIL DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. ....	49
FIGURE 11. UN MEDICOBUS. ....	52
FIGURE 12. REPARTITION DES PHARMACIENS INSCRITS AU CNOP PAR SECTION EN FRANCE METROPOLITAINE ET DANS LES HAUTS-DE-FRANCE. ....	76
FIGURE 13. CARTOGRAPHIE DES CPTS ET PROJETS DE CPTS EN REGION HAUTS-DE-FRANCE.....	78
FIGURE 14. MAIL D'INFORMATIONS DE L'URPS PHARMACIENS HAUTS-DE-FRANCE. ....	79
FIGURE 15. REPARTITION DES OFFICINES SELON L'APL DE LEUR COMMUNE (N = 153).....	83
FIGURE 16. NOMBRE DE REpondANTS AYANT EU DES IMPACTS SUR LEUR OFFICINE SUITE AU MANQUE DE MEDECINS GENERALISTES (N = 107) .....	86
FIGURE 17. NOMBRES DE REpondANTS DECLARANT DES ADAPTATIONS EXISTANTES DANS LEUR OFFICINE.....	90
FIGURE 18. NOMBRE DE REpondANTS DECLARANT DES ADAPTATIONS A VENIR (N = 33). ....	90
FIGURE 19. NOMBRE DE REpondANTS DECLARANT DES FREINS A LA MISE EN PLACE DES ADAPTATIONS A L'OFFICINE (N = 137). ....	91
FIGURE 20. RESSENTI DES ACTEURS OFFICINAUX AU SUJET DE LA PENURIE DE MEDECINS GENERALISTES (N = 137). .....	92
FIGURE 21. RESSENTI DES PHARMACIENS TITULAIRES ET DES PHARMACIENS ADJOINTS / REMPLAÇANTS.....	93
FIGURE 22. CAPACITE D'ADAPTATION (N = 137). ....	93
FIGURE 23. CAPACITE D'ADAPTATION DES TITULAIRES ET DES ADJOINTS/REMPLEÇANTS.....	94

## Liste des tableaux

TABEAU 1. EVOLUTION DES EFFECTIFS DE MEDECINS GENERALISTES EN FRANCE. ....	23
TABEAU 2. EVOLUTION DES EFFECTIFS DE MEDECINS GENERALISTES DES HAUTS-DE-FRANCE. ....	23
TABEAU 3. VARIATION 2010-2023 DES EFFECTIFS DES MEDECINS GENERALISTES DES DEPARTEMENTS DES HAUTS-DE-FRANCE. ....	24
TABEAU 4. NOMBRE D'HABITANTS PAR CHEF-LIEU DES DEPARTEMENTS DES HAUTS-DE-FRANCE EN 2020. ....	28
TABEAU 5. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION.....	81
TABEAU 6. ENTOURAGE MEDICAL DES REpondANTS. ....	83
TABEAU 7. PROPORTION D'OFFICINES EN FONCTION DE LA ZONE GEOGRAPHIQUE ET DE L'APL DE LA COMMUNE (N = 126).....	84
TABEAU 8. PERCEPTION DU NOMBRE DE MEDECINS A PROXIMITE DE L'OFFICINE. ....	84
TABEAU 9. IMPACTS SUR L'ACTIVITE OFFICINALE POUR LES REpondANTS AYANT DECLARE DES CONSEQUENCES AU MANQUE DE MEDECINS. ....	87

TABLEAU 10. CONSEQUENCES RELATIONNELLES POUR LES REpondANTS AYANT DECLARE DES CONSEQUENCES AU MANQUE DE MEDECINS. ....	88
TABLEAU 11. ADAPTATIONS A LA PENURIE DE MEDECINS GENERALISTES ET FREINS A CES ADAPTATIONS.....	89
TABLEAU 12. RESENTI ET CAPACITE D'ADAPTATION DES REpondANTS AU SUJET DE LA PENURIE DE MEDECINS GENERALISTES. ....	92

## Liste des annexes

ANNEXE 1. FORMULAIRE RECHERCHE DE MEDECIN TRAITANT, DE LA CPTS LITTORAL EN NORD. ....	110
ANNEXE 2. QUESTIONNAIRE .....	112
ANNEXE 3. EXONERATION DE DECLARATION RELATIVE AU REGLEMENT GENERAL SUR LA PROTECTION DES DONNEES. ....	121
ANNEXE 4. TABLEAU COMPARATIF DE LA PROPORTION DES REpondANTS SELON LEUR DEPARTEMENT A LA REPARTITION DES OFFICINES EN 2022 DANS LES HAUTS-DE-FRANCE.....	122
ANNEXE 5. CARACTERISTIQUES DE L'ENTOURAGE MEDICAL ET SA PERCEPTION SELON LE METIER. ....	123
ANNEXE 6. COMMENTAIRES DES REpondANTS A LA QUESTION 12 AU SUJET DE L'APL.....	124
ANNEXE 7. REponses OBTENUES A LA QUESTION 14 POUR JUSTIFIER L'INSUFFISANCE DE MEDECINS GENERALISTES. ....	125
ANNEXE 8. REponses DE LA QUESTION 15 POUR JUSTIFIER LA SUFFISANCE DE MEDECINS GENERALISTES. ....	132
ANNEXE 9. COMMENTAIRES DE LA QUESTION 17 POUR PRECISER COMMENT LE PROBLEME DU MANQUE DE MEDECINS A ETE RESOLU. ....	133
ANNEXE 10. IMPACTS SUR L'ACTIVITE OFFICINALE ET CONSEQUENCES RELATIONNELLES POUR TOUS LES REpondANTS. ....	135
ANNEXE 11. ADAPTATIONS ET FREINS POUR TOUS LES REpondANTS. ....	137
ANNEXE 12. REponses AU SUJET DES AUTRES IMPACTS. ....	138
ANNEXE 13. COMMENTAIRES LIBRES, QUESTION 31. ....	141

## Introduction

En France, le nombre de médecins n'a jamais été aussi élevé, pourtant au 30 juin 2021, il y avait tout de même 11% de Français sans médecin traitant, soit presque 6 millions de personnes (1). De plus, les Français ayant déjà un médecin traitant voient leur délai de rendez-vous augmenter, notamment pour les soins non programmés.

Le médecin généraliste français est souvent considéré comme le premier acteur de soins. Il est celui qui suit le patient dans sa globalité pour ses différents problèmes de santé. Il est compétent dans tous les domaines de la santé. Il a un rôle dans le diagnostic, le traitement et la surveillance. Il oriente le patient vers d'autres professionnels de santé. Il a un lien avec les médecins spécialistes et l'hôpital via notamment des comptes rendus et courriers médicaux. Or, il est en général choisi par le patient comme médecin traitant. Le médecin traitant est celui choisi par le patient et déclaré auprès de la caisse d'Assurance Maladie pour coordonner ses soins et permettre au patient de bénéficier du parcours de soins coordonnés.

Selon l'Assurance Maladie, un médecin généraliste a en moyenne 1 615 patients en 2022 (2). Il manquerait donc plus de 3 700 médecins généralistes.

Ce manque de médecins généralistes est impactant pour le patient mais aussi pour les médecins généralistes eux-mêmes et les autres professionnels de santé. Pour le pharmacien d'officine, les conséquences ne sont pas très documentées dans la littérature, mais elles existent pourtant. En effet, l'activité des officines est composée à 80% de délivrance d'ordonnances. Le problème se soulève alors de trouver des solutions efficaces pour les patients.

Cette thèse a pour objectif de faire un état des lieux de la pénurie de médecins généralistes dans les Hauts-de-France, de connaître les conséquences sur le système de soins et les solutions déjà mises en place et potentielles. L'objectif est également de découvrir la perception des pharmaciens, étudiants en 6<sup>ème</sup> année officine et préparateurs en pharmacie au sujet de cette problématique ainsi que les impacts potentiels sur leurs activités au quotidien.

Après avoir rappelé la démographie médicale française et celle des Hauts-de-France, les causes et les conséquences du manque de médecins généralistes, nous nous interrogerons plus précisément sur les solutions envisageables et le rôle possible du pharmacien d'officine, dans certains domaines, pour répondre à cette situation préoccupante. Enfin, dans un volet pratique, nous nous pencherons sur la perception des acteurs officinaux au sujet de cette situation.

## Partie 1 : Pénurie de médecins généralistes

### A- Démographie médicale en France et dans les Hauts-de-France (3)

#### 1-Définitions

La **démographie médicale** est le nombre de médecins.

Par convention, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) utilise la notion d'**activité régulière** en référence à l'activité qualifiée de pleine par les médecins (hors activité intermittente, sans condition de cumul emploi-retraite). Dans les travaux actuels du CNOM l'activité régulière n'est pas valorisée en Equivalent Temps Plein (ETP).

Les **intermittents** sont ceux, qui, par opposition aux actifs réguliers, n'ont pas une activité qualifiée de pleine. Parmi eux sont notamment comptabilisés les remplaçants ou encore les retraités actifs ayant une activité intermittente.

Les **retraités actifs** sont des médecins qui ont fait valoir leur droit de retraite mais qui continuent d'avoir une activité médicale.

Les médecins **actifs, ou en activité**, regroupent tous les médecins qui ont un exercice, c'est-à-dire les actifs réguliers, les intermittents et les retraités.

La **densité médicale** correspond au nombre de médecins pour 100 000 habitants.

#### 2- Evolution des effectifs

Les effectifs de médecins en activité sont en constante augmentation depuis 2010 (Figure 1).

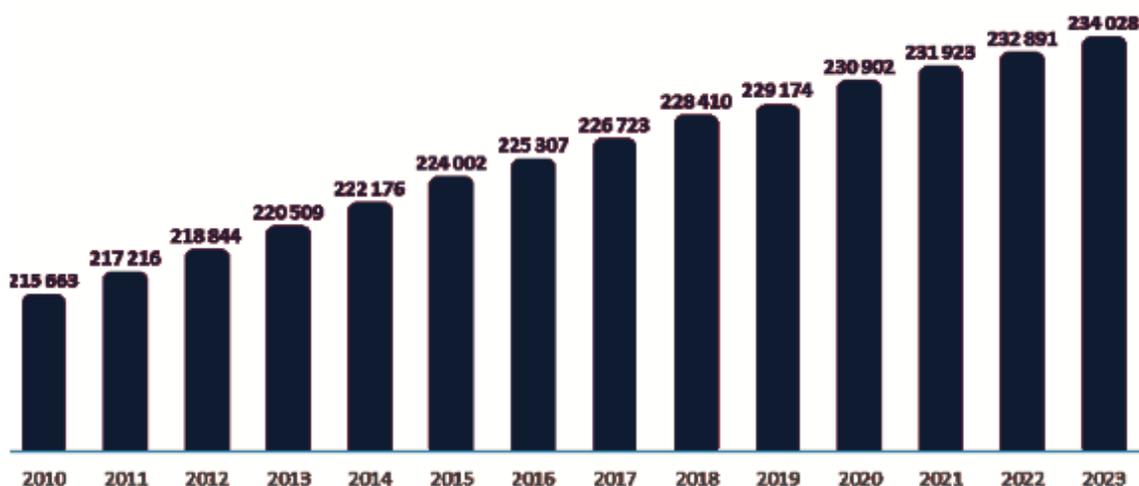


Figure 1. Evolution de l'effectif des médecins en activité depuis 2010 (3)

Au 1<sup>er</sup> janvier 2023, la France comprend 234 028 médecins en activité inscrits au Tableau de l'Ordre des médecins. En 2010, ils étaient 215 663 médecins, soit une variation de +8,5%. Parmi ces médecins en activité, nous comptons 43,3% de spécialistes en médecine générale en 2023, contre 48% en 2010 ; soient 101 400 médecins généralistes en 2023 et 103 500 en 2010.

Les effectifs de médecins généralistes ont varié de manière plus ou moins similaire en France et dans les Hauts-de-France entre 2010 et 2023 selon la catégorie d'activité (Tableaux 1 et 2).

*Tableau 1. Evolution des effectifs de médecins généralistes en France.*

	Retraités actifs	Intermittents	Actifs réguliers	Ensemble des médecins actifs
2010	2 281	6 936	94 261	103 478
2023	8 892	9 502	82 987	101 381
Variation 2010-2023	289,8%	37%	-12%	-2%

En France en 2023, l'effectif des médecins généralistes actifs réguliers est de 82 987. Il est de 101 381 pour l'ensemble des médecins actifs. Nous notons une diminution de ces effectifs de -12% et -2% depuis 2010. La faible diminution du nombre de médecins généralistes actifs est due à l'augmentation de 37% des intermittents et de 289,8% des retraités actifs depuis 2010.

*Tableau 2. Evolution des effectifs de médecins généralistes des Hauts-de-France.*

	Retraités actifs	Intermittents	Actifs réguliers	Ensemble des médecins actifs
2010	183	506	8 379	9 068
2023	664	673	7 019	8 356
Variation 2010-2023	262,8%	33,0%	-16,2%	-7,9%

Dans les Hauts-de-France, les variations par catégorie sont similaires. En revanche, la diminution de l'ensemble des médecins généralistes actifs est plus importante qu'au niveau national : -7,9%.

Les effectifs de médecins généralistes des Hauts-de-France présentent également des variations différentes selon le département (Tableau 3).

Tableau 3. Variation 2010-2023 des effectifs des médecins généralistes des départements des Hauts-de-France.

	Retraités actifs	Intermittents	Actifs réguliers	Ensemble des médecins actifs
Aisne	235,3%	35,0%	-29,8%	-21,1%
Nord	257,0%	32,5%	-11,8%	-3,3%
Oise	428,6%	30,4%	-25,6%	-16,9%
Pas-de-Calais	277,3%	24,1%	-18,8%	-11,0%
Somme	172,7%	47,7%	-10,3%	-2,4%

A l'échelle départementale, ces effectifs sont également en baisse pour les 5 départements mais l'Oise et l'Aisne présentent des variations négatives plus importantes. Ces deux départements ont les plus grandes inégalités de santé.

### 3- Structure par sexe et âge

Les effectifs de médecins généralistes ont évolué différemment selon le sexe et l'âge entre 2010 et 2023 en France et dans les Hauts-de-France (Figures 2 et 3).

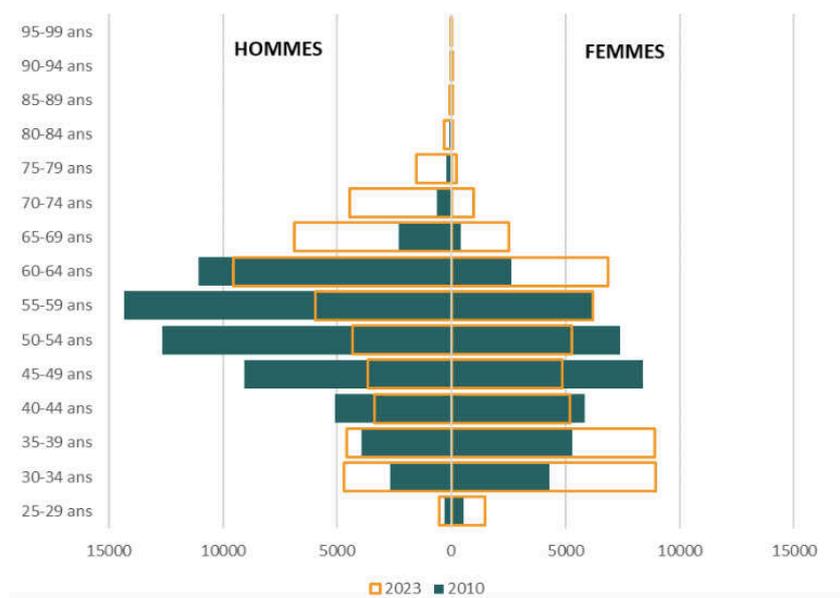


Figure 2. Structure par sexe et âge des médecins généralistes en activité – France entière.

En France, les femmes sont plus représentées que les hommes, avec un taux de féminisation chez les actifs en 2023 de 50,7% contre 39,7% en 2010.

Concernant l'âge, les moins de 40 ans sont 28,8% en 2023 alors qu'ils étaient 16,5% en 2010. Les 60 ans et plus sont 32,9% en 2023 contre 16,9% en 2010. L'âge moyen de l'ensemble des actifs est de 50,8 ans en 2023, contre 50,2 ans en 2010. Ceci peut s'expliquer par l'augmentation des retraités actifs, la proportion des 60 ans et plus étant supérieure à celle des moins de 40 ans.

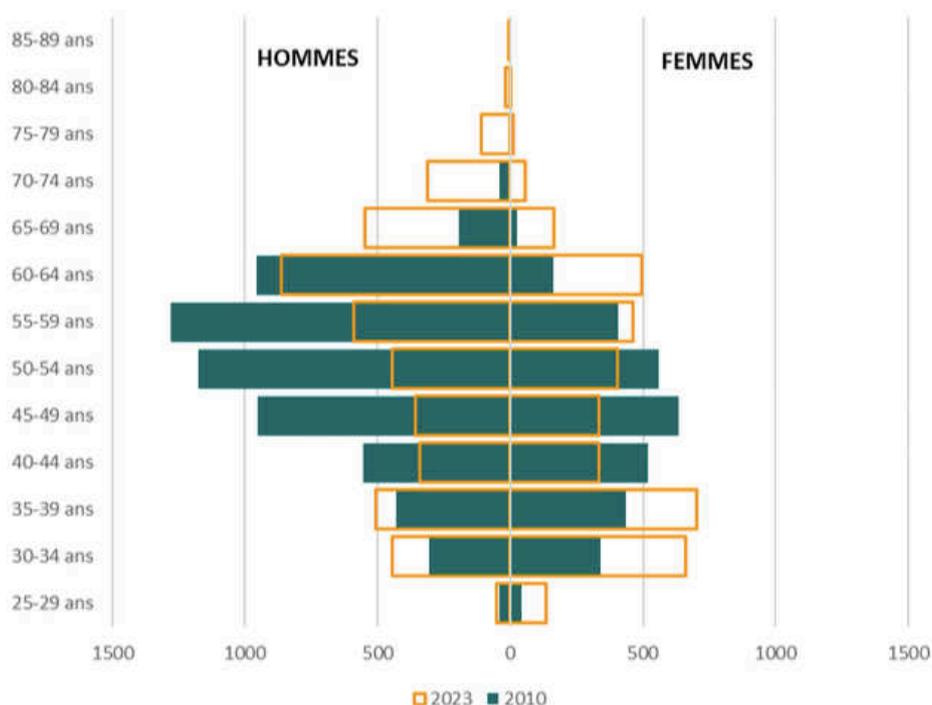


Figure 3. Structure par sexe et âge des médecins généralistes en activité – Hauts-de-France.

Contrairement à la France, en 2023 les femmes restent sous-représentées dans les Hauts-de-France, avec un taux de féminisation de 45,1%. Ce taux était pourtant de 34,5% en 2010.

En revanche, les proportions par âge dans les Hauts-de-France sont similaires à celles de la France. L'âge moyen est de 50,3 ans en 2023 et 49,5 ans en 2010.

#### 4- Mode d'exercice

En France et dans les Hauts-de-France, l'exercice libéral est le mode d'exercice principal choisi par les médecins généralistes, à hauteur de 60% environ. Cependant, ce mode d'exercice progresse dans les Hauts-de-France, alors qu'il a tendance à diminuer légèrement en France.

## 5- Densité médicale

La densité médicale permet d'évaluer les disparités entre des territoires. Elle rapporte le niveau d'offre en professionnels de santé d'un territoire à la population concernée. Entre 2012 et 2021, la densité de médecins généralistes passe de 153 à 140 / 100 000 habitants. En 2023, cette densité est de 119,8 médecins généralistes / 100 000 habitants.

### Comparaison avec les pays d'Europe :

En 2014, la France compte 155 médecins généralistes pour 100 000 habitants. En Europe, le Portugal (228), l'Allemagne (172), l'Irlande (165), et l'Autriche (165) sont les mieux dotés. En revanche, nous constatons notamment que l'Espagne (75), le Luxembourg (88), le Royaume-Uni (80) ont une densité médicale quasiment deux fois plus faible que celle de la France. Cependant, ces chiffres doivent être analysés avec la densité d'infirmiers. En général, une faible densité de médecins s'accompagne d'une forte densité d'infirmiers, et inversement.

En France, la densité de médecins généralistes diffère selon la région (Figure 4).

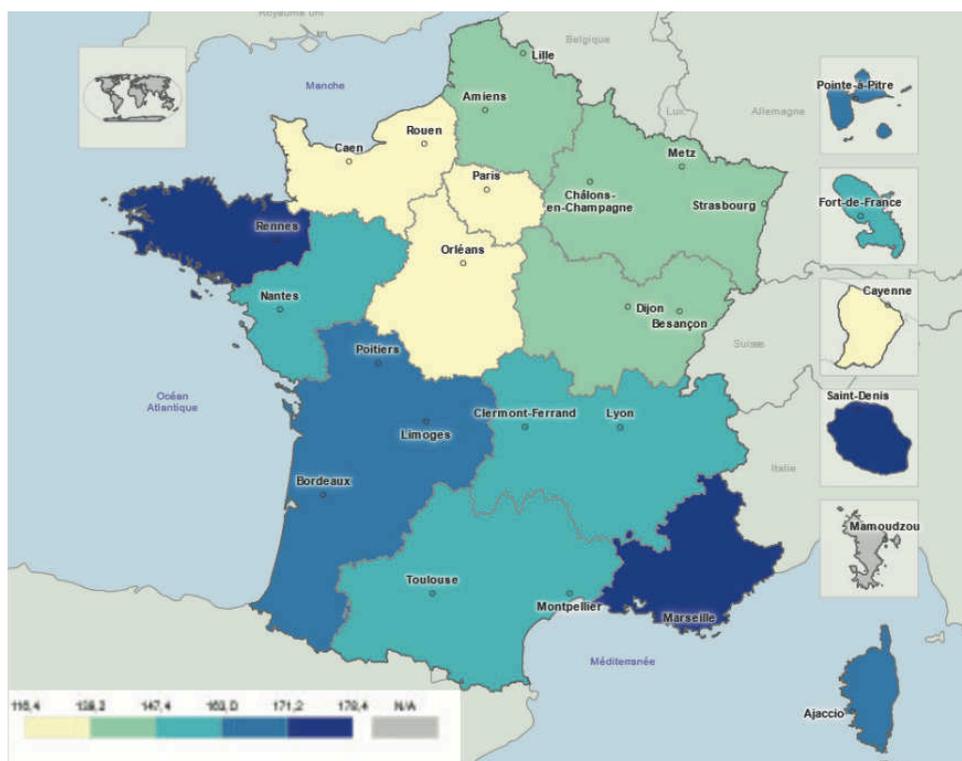


Figure 4. Densités régionales des médecins spécialistes en médecine générale en activité au 1<sup>er</sup> janvier 2023 (pour 100 000 habitants).

Une opposition nord-sud se dessine. La moitié nord de la France est moins bien dotée en médecins généralistes que la moitié sud.

Nous constatons même des disparités au sein même des régions (Figure 5).

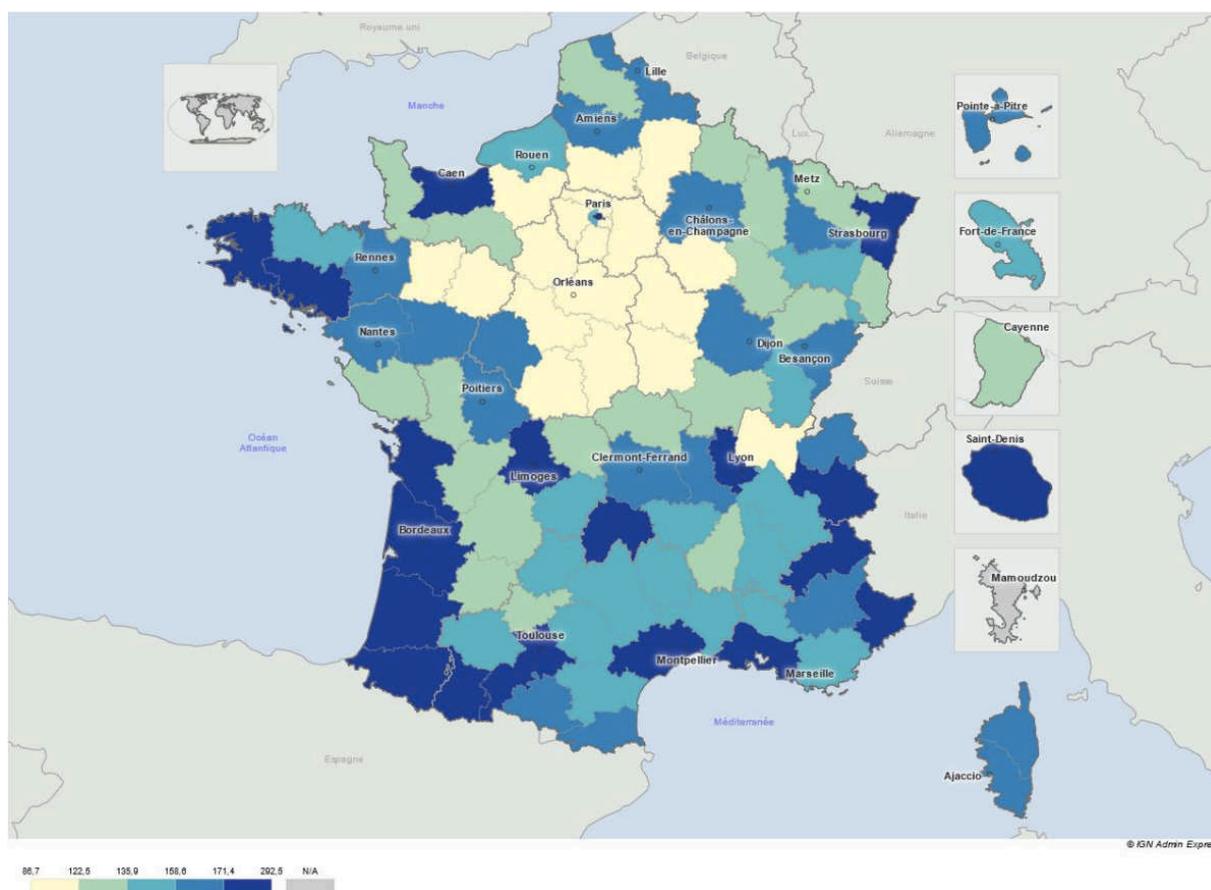


Figure 5. Densités départementales des médecins spécialistes en médecine générale en activité au 1<sup>er</sup> janvier 2023 (pour 100 000 habitants).

Les départements du centre de la France sont ceux ayant la plus faible densité de médecins généralistes. Au sein même des régions les plus pourvues en médecins généralistes : les départements des zones côtières et frontalières, et ceux des grandes villes, sont ceux les plus dotés.

Les Hauts-de-France n'échappent pas non plus à ces disparités entre les départements (Figure 6).

En effet, si nous nous intéressons aux Hauts-de-France, nous voyons une disparité entre ses départements. L'Aisne et l'Oise ont la plus faible densité médicale (98,6 à 128,9 médecins généralistes pour 100 000 habitants), alors que le Nord et la Somme ont une densité médicale comprise entre 158,6 et 167,2 médecins généralistes pour 100 000 habitants. Mais, pour les 5 départements des Hauts-de-France, cette densité médicale en médecins généralistes a diminué depuis 2010. L'accès aux soins semble donc de plus en plus difficile.

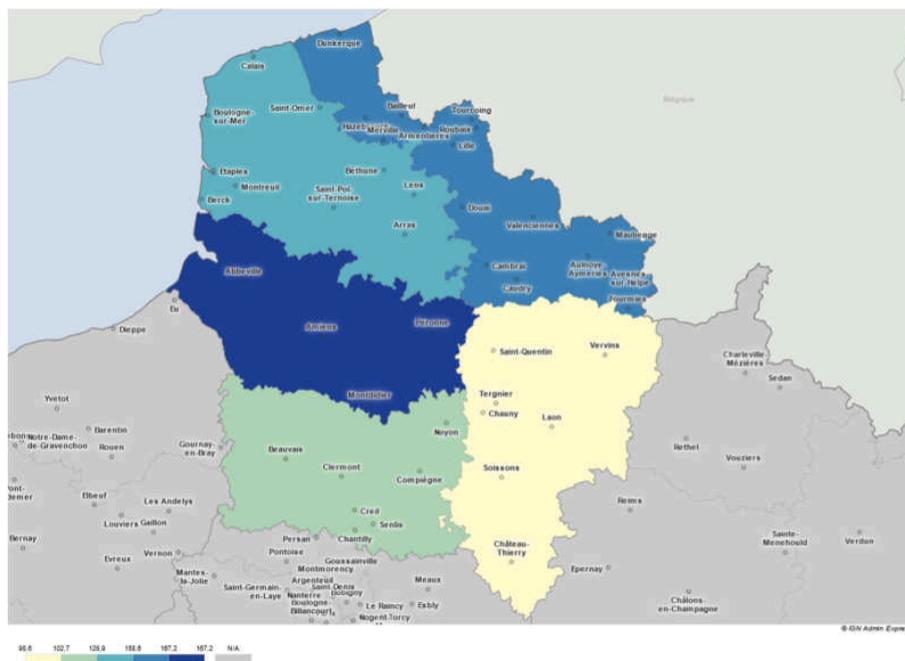


Figure 6. Densité des médecins généralistes actifs en 2023 (pour 100 000 habitants) dans les Hauts-de-France

Les grandes villes semblent être plus attractives que les petites. Laon est la plus petite ville, son département l’Aisne est celui qui subit le plus d’inégalités de santé (Tableau 4).

Tableau 4. Nombre d’habitants par chef-lieu des départements des Hauts-de-France en 2020.

Commune	Nombre d’habitants en 2020
Amiens	134 167
Arras	42 337
Beauvais	56 889
Laon	24 091
Lille	234 500

Au total, nous pouvons noter une diminution globale du nombre de médecins généralistes actifs en France et dans les Hauts-de-France. Les actifs réguliers ont diminué alors que les retraités actifs ont fortement augmenté.

En 2010, il y avait plus de médecins généralistes hommes et âgés. En 2023, la tendance s’inverse : nous voyons le retour de jeunes médecins généralistes et surtout plus de femmes.

Les médecins généralistes préfèrent vraisemblablement exercer dans les départements des zones côtières et frontalières, ainsi que ceux ayant des grandes villes plus attractives.

## 6-Déserts médicaux

Depuis de nombreuses années, le terme « désert médical » est apparu dans le débat public et la presse. Un désert, par définition, peut notamment être un lieu inhabité, vide ou peu fréquenté. Un « désert médical » serait donc une zone insuffisamment dotée en professionnels de santé d'une manière générale : médecins, généralistes et spécialistes, ainsi que paramédicaux (4). Cependant, cette métaphore alarmante reste à ce jour peu définie : il n'existe aucune valeur permettant de qualifier une zone de « désert médical ». Nous parlerons donc plutôt de difficultés d'accès aux soins ou de zones sous-denses.

Quand on parle de zones sous-denses, on peut les séparer en deux catégories 1/ des communes sous-denses où l'offre de soins actuelle ou à court terme est trop faible et 2/ des communes sous-denses mais sans déficit global sur le territoire. L'accès aux soins est un concept multidimensionnel : dimension spatiale, financière, temporelle, sociale, culturelle, etc. (5). Une fois de plus, il n'existe pas de référence qui permet de qualifier un bon ou mauvais accès aux soins. En revanche, la répartition géographique des professionnels de santé semble être le pilier d'un bon accès aux soins : il s'agit d'une condition nécessaire à l'accès aux soins.

En 2015, nous savons que 84% de la population française habite dans une commune où travaille un médecin généraliste et que 98% de la population peut accéder à un médecin généraliste en moins de 10 minutes. Cependant, cela ne veut pas dire que le médecin généraliste est disponible pour accepter tous les patients résidant sur sa commune d'exercice ou à moins de 10 minutes. Ainsi, pour évaluer l'accès aux soins, la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) et l'Irdes (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) ont créé un indicateur d'accessibilité aux soins : l'accessibilité potentielle localisée (APL) (5). L'APL tient compte de la proximité mais aussi de la disponibilité des médecins, de l'activité des médecins et des besoins de la population en fonction de l'âge. L'APL correspond à un nombre de consultations (ou visites) accessibles pour chaque patient par an.

En 2017, l'APL moyenne était de 4 consultations par an (6). En 2018, les Français avaient accès à 3,93 consultations par an en moyenne. Alors qu'en 2015, cette moyenne était de 4,06, soit une diminution de 3,3% en 3 ans. Ainsi, la part des personnes vivant en zone sous-dotée est passée de 3,8 à 5,7%. Tous les territoires sont concernés par ces difficultés : 60% des concernés vivent dans des espaces ruraux, 21% en banlieue parisienne, 30% dans les grandes aires urbaines (4).

L'APL retenue est de 2,5 consultations par habitant et par an : 8,1% de la population française subit une situation de faible accessibilité (7). En revanche, si on ne prend pas en compte l'offre accessible via les médecins de plus de 65 ans, car ils sont susceptibles de cesser leur activité prochainement, on considère que c'est 12,4% de la population qui subit cette faible accessibilité.

Une fois que les zones sous-denses en médecins ont été identifiées par l'APL, elles sont classées en 2 catégories (8) :

- les zones d'intervention prioritaire (ZIP) qui sont les plus fragiles,
- et les zones d'action complémentaire (ZAC) qui sont moins fragiles que les ZIP.

Le site cartosanté permet de connaître ces informations en fonction d'un territoire (Figure 7) (9).

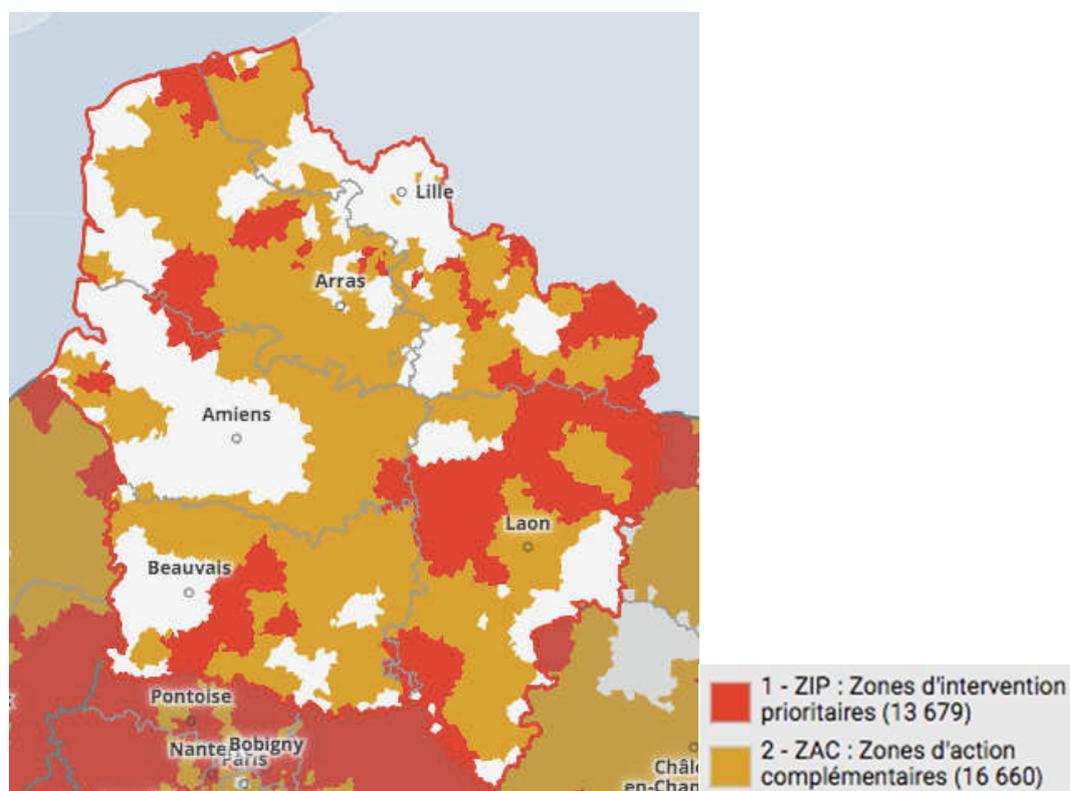


Figure 7. Zonage conventionnel des médecins généralistes, sélection Hauts-de-France.

En France, nous comptons 16 660 (47,6%) communes en ZAC et 13 679 (39,1%) communes en ZIP. Sur les 3 787 communes des Hauts-de-France, 1 962 (51,8%) sont classées ZAC et 753 (19,9%) sont classées ZIP.

## B-Causes de cette pénurie

### 1-Critères jouant sur l'offre

#### 1.1 *Numerus clausus, accès aux études de santé et politiques de santé*

Le *numerus clausus* a été instauré en 1971 (10). Avant cette date, les étudiants accédaient en deuxième année de médecine à la suite de leur réussite aux examens. Le *numerus clausus* permet de limiter le nombre d'étudiants en médecine en fin de première année. Une quantité trop faible en médecins n'entraîne évidemment pas un accès aux soins à tous. Or, une quantité excessive de médecins a aussi des inconvénients. En effet, il a été prouvé que la quantité de soins consommés et donc les dépenses de l'Assurance maladie sont plus élevées dans les zones où les densités médicales sont les plus importantes. Mais, cette augmentation des dépenses n'entraîne pas pour autant un meilleur état sanitaire de la population. C'est notamment pourquoi, devant l'augmentation du nombre d'inscrits en première année, le *numerus clausus* a été mis en place : afin d'avoir un nombre optimal de médecins.

Le *numerus clausus* a aussi été défendu par le corps médical qui a été choqué à la suite des événements de mai 1968 : selon lui, seul un concours très sélectif pouvait préserver le prestige de leur profession. Ils pensaient que la hausse trop rapide d'étudiants en médecine entraînerait un appauvrissement du niveau social des médecins.

Le terme concours n'est apparu qu'en octobre 1973. Auparavant, il était simplement question d'une « limitation » du nombre d'étudiants admis en deuxième année. Cependant, le mouvement des « reçus-collés », qui ont réussi les examens mais ne sont pas admis, a forcé le ministère de l'Education nationale à reconnaître qu'il s'agissait bien d'un concours. Au fil des années, le *numerus clausus* a évolué différemment (figure 8).

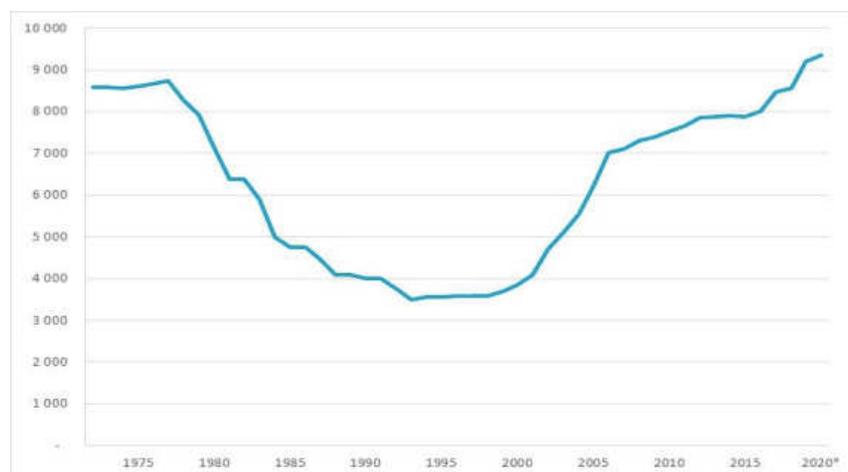


Figure 8. Evolution du *numerus clausus* (11).

Ce numerus clausus a été déterminé par les Comités hospitalo-universitaires et arrêté tous les ans. En 1971, il a été fixé à 8 600. En 1979, ce numerus clausus a été diminué à moins de 6 000. En effet une « bosse » démographique médicale était prévisible dans les années 2000. Le numerus clausus a été progressivement diminué, pour atteindre 3 500 en 1992. Vers 1998, le numerus clausus a été à nouveau augmenté fortement. Le but était de remplacer les départs en retraite des médecins. Cette forte hausse a été moins importante de 2005 à 2010. En 2020, le numerus clausus a atteint environ 9 300 places. Ce numerus clausus global a été décliné par régions. Le but était d'essayer de réduire les inégalités entre les régions. En effet, les étudiants s'installaient où ils avaient fait leurs études. Donc les régions ayant une densité médicale plus forte ont vu leur numerus clausus diminuer de manière plus importante (12).

Après 50 ans d'existence, le numerus clausus a été supprimé en 2020 (13). Le but de cette suppression est notamment de former la quantité de professionnels de santé selon les réels besoins, car la politique du numerus clausus a entraîné des tensions dans l'offre de soins. Pour Agnès Buzyn, ministre de la Santé de l'époque, il s'agissait d' « arrêter le gâchis humain » entraîné par la sélectivité du concours et les conditions difficiles de préparation. En 2020, la Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES) a laissé place au Parcours Accès Spécifique Santé (PASS) et à la Licence Accès Santé (LAS). Les objectifs de cette réforme étaient : la réussite des étudiants, la diversification des profils et une meilleure répartition de l'offre de formation sur le territoire (14). Mais, la suppression de ce numerus clausus ne va pas forcément aider à rétablir l'équilibre. En effet, les universités devront toujours limiter le nombre d'étudiants en fonction de leurs capacités d'accueil afin de former correctement ces étudiants.

## *1.2-Féminisation*

Nous avons déjà constaté que la part de femmes augmente d'années en années. Pour rappel, en 2023, les femmes représentent 50,7% des médecins actifs, contre 39,7% en 2010. Or, en France en 2000, les femmes généralistes à temps complet effectuaient en moyenne 50 heures de travail hebdomadaires contre 58h pour les hommes (15). Nous pouvons aussi faire remarquer que, d'une manière générale, le congé maternité est plus long que le congé paternité. D'après une thèse de médecine générale sur la féminisation de la profession soutenue en 2015 (16), les femmes exercent plus souvent à temps partiel, elles travaillent moins le samedi et

participent moins à la permanence de soins que leurs homologues masculins. Aussi, elles pratiquent moins d'actes par jour et ont des consultations plus longues. Elles réalisent moins de visites à domicile. Cependant, l'écart d'activité tendait à diminuer au fil des années avec une égalisation de l'activité moyenne qui devrait être atteinte en 2025. Nous pouvons donc légitimement penser que la féminisation de la profession participe à la hausse de la pénurie de médecins généralistes.

### *1.3-Temps de travail, qualité de vie et zones peu attractives pour le conjoint*

La féminisation ne peut être la seule cause à cette pénurie. En effet, on constate aussi que l'offre de soins a diminué pour un médecin (10) : les médecins, hommes et femmes, ont diminué leur temps de travail. Ceci est confirmé par l'augmentation de la proportion de médecins ayant une activité salariée. Les nouvelles générations de médecins ne souhaitent plus travailler autant que les anciennes générations. Ces nouveaux médecins ont été élevés dans une politique sociale des 35 heures hebdomadaires et dans une société de loisirs. Eux aussi souhaitent pouvoir profiter de leur vie privée.

Les études de médecine étant longues, souvent, le conjoint du médecin exerce déjà. Ainsi, le médecin nouvellement diplômé a tendance à s'installer là où son conjoint travaille, et cela n'est pas forcément dans une zone sous-dense. Une mauvaise répartition de l'offre de soins est ainsi créée. Aussi, les zones sous-denses sont régulièrement des zones peu dotées en emplois, en transports, en infrastructures, etc. Il est donc plus difficile pour le conjoint du médecin de s'installer dans de telles zones. Ce sont des zones peu attractives : elles possèdent peu d'infrastructures et d'équipements de la vie courante. Or les médecins aspirent à un cadre de travail agréable, un territoire où toute leur famille pourra trouver des services de qualité.

### *1.4-Spécialités*

Le nombre de médecins spécialistes augmente. En 2017 les spécialités « médecine d'urgence » et « gériatrie » ont été créées (11). Avant, les urgentistes et gériatres étaient des médecins généralistes ayant une formation supplémentaire adaptée. Ils étaient donc comptés dans les médecins généralistes. Ainsi, cette nouveauté a participé à la diminution du nombre de médecins généralistes.

### *1.5-Retraités, vieillissement de la population médicale*

La part des médecins généralistes retraités actifs a augmenté de plus de 200% au niveau national comme régional. Par exemple, la commune de Coudekerque-Branche (59) a ouvert en octobre 2023 un centre de santé communal (17). Ce centre fonctionne grâce à cinq médecins généralistes retraités qui ont repris du service à temps partiel, en étant salariés. Nous pouvons penser que, faute de repreneur, les médecins ne souhaitent pas abandonner leur patientèle. Les médecins retraités sont parfois sollicités pour reprendre une activité. Aussi, les pensions de retraite ne sont guère très élevées en comparaison des revenus que les médecins généralistes avaient en activité.

Depuis la loi Fillon de 2003, les médecins libéraux ont la possibilité de cumuler retraite et activité professionnelle. Depuis 2009 cela peut être fait sans plafonnement de revenus. En octobre 2022, le Président de la République a incité les médecins à poursuivre leur activité. Il a annoncé que tous les médecins généralistes arrivant à la retraite pourront prendre leur retraite mais continuer leur activité en gardant tous leurs revenus, sans payer de cotisation retraite nouvelle (18). Cependant, on constate bien souvent que les médecins retraités actifs ont une activité à temps partiel, comme à Coudekerque-Branche où les anciens patients de ces médecins n'ont donc pas pu tous être repris en patients dans ce nouveau centre de santé communal.

Enfin, les médecins prennent leur retraite mais n'arrivent pas toujours à trouver de remplaçant (19). Ces départs en retraite non remplacés ne font qu'augmenter une pression déjà importante sur les autres médecins généralistes en activité (20).

### *1.6-Rendez-vous non honorés*

L'Ordre des Médecins du Nord a mené une étude sur les rendez-vous médicaux non honorés (21). Ces rendez-vous médicaux non honorés correspondent aux non-présentations des patients sans prévenir et sans justification. Ils se sont penchés sur toutes les spécialités, tous les statuts (médecine libérale et salariée), et tous les lieux (ville ou établissement). Parmi les médecins ayant répondu, il y a 29% de médecins généralistes libéraux. Les résultats ont été publiés en janvier 2023. Au total, les rendez-vous non honorés correspondent à 7,60% des consultations. Cette proportion est la même dans les zones en pénurie. Le profil type des patients qui ne se présentent pas est un patient non-suivi habituellement au cabinet, non-adressé, jeune, pour un motif bénin et aigu, et qui a pris son rendez-vous sur internet. Finalement, les

médecins perdent en moyenne 2 heures chaque semaine. Sur ces 2 heures, seuls 15% sont affectés à d'autres patients.

En avril 2019, l'institut Odoxa a publié une enquête (22). En consultation en cabinet, 97% des médecins interrogés ont déclaré avoir déjà eu un patient ne se présentant pas à un rendez-vous, sans prévenir. 15% des français interrogés ont admis avoir déjà « posé un lapin » à leur médecin. La raison principale est « parce que cela vous est sorti de la tête/que vous aviez complètement oublié le rendez-vous » pour 48% d'entre eux. Ainsi, il est logique de se dire que résoudre ce problème permettrait d'améliorer en partie l'offre de soins. Les solutions proposées sont : une sensibilisation des patients aux conséquences de ces « lapins », un refus des récidivistes (sauf urgence), et une dissuasion financière. La dissuasion financière correspondrait à une facturation d'un acte par le médecin, le paiement du médecin par l'Assurance Maladie et enfin la retenue du montant sur les futurs remboursements du patient. Or déjà en 2019, l'Union française pour une médecine libre (UFML) a demandé une modification de l'article R4127-53 du Code de la santé publique (23). Cet article indique que les honoraires du médecin « ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués » (24). Cette solution est donc à ce jour impossible légalement. Mais, en avril 2024, le gouvernement a affirmé que les soignants devraient, à l'avenir, pouvoir facturer une taxe « lapins » de 5 euros aux patients qui ne se rendent pas à leurs rendez-vous médicaux sans prévenir.

Du 8 au 28 octobre 2023, l'Assurance Maladie était en campagne afin d'informer les patients sur les conséquences de leurs comportements sur le fonctionnement global du système de santé. Le but est de les aider à avoir les bons réflexes (25). Parmi les 3 spots télévisés, on retrouve un message fort sur les rendez-vous non honorés : « Annuler les rendez-vous de santé que l'on ne peut pas honorer ».

### *1.7-Tâches administratives*

Les tâches administratives des médecins peuvent être : la comptabilité, la télétransmission, la vérification des tiers payants, la commande de matériel, les documents à compléter auprès de la sécurité sociale, les demandes d'Allocation Personnalisée Autonomie (APA) ou bien de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) par exemple, la gestion éventuelle du personnel. Toutes ces tâches sont chronophages et font perdre du temps au médecin pour les soins. En 2010, une thèse s'est penchée sur les conditions de travail souhaitées par les futurs

médecins généralistes. Pour 82,6% des internes interrogés, les formalités administratives étaient le principal inconvénient de la médecine générale (26,27).

## 2-Critères jouant sur la demande

### 2.1-Augmentation de la population

En 1994, il y a une reprise nette de la natalité. Les consultations pédiatriques deviennent donc plus importantes (10). Or, souvent faute de pédiatres disponibles, les bébés sont suivis par le médecin traitant de famille. En 2010, selon la pyramide des âges de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (Insee), il y avait 64,6 millions d'habitants en France. En 2023, nous étions 67,7 millions d'habitants (28).

Le dernier exercice de projection de la population par l'Insee date de 2021 (29). Il nous indique que si les tendances démographiques récentes se poursuivaient, la population de la France augmenterait jusqu'en 2044 pour arriver à environ 69,3 millions d'habitants. Mathématiquement, plus d'habitants demande forcément plus de médecins.

### 2.2-Vieillesse de la population

En 2007, la proportion des 75 ans et plus est de 8,5% contre 4,3% en 1960 (10). Or, cette population a plus souvent recours aux consultations médicales, notamment à cause des maladies liées à l'âge (cardio-vasculaires, arthroses, démences, etc.). En effet, la génération du baby-boom arrive à l'âge où la consommation de soins est plus importante (11). En 2010, il y avait 10,7 millions de 65 ans et plus (17%). En 2023, nous comptons 14,5 millions de plus de 65 ans, soit 21% (28). L'Insee prévoit un accroissement et un vieillissement de la population jusqu'en 2070 (30). Ainsi, la proportion des 65 ans ou plus devrait augmenter fortement de 21% à 29% entre 2021 et 2070 (29).

### 2.3-Augmentation des maladies chroniques et polypathologiques

Les affections longue durée (ALD) concernent des maladies chroniques ou des maladies avec un traitement prolongé, associées à une thérapeutique particulièrement coûteuse (31). Entre 2008 et 2017, la quantité totale d'ALD a grimpé de 50% (30). D'ailleurs, les dépenses des ALD ont augmenté de 3,8% entre 2011 et 2016 (32). Cela s'explique pour 2,1% par la croissance et le vieillissement de la population ; mais aussi

simplement par la hausse de 1,6% des prévalences d'ALD dans toutes les classes d'âges. Le vieillissement contribue à augmenter les dépenses de soins des personnes en ALD de deux manières : la quantité de personnes bénéficiant du dispositif augmente et la dépense par personne augmente également. Or, par nature, les patients ayant des pathologies chroniques ont besoin de consulter plus fréquemment leur médecin traitant afin de renouveler leur traitement. Ainsi, plus il y a de patients avec une pathologie chronique, plus les médecins sont consultés et donc moins il y a de consultations disponibles.

## C-Conséquences directes sur le système de soin

### 1-Pour les médecins

#### *1.1-Etat de santé des médecins généralistes*

Une thèse de médecine s'est penchée sur l'état de santé des médecins généralistes des Hauts-de-France, et aussi en fonction de l'exercice en « désert médical ». D'après une étude de l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) de 2019, 53% des praticiens libéraux jugent que les médecins sont moins bien soignés que leurs patients. D'une manière générale, l'état de santé des généralistes en activité libérale est mauvais. Souvent, les médecins généralistes se soignent eux-mêmes : 75% des médecins de villes se sont déclarés comme étant leur propre médecin traitant. Les raisons sont notamment la facilité, la peur de déranger un confrère, mais surtout le manque de temps pour 74,7% des médecins ayant déclaré un médecin traitant. 36,8% des interrogés pensaient qu'il serait judicieux qu'une déclaration d'un médecin traitant autre que soi-même soit obligatoire, car il est difficile d'être objectif dans sa propre prise en charge.

Les médecins interrogés exerçant dans un « désert médical » travaillaient en moyenne plus d'heures par semaine que ceux n'y exerçant pas, mais sans différence significative. Il n'y avait pas non plus de différence significative dans le choix du médecin traitant en fonction du lieu (33). D'après la DREES, 8 médecins généralistes sur 10 ressentent des difficultés à répondre aux demandes des patients. 5 sur 10 admettent que ces difficultés retentissent sur leur pratique (34). Les généralistes se voient ainsi obligés d'adapter leur mode de travail. 72% des généralistes font des journées plus longues que souhaité. Quasiment 50% d'entre eux diminuent la formation professionnelle.

## *1.2-Saturation des médecins*

Le Dr H. Freudenberger, psychiatre et psychanalyste américain, est le premier à avoir défini le syndrome de burn-out. Il s'agit « d'un état de fatigue ou de frustration résultant du dévouement à une cause, à un mode de vie ou à une relation qui n'a pas donné les bénéfices escomptés ». Le burn-out peut également être appelé syndrome d'épuisement professionnel. En 2019, une thèse a montré l'existence d'un lien entre une mauvaise qualité de vie ressentie et un burn-out chez les médecins généralistes français. Sur 1 198 participants à l'étude, 42,8% avaient au moins un score élevé de burn-out (35). Chez les médecins, la prévalence du burn-out est estimée entre 25% et 65%, soit 2 fois plus que chez les autres professions (36). Les causes du burn-out sont le temps de travail hebdomadaire (au-delà de 60 heures), les gardes, l'inégale répartition entre le temps consacré au travail et le temps consacré à sa famille, les conflits entre choix professionnels et personnels, etc.

Les conséquences sont nombreuses (36). Pour le médecin, cela peut mener à un risque de suicide. Ce risque est 1,4 fois plus élevé chez les hommes médecins et 2,3 fois plus élevé chez les femmes médecins que dans la population générale. Il y a également un risque de dépression, un risque cardiovasculaire et un risque d'addiction. Pour les patients, le risque est une détérioration de la qualité des soins, avec toutes les conséquences qui peuvent en découler.

## *2-Pour les autres professionnels médicaux et paramédicaux*

### *2.1-Saturation des services d'urgences*

Les causes de la saturation des urgences sont nombreuses. Mais parmi elles, nous retrouvons notamment l'organisation de l'amont (37). Le manque de médecins de ville et de structures de soins de premier recours accessibles participent à la hausse de la fréquentation des urgences (38). Un rapport du Sénat de 2017 révèle que 43% des entrées aux urgences concernent une simple consultation médicale et que 35% peuvent obtenir une réponse auprès d'un médecin généraliste (39). Le recours aux urgences est plus élevé dans les zones sous-denses. Un rapport parlementaire de 2018 admet que la difficulté d'accès aux soins de ville est l'une des principales causes de la hausse des passages aux urgences.

Les conséquences de la saturation des urgences sont une augmentation du temps d'attente, une augmentation des patients quittant les urgences avant d'avoir vu un médecin, une détérioration de la qualité du traitement (40). La surpopulation réduit la capacité des urgences et la qualité des soins, augmente le risque d'issues

indésirables pour les patients. Il en découle également un impact financier. Les personnels des services d'urgences souffrent de ce surpeuplement.

## *2.2-Les officines*

La désertification médicale est un souci pour les officines. En effet, il est logique de penser que le médecin généraliste de quartier est le principal prescripteur d'une officine. Or, les revenus des officines sont principalement générés par les honoraires de dispensation. La délivrance d'ordonnances concerne environ 80% de l'activité d'une officine (41). Une officine est d'ailleurs valorisée financièrement notamment en fonction de son environnement médical et du nombre de prescripteurs aux alentours. Ainsi, on peut croire que des officines rencontrent des difficultés financières, voire vont jusqu'à baisser le rideau à cause du manque de médecins à proximité. Preuve en est, on constate bien souvent que les recherches de nouveaux médecins sont effectuées par les mairies, mais aussi par les officines. Ce problème de désertification concerne surtout les officines rurales.

Or, quand un médecin part, l'officine de proximité n'a pas la possibilité de se déplacer pour se rapprocher d'un autre médecin, car l'installation des pharmacies est régulée. Le second risque à craindre pour les patients est une désertification pharmaceutique causée par la désertification médicale. Cependant, aucun article ne nous donne des valeurs chiffrées quant aux conséquences de la désertification médicale sur les officines.

## *2.3-Les paramédicaux*

Pour les paramédicaux, le manque de médecins généralistes peut potentiellement retarder la prise en charge de leurs patients. En effet, en règle générale, un patient a besoin d'une prescription de son médecin traitant pour bénéficier de soins infirmiers, de séances de kinésithérapie (à l'exception de l'entorse et la lombalgie qui peuvent être soignées par le masseur-kinésithérapeute sans prescription médicale préalable depuis le 6 mars 2020), etc. Souvent, les paramédicaux sont contraints de s'adapter, en débutant les soins par exemple sans avoir encore eu la prescription médicale.

### 3-Pour les patients

#### 3.1-Parcours de soins coordonnés

Le parcours de soins coordonnés a été instauré par la loi du 13 août 2004 (42). Chaque patient âgé de 16 ans et plus, et les personnes atteintes d'une ALD doivent désigner un médecin traitant (43). Ce dernier doit être consulté préférentiellement, par rapport aux autres généralistes, et surtout avant une consultation chez un spécialiste ou pour des examens. Si le patient consulte d'autres généralistes, les 26,50 euros d'honoraires ne sont remboursés qu'à 30% (6,95 euros après déduction d'1 euro) contre 70% si le parcours de soins est respecté (17,55 euros) (44). (Nous pouvons remarquer que, suite à la nouvelle convention médicale, la consultation de médecine générale passera à 30 euros en décembre 2024.) En revanche, le patient est quand même remboursé et est dispensé de consulter son médecin traitant en cas d'urgence, s'il n'est pas dans sa résidence habituelle, etc.

Certes, la consultation chez un autre médecin peut venir d'un choix personnel, mais souvent, cela est dû à la pénurie de médecins généralistes. Par exemple, les rendez-vous d'urgence ou de soins non programmés ne peuvent pas être donnés rapidement par le médecin traitant, souvent déjà surchargé. Il existe cependant la possibilité pour le médecin généraliste consulté à la place du médecin traitant habituel, de cocher une case « médecin traitant remplaçant ou urgence » sur la feuille de soins. Cela permet une prise en charge à 70%. Mais peu de médecins et d'assurés connaissent cette option. Aussi, si le patient choisit de consulter un médecin spécialiste sans être passé par son médecin traitant et donc sans avoir obtenu une prescription médicale, le patient verra son remboursement diminuer de 10 euros. Cependant, il faut noter que cela ne concerne pas les consultations chez l'ophtalmologue, le gynécologue, le dermatologue, le (neuro)psychiatre pour les patients de 16 à 25 ans, etc. En outre, des protocoles de soins « ALD » permettent d'autoriser le patient à aller régulièrement consulter son (ses) médecin(s) spécialiste(s) (par exemple l'endocrinologue et le diabétologue pour un patient diabétique) sans produire à chaque fois un courrier de son médecin traitant.

#### 3.2-Diminution des visites à domicile

D'après la DREES, le nombre de visites à domicile réalisées par les médecins libéraux diminue régulièrement. En 2005, les visites à domicile représentent 14% de leur activité, 12% en 2010 et 10% en 2013 (45). Cependant, ces moyennes cachent de fortes disparités entre les praticiens et en fonction de leur zone d'exercice. Un

médecin sur cinq offre moins de 2% de son activité aux visites. Alors que pour 14% des médecins, les visites correspondent à 20% de leurs consultations.

En 2017, l'Union Régionale de Professionnels de Santé (URPS) Ile-de-France a réalisé une enquête auprès de médecins. Le temps moyen total consacré à une visite à domicile est de 48,7 minutes contre 17,6 minutes pour une consultation au cabinet (46). La visite à domicile est donc un acte chronophage dans l'emploi du temps déjà bien chargé d'un médecin. Aussi, pour 98% d'entre eux, les visites à domiciles sont insuffisamment rémunérées. La majoration de déplacement en semaine et en journée est fixée à 10 euros (47). Enfin, pour 97% le frein principal à la visite à domicile est le manque de temps. Le problème est que certains patients n'ont pas la possibilité de se déplacer au cabinet.

### *3.3-Automédication et / ou renoncement aux soins*

- Automédication

D'après l'Assurance Maladie, l'automédication correspond à la prise d'un ou plusieurs médicaments, consommés ensemble ou séparément par une personne, sur sa propre initiative, donc sans avis médical et sans conseil d'un pharmacien (48). Faute de consultation disponible avec un médecin traitant, on pourrait penser que les patients ont plus recours à l'automédication. En effet, parmi les principaux motifs de recours à l'automédication nous retrouvons la difficulté d'obtenir un rendez-vous chez le médecin (49). Or l'automédication présente des risques de mésusage. Les risques peuvent être dus au patient lui-même (selon son âge, son état physiologique, etc.), aux médicaments, aux interactions médicamenteuses. Ou le risque peut être présent si le médicament pris n'est pas adapté et détourne le patient d'un autre traitement réellement efficace (48).

- Renoncement aux soins

D'après l'anthropologue Caroline Desprès, le renoncement aux soins correspond au fait « que des individus [...] ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit » (50).

L'Insee a réalisé une enquête : Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) (6). En 2017, 1,6 million de personnes ont renoncé à des soins médicaux. D'après cette enquête, la pauvreté en conditions de vie multiplie par 3 le renoncement aux soins. Surtout, nous notons qu'au sein des personnes qui ont renoncé à des soins, 6,9% habitent dans une zone très sous-dotée en médecins

généralistes. Une zone très sous-dotée en médecins généralistes correspond à moins de 2 consultations accessibles par an et par habitant en moyenne, après calcul de l'APL. Aussi, les personnes vivant dans une zone avec de grandes difficultés d'accès aux soins, ont un risque de renoncement multiplié par 1,8.

### *3.4-Difficultés pour établir des certificats de décès à domicile*

L'article L2223-42 du code général des collectivités territoriales nous informe que « l'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat établi par un médecin, attestant le décès » (51). Les décès à domicile et en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) représentent quasiment 40% des décès (52). Une enquête a été réalisée en Normandie afin de connaître les freins à l'établissement du certificat médical de décès à domicile. 17% des médecins généralistes répondant ont estimé ne pas pouvoir parfois se déplacer pour remplir un certificat médical de décès faute de temps (53). Les motifs cités étaient notamment : l'impossibilité de se déplacer dans l'immédiat, la surcharge de travail, etc. Or, un délai trop long peut majorer les souffrances des familles.

En 2020, l'établissement d'un certificat de décès a été élargi aux médecins retraités, aux internes et aux patriciens à diplôme étranger. Une expérimentation est mise en place de mai 2024 à avril 2025 (52). Elle permet aux infirmiers volontaires, diplômés depuis plus de 3 ans et formés, de réaliser des certificats de décès de personnes majeures décédées à domicile, en EHPAD ou en hospitalisation à domicile (HAD).

## **D-Stratégies de lutte contre la pénurie de médecins généralistes**

### **1-Domains d'action**

D'après le Conseil constitutionnel, la protection de la santé est un objectif de valeur constitutionnelle. Le droit de la santé est une composante essentielle du pacte républicain (54). Dans le code de la santé publique, l'article L.1411-1, alinéa 2 dit que « la politique de la santé relève de la responsabilité de l'Etat ». Pour faire venir des médecins dans les zones sous-denses, l'Etat peut agir sur 4 grands domaines d'action : les incitations financières, la formation initiale, la régulation et le soutien professionnel et personnel (55). Selon le type de zones sous-denses, les solutions seront différentes. Les communes sous-denses avec un manque avéré de médecins

nécessiteront des aides à l'installation. Les communes sous-denses, mais sans déficit global, nécessiteront quant à elles une réorganisation de l'offre médicale notamment via les nouvelles technologies ou les coopérations entre professionnels de santé.

### 1.1-Incitations financières

D'après la littérature internationale et des études sur la situation en France, les aspects financiers ont leur importance dans le choix de la zone d'installation (55). Cependant, cet aspect est secondaire par rapport à l'épanouissement professionnel par exemple. En effet, en Australie, Allemagne, Danemark, Ecosse, Norvège et Portugal, des médecins ont été interrogés. Il en ressort qu'influencer leur choix par des incitations financières, nécessiterait des hausses de revenus très importantes pour compenser des conditions de travail jugées défavorables.

Pour autant, les incitations financières ont souvent été les premières mesures prises. Elles permettent de conforter des projets d'installation et de renforcer l'attractivité des territoires. Elles sont nombreuses :

- Le Contrat d'engagement de service public (CESP) (19),(56)

Le CESP a été créé par la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) du 21 juillet 2009. Son principe est de verser une allocation mensuelle brute de 1 200 euros aux étudiants en médecine et odontologie en faisant la demande. En contrepartie, les étudiants bénéficiaires s'engagent à exercer, dès la fin de leur formation, dans une zone avec une offre de soins insuffisante et pendant un nombre d'années équivalent à celui pendant lequel ils ont obtenu l'allocation. La durée minimum est de 2 ans. Les étudiants pouvant souscrire à ce contrat doivent être en 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> cycle des études de médecine ou d'odontologie. Entre 2010 et 2021, 3 307 étudiants en médecine ont signé ce contrat (figure 9).

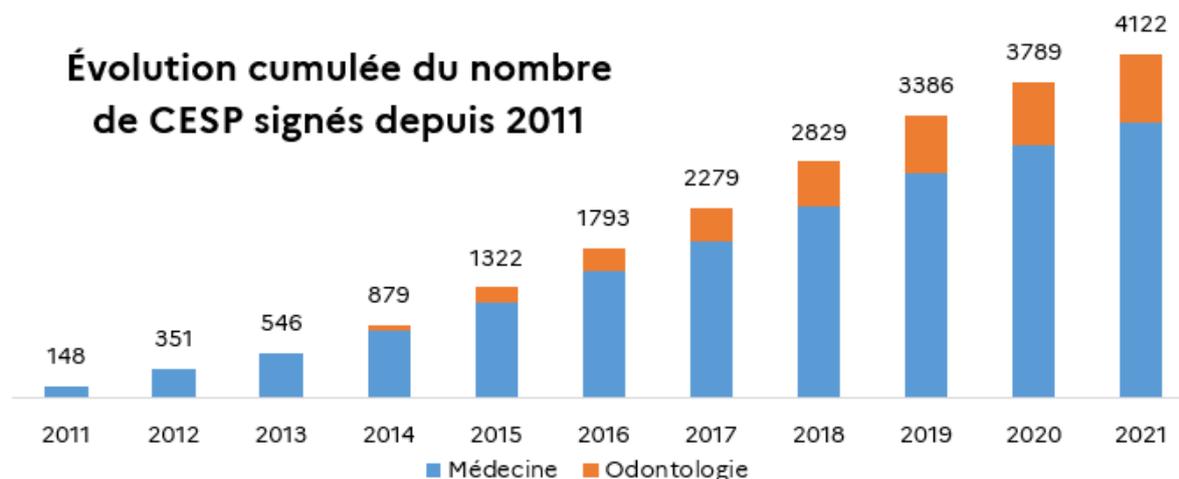


Figure 9. Evolution cumulée du nombre de CESP signés depuis 2011.

Depuis que le CESP a été créé, 646 médecins se sont installés dans une zone connaissant des difficultés d'accès aux soins. Au moment de l'installation, les médecins choisissent leur lieu d'exercice sur une liste nationale éditée en fonction des besoins médicaux. Ils sont accompagnés dans leur installation par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Ce type de contrat permet d'agir sur la pénurie de médecins via deux leviers : démocratiser l'accès aux études de santé et améliorer l'accès aux soins dans les territoires sous-dotés.

- Le Contrat de Début d'Exercice (CDE) (57)

Le CDE est un contrat signé entre l'ARS et un jeune médecin installé et inscrit depuis moins d'un an au CNOM. Le CDE amène de nombreux avantages aux médecins : un revenu garanti pendant la première année d'exercice, un droit aux congés maladie, une aide en cas de congés maternité ou paternité, et un accompagnement à la gestion du cabinet. En contrepartie, le médecin doit s'installer dans une ZIP ou ZAC ou dans un périmètre de 10 kilomètres autour d'une telle zone et à condition d'accepter les patients de ces zones. Il doit aussi faire partie d'un dispositif d'exercice coordonné (équipe de soins primaires (ESP), Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP), Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)).

D'autres aides à l'installation ou à la pratique du médecin en zone sous-dotée sont apparues suite à la convention médicale de 2016 (58) :

- Le Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins (CAIM)

Il s'agit d'une aide forfaitaire pouvant aller jusqu'à 60 000 euros selon le nombre de jours exercés par semaine. Pour en bénéficier, le médecin doit être installé depuis moins d'un an dans une zone classée « sous-dense » par l'ARS et exercer en groupe ou dans une CPTS. Le médecin s'engage à exercer au moins 2,5 jours par semaine dans cette zone pendant au moins 5 ans, et participer au dispositif de permanence des soins.

- Le Contrat de Stabilisation et de Coordinations des médecins (COSCOM)

Le COSCOM permet au médecin d'obtenir une rémunération forfaitaire jusqu'à 6 000 euros par an. Les médecins pouvant y prétendre exercent dans une zone sous-dense, s'impliquent dans les démarches de prise en charge coordonnée de leurs patients, participent à la formation des étudiants et exercent en groupe.

- Le Contrat de Transition (COTRAM)

L'objectif du COTRAM est d'accompagner les médecins de 60 ans et plus exerçant dans une zone sous-dense à la cessation de leur activité. Les médecins peuvent ainsi percevoir jusqu'à 24 000 euros par an s'ils s'engagent à accompagner un autre médecin pendant 3 ans dans ses démarches, la gestion du cabinet et la prise en charge des patients.

- Le Contrat de Solidarité Territoriale Médecin (CSTM)

Cette aide allant jusqu'à 60 000 euros par an est attribuée aux médecins s'engageant à réaliser des vacations au minimum 10 jours par an en zone sous-dense.

### *1.2-Formation initiale*

La logique voudrait que si l'on augmente le nombre d'étudiants en médecine formés, la pénurie sera résorbée : les zones déjà favorisées seront saturées et les médecins n'auront que le choix d'aller dans des zones sous-denses (55). Cependant, les résultats déjà constatés ne vont pas en ce sens. De plus, ce levier nécessite du temps : les médecins sont formés en 10 ans environ, et il nécessite également des moyens techniques et humains pour former correctement ce grand nombre d'étudiants. En revanche, il semblerait que l'origine des médecins influence leur installation (59). Ainsi, sélectionner plus d'étudiants venant de zones défavorisées permettrait d'augmenter à terme le nombre d'installations dans ces mêmes zones. En ce sens, une décentralisation des lieux de formation a été entamée. Par exemple, à partir de septembre 2024, l'Université du Littoral Côte d'Opale rend possible l'accès aux études de santé à Dunkerque en y ouvrant une filière PASS. Cependant, ce type de dispositif semble avoir ses limites car seule la première année y est accessible. Cette limite est d'autant plus importante selon la distance, comme pour les étudiants réunionnais qui ont accès seulement à une filière PASS et doivent ensuite se rendre en métropole pour poursuivre leurs études de santé.

### *1.3-Régulation de l'installation*

La liberté d'installation est un droit des médecins. En effet, est « interdit toute régulation géographique de la médecine conventionnée avec l'assurance maladie » (60). Et les médecins sont très attachés à leur liberté d'installation, ce levier semble donc délicat à mettre en place.

La loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 est relative à l'organisation ainsi qu'à la transformation du système de santé. Elle prévoit que les étudiants en médecine

générale effectuent un stage d'un semestre en pratique ambulatoire lors de la dernière année du troisième cycle. Ce stage doit être réalisé dans un lieu agréé, en priorité dans les zones où l'offre de soins est insuffisante (61).

Depuis la rentrée universitaire 2023-2024, une 4<sup>ème</sup> année de formation est instaurée pour les internes en médecine générale (62). Elle sera donc effective à partir de 2026-2027. Durant cette 4<sup>ème</sup> année d'internat, les docteurs juniors devront réaliser un stage ambulatoire (en cabinet libéral, MSP, etc.). Ils seront fortement incités à effectuer ce stage dans une zone sous-dense. Cette réforme a pour but de renforcer la réponse aux besoins de santé et ce, à court terme.

#### 1.4-Soutien

Les tâches administratives demandant beaucoup de temps aux médecins, une solution potentielle est de les soutenir dans ces activités. Pour cela, des postes d'assistants médicaux sont notamment créés. Ce nouveau poste a été mis en place avec la loi du 24 juillet 2019 sur l'organisation et la transformation du système de santé. Un assistant médical reçoit au préalable le patient. Il prend en charge les tâches administratives. Ainsi, il libère du temps de soins au médecin. L'assistant médical peut travailler dans un cabinet de médecine générale, une maison de santé, un cabinet spécialisé ou encore en milieu hospitalier. Ses missions sont diverses : la prise de rendez-vous, l'accueil, l'installation des patients, la saisie d'informations utiles aux dossiers médicaux, la rédaction de comptes rendus, etc. Les profils pouvant accéder au poste d'assistant médical sont les infirmiers, les aides-soignants ou bien encore les secrétaires médicaux (63).

#### 2-Télémédecine

La télémédecine a été définie légalement dans la loi HPST de 2009. La télémédecine fait partie de la télésanté. La télésanté correspond à toutes les activités exercées entre des professionnels de santé et leurs patients, à l'aide de l'outil numérique (64). Parmi la télémédecine, nous trouvons 5 types d'actes inscrits dans le code de la santé publique (CSP) : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance, la téléassistance et la régulation médicale (65).

La téléconsultation correspond à une consultation à distance entre un professionnel de santé et son patient (66). La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande que les téléconsultations soient faites via vidéo-transmission. Pendant sa téléconsultation, le patient a la possibilité d'être accompagné d'un autre professionnel

de santé (comme un pharmacien ou un infirmier), ou bien d'un proche. Tous les patients peuvent bénéficier d'une téléconsultation. C'est le médecin qui juge de la pertinence d'une téléconsultation au cas par cas, selon la situation clinique et la capacité du patient à communiquer via l'outil informatique.

Les téléconsultations avec les médecins et les sages-femmes donnent droit au remboursement habituel par l'assurance maladie. Pour cela, la téléconsultation doit répondre à certaines exigences : être réalisée par vidéo transmission sécurisée, s'inscrire dans le respect du parcours de soins coordonnés, avoir lieu dans le respect du principe territorial, respecter la qualité des soins (c'est-à-dire un suivi régulier en alternance avec des consultations en présentiel), faire l'objet d'un compte-rendu inscrit dans le dossier du patient. Cependant, même si le patient ne consulte pas son médecin traitant, il peut être parfois qualifié « hors parcours » de soins et donc être remboursé (67) : s'il n'a pas de médecin traitant, si son médecin traitant n'est pas disponible, pour certaines spécialités (gynécologie, pédiatrie, stomatologie) et en cas d'urgence.

Un médecin n'a le droit de réaliser que 20% de son volume d'activité globale conventionné à distance sur une année civile. Le ministère de la santé et de la prévention indique que dans le cadre du Ségur de la santé, le développement de la téléconsultation est un enjeu majeur de la transformation du système de santé. Ainsi, le ministère prévoit l'assouplissement du principe de la consultation en présentiel dans les 12 derniers mois. Aujourd'hui, les téléconsultations correspondent à 4% des consultations (68).

La téléconsultation peut également être effectuée au domicile du patient, assistée par un infirmier libéral : on parle de téléconsultation assistée. Cela peut être intéressant pour les patients qui n'ont pas la possibilité de se déplacer et n'ont pas de médecin traitant disponible.

### 3-Organisations coordonnées territoriales

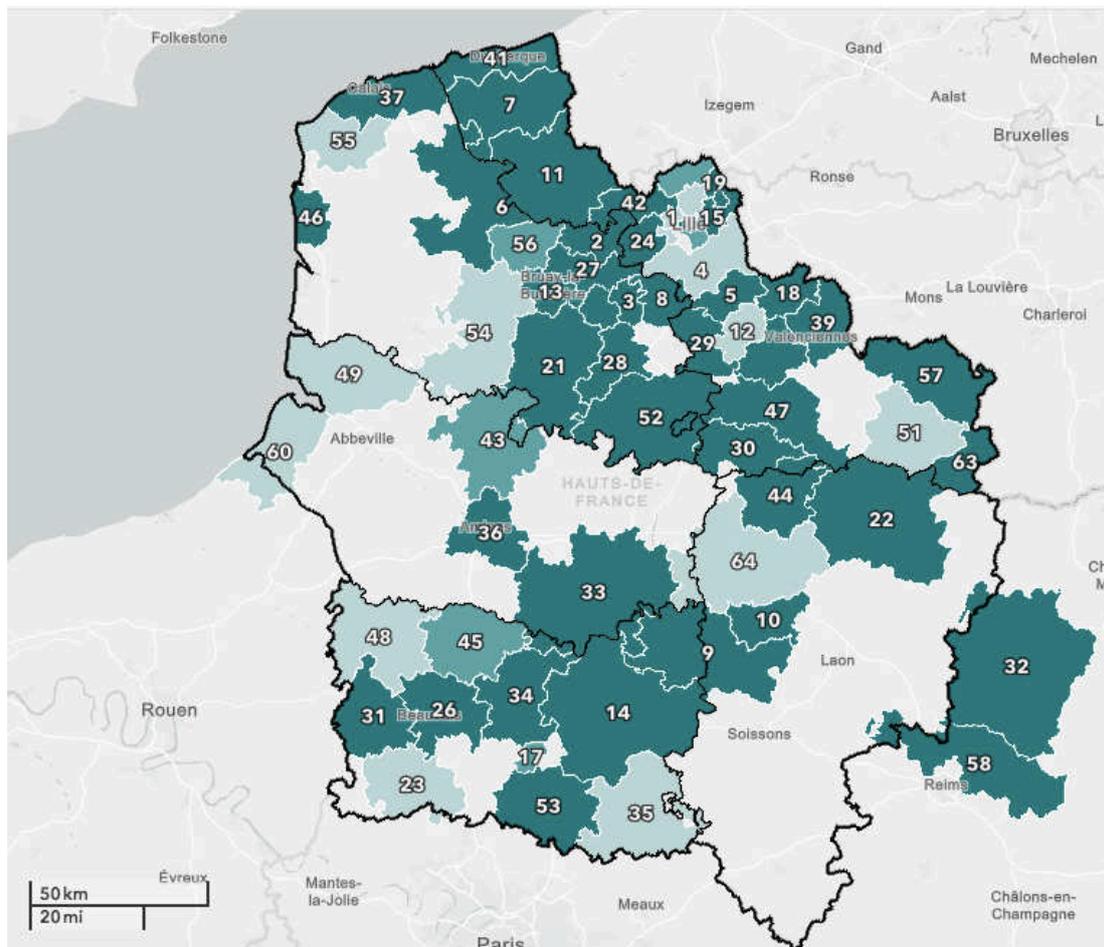
Sur son site internet, l'assurance maladie consacre une rubrique aux patients ne trouvant pas de médecin traitant (69). Elle y indique que des organisations coordonnées territoriales sont mises en place par les médecins du territoire. Ces organisations ont pour but de permettre aux patients d'être pris en charge rapidement, d'accéder à un médecin via téléconsultation en fonction de leur éloignement, et enfin de désigner un médecin traitant.

L'exercice coordonné permet aussi d'offrir un cadre attractif d'exercice aux professionnels de santé, et notamment dans les territoires sous-dotés. Cela favorise les échanges et la coordination et entraîne donc une meilleure prise en charge des patients. Travailler en équipe permet aussi aux médecins de diminuer leur charge de travail. Souvent, ces professionnels se regroupent autour d'un projet commun afin de restructurer les soins de ville. Une organisation coordonnée territoriale peut notamment être : une MSP, un centre de santé (CDS), une ESP, une CPTS.

Par exemple, pour les assurés de la caisse Côte d'Opale, ameli.fr nous indique que des consultations sont possibles par la CPTS Opale Sud. Pour consulter via une demande en soins non programmés (SNP), le patient doit avoir un motif de pathologie aiguë hors urgence vitale. Il est d'ailleurs précisé qu'il ne peut donc s'agir d'une demande de renouvellement de traitements ou de certificats médicaux. Le patient doit également résider sur une des communes couvertes par la CPTS. En revanche, si nous prenons l'exemple de la caisse Flandres-Dunkerque-Armentières, le site Ameli.fr ne nous propose aucune organisation coordonnée territoriale. Une fois de plus, nous notons donc une inégalité de santé.

En janvier 2024, la région des Hauts-de-France compte un total de 65 CPTS en fonctionnement, prochainement en fonctionnement ou en cours de création (70) (Figure 10). Ainsi, 5 050 370 (83,85%) habitants des Hauts-de-France seront couverts par une CPTS.

Actuellement, 44 CPTS sont en fonctionnement dans les Hauts-de-France, soient 64,02% des habitants couverts. La moyenne nationale est de 66,75% habitants couverts.



Légende	Statut	Nb CPTS	Population Couverture*
<span style="display:inline-block; width:15px; height:15px; background-color:#006666;"></span>	CPTS en fonctionnement (Contrat ACI signé)	44	3 847 915 64,02%
<span style="display:inline-block; width:15px; height:15px; background-color:#009999;"></span>	CPTS prochainement en fonctionnement (Projet de santé validé)	7	357 834 5,95%
<span style="display:inline-block; width:15px; height:15px; background-color:#99cccc;"></span>	CPTS en cours de création (Lettre d'intention validée)	14	834 621 13,89%
<b>Ensemble</b>		<b>65</b>	<b>5 040 370 83,85%</b>

\*Part de la population couverte par une CPTS

Figure 10. Niveau de maturité des CPTS dans la région : Hauts-de-France – janvier 2024, d'après le Ministère du travail de la santé et des solidarités.

Une fois de plus, on note des disparités entre les départements de la région. L'Aisne et la Somme semblent moins bien dotés en CPTS. A leur échelle, les CPTS peuvent mettre en place des solutions contre la pénurie de médecins généralistes. Elles participent notamment à la recherche de médecins généralistes pour leur territoire. Par exemple, la CPTS Littoral en Nord, regroupant des communes du Dunkerquois, a édité un formulaire de recherche de médecin traitant (Annexe 1). Ce formulaire fait partie de la mission de la CPTS en faveur de « l'amélioration de l'accès aux soins ». Il est notamment à la disposition des patients dans les officines de la CPTS, ou bien sur le site internet de la CPTS. Un logiciel permet de trier les patients en attente de médecin selon leur commune de résidence, leur(s) éventuelle(s)

pathologie(s) ou d'autres critères. Ensuite, lorsqu'un médecin a une place disponible dans sa patientèle, il peut consulter la liste et y choisir un patient en fonction de sa localisation et de ses besoins médicaux.

#### 4-Confier des nouvelles tâches aux paramédicaux et aux médecins

La coopération interprofessionnelle semble être une solution indispensable à la pénurie de médecins. Elle permet d'élargir l'offre de soins, de réduire les délais d'accès et ainsi améliorer le parcours de santé. Les métiers paramédicaux évoluent donc et gagnent en attractivité, en perspectives de carrières et en compétences. Les médecins, quant à eux, gagnent en possibilité de se recentrer là où leur plus-value est la plus importante.

##### 4.1-L'infirmier en pratique avancée

Le métier d'infirmier en pratique avancée (IPA) est un nouveau métier apparu en 2018. Le but premier est d'aider les médecins dans le suivi de patients qui ont certaines maladies, faciliter l'accès aux soins. Cela concerne les pathologies chroniques déjà stabilisées, la prévention en soins primaires (exemples : accident vasculaire cérébral, diabète, maladies d'Alzheimer, etc.). L'IPA dispose de compétences supplémentaires à celles de l'infirmier, il peut :

- tenir un entretien et réaliser un examen clinique,
- réaliser des actes techniques sans prescription et interpréter les résultats
- demander des actes de suivi et de prévention,
- prescrire des médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire, des dispositifs médicaux ou des examens de biologie,
- renouveler des prescriptions médicales.

L'IPA travaille en concertation avec l'équipe de soins du patient. Pour accéder au métier d'IPA, l'infirmier diplômé, qu'il exerce en établissement ou en ville, doit valider une formation de 2 ans. Les patients peuvent être suivis par l'IPA de manière ponctuelle ou bien régulièrement. Fin 2022, seuls 1 718 infirmiers ont été diplômés en 4 ans. L'ambition initiale est de 5700 diplômés en 2027 (71–73).

##### 4.2-Le masseur-kinésithérapeute

Dans la majorité des cas, l'accès à la kinésithérapie reste dépendant d'une prescription médicale. Or, l'accès direct à la kinésithérapie aurait l'avantage de faciliter

le parcours de soins et cela permettrait de diminuer la tension existante dans les services d'urgence et la médecine de ville. De plus, cela permettrait de diminuer les coûts pour la société et potentiellement diminuer le retard de prise en charge pour le patient.

En janvier 2016, l'article L.4321-1 du CSP a été modifié afin d'ouvrir l'accès direct au masseur-kinésithérapeute. Dans quelques cas, les patients peuvent accéder directement à un kinésithérapeute sans diagnostic médical préalable. C'est notamment le cas lors d'une urgence. Un kinésithérapeute exerçant dans le cadre d'une structure d'exercice coordonné (type MSP ou CPTS) peut pratiquer sans prescription médicale préalable. Les pathologies concernées sont le traumatisme bénin de cheville et la lombalgie aiguë inférieure à 4 semaines.

En avril 2023, la loi Rist a permis l'accès direct à un masseur-kinésithérapeute exerçant en exercice coordonné, mais dans une limite de 8 séances. Ensuite, le patient doit se rendre chez le médecin. Aussi, le masseur-kinésithérapeute a désormais la possibilité de renouveler des prescriptions médicales datant de moins d'un an (71,74).

#### *4.3-L'orthophoniste*

Un orthophoniste peut également exercer sans prescription médicale depuis la loi Rist de 2023. Cependant, pour cela il doit exercer dans une structure de soins et d'exercice coordonné, telle qu'une MSP ou une CPTS (75).

#### *4.4-Le pédicure-podologue*

Les pédicures-podologues peuvent recevoir des patients sans prescription médicale préalable. Depuis la loi Rist de 2023, ils peuvent prescrire des semelles orthopédiques, établir directement une gradation du risque podologique des patients diabétiques et leur prescrire des séances de soins de prévention. Pour les pédicures-podologues, le nombre de séances prescrites en accès direct reste le même que celui avec une prescription médicale (76).

#### *4.5-Le biologiste médical*

Le biologiste médical s'est vu confier de nouvelles missions. Il peut notamment réaliser des frottis vaginaux ou des dépistage VIH sans ordonnance. Il peut également prescrire et injecter des vaccins.

Ces accès directs apportent une réponse concrète aux patients qui ont des difficultés à accéder à un médecin généraliste.

## 5-Aides des collectivités et des ARS

Les solutions sont aussi souvent proposées à une échelle locale : que ce soit de la commune, à la région, en passant par l'ARS. Chaque collectivité essaie de trouver une solution pour ses territoires en difficultés.

### 5.1-Maison Nord Santé

Depuis de nombreuses années, le département du Nord soutient financièrement la construction de MSP, comme à Oxelaëre où le chantier est en cours. Mais depuis peu, le département a passé une vitesse supplémentaire en ouvrant ses propres Maisons Nord Santé. Elles sont ouvertes dans des zones sous-dotées. Ces Maisons Nord Santé sont composées de médecins généralistes, assistants médicaux, IPA et secrétaires médicales. Le Nord compte déjà 2 Maisons Nord Santé : dans le Douaisis et dans l'Avesnois. Début 2025, une troisième ouvrira dans le Dunkerquois, à Cappelle-la-Grande (77).

### 5.2-Médicobus

Le plan France ruralités a été annoncé en juin 2023. Il a pour but de répondre aux besoins des territoires ruraux. Souvent, les territoires ruraux sont des déserts médicaux et doivent faire face au manque de médecins. Or, leur population est aussi souvent vieillissante, avec peu de moyens de transports. Ainsi, via le plan France ruralités, le déploiement de 100 nouveaux « medicobus » (Figure 11) sur le territoire a été annoncé.



Figure 11. Un medicobus.

L'idée du medicobus est née dans l'Orne. Concrètement, il s'agit d'un véhicule se déplaçant dans les villages selon un calendrier. Ce cabinet médical mobile est équipé de tout le nécessaire, tel qu'un échographe ou un électrocardiogramme. Dans l'Orne, les consultations sont, pour la plupart, assurées par des médecins retraités se relayant. Ils sont eux-mêmes accompagnés d'assistantes médicales pour tout ce qui est administratif (20,78).

### *5.3-Stratégies à l'échelle communale*

A leur échelle, les communes peuvent trouver des solutions à la pénurie de médecins généralistes. Certaines créent des centres de santé communaux. C'est le cas par exemple de la commune de Coudekerque-Branche dans le Nord, comme déjà évoqué précédemment. Cette commune a créé un centre de santé où les médecins sont salariés de la ville. D'autres communes, à l'instar de Lederzeele, commune rurale d'environ 700 habitants, doivent se démener des mois pour espérer trouver un médecin. Son unique médecin généraliste a pris sa retraite fin d'année 2022 (79). N'ayant pas trouvé de remplaçant, il a cédé son cabinet médical avec appartement pour 1 euro symbolique à la commune. L'ARS est intervenue pour classer la commune en ZAC afin d'offrir une aide financière de 30 000 euros au futur médecin. En collaboration avec la communauté de communes, Lederzeele a trouvé un nouveau médecin qui a signé un bail de 6 ans et qui devait débiter son activité en juin 2024. J'ai voulu en savoir plus en sollicitant le maire de Lederzeele, Monsieur Delforge, qui a aimablement accepté de me recevoir afin d'échanger à ce sujet. Voici les principaux éléments de notre échange :

- l'unique médecin de la commune est parti en retraite le 31 décembre 2022 en offrant son cabinet médical pour 1 euro symbolique à la commune. Il s'agit d'un cabinet médical avec tout le nécessaire (matériel médical, mobilier, etc.), deux bureaux de consultation, un cabinet d'infirmier et un studio à l'étage permettant d'y loger les remplaçants.
- avant son départ, la commune avait anticipé en faisant des recherches sur internet. Cependant, les organismes qui proposent des candidatures de médecins pratiquent des tarifs prohibitifs pour une petite commune comme la leur.
- les candidatures ne sont pas toujours très fiables : souvent, ces organismes trouvent des médecins étrangers, qui viennent quelques mois puis repartent. Or, ils souhaitaient quelque chose de plus stable.

- des annonces ont été affichées sur différents sites, notamment à la faculté de médecine de Lille. Ils ont eu l'occasion de rencontrer beaucoup de candidats dont certains ont eu peur de vivre dans un milieu rural, loin de leurs proches. Une autre candidate, diplômée à l'étranger, n'a pas eu l'équivalence pour exercer en France. Un jeune médecin a fait remarquer au maire qu'à la faculté, ils apprennent la médecine, mais ils n'apprennent pas la gestion et la partie administrative.

- le maire et le médecin ont également été rencontrer un maire du Maine et Loire dont la commune a créé une maison médicale.

- la commune de Lederzeele a ensuite souscrit à un Appel à Manifestation d'Intérêts (AMI) auprès du département qui a déjà créé des maisons médicales. Avec l'aide de la communauté de communes, ils ont réussi à monter un dossier pour postuler. Le legs du cabinet a été un atout. Le département a formulé un retour à ce dossier : le cabinet médical de Lederzeele serait une annexe d'une maison médicale du département qui va se construire à Cappelle-la-Grande, à 30 km de Lederzeele. Des médecins de cette maison médicale seraient venus de temps en temps dans le cabinet de Lederzeele. Ce n'était pas du temps plein mais la commune était déjà satisfaite.

- entre temps, la communauté de communes est entrée en contact avec l'ARS qui l'a mise en relation avec un étudiant terminant ses études à Rouen mais qui souhaitait s'installer dans la région car natif d'une commune à moins de 20 minutes de Lederzeele. Ce jeune médecin a fini par postuler. Il a pu obtenir 30 000 euros d'aide de l'ARS et un an de loyer offert par la commune. Il n'est pas encore installé car il devait passer sa thèse dernièrement. Mais la liste d'attente des patients est déjà très longue. Le maire m'a confiée que les gens sont impatients et inquiets de ne pas avoir de médecin.

- durant la période sans médecin sur la commune, 3 ou 4 médecins aux alentours ont suivi quelques centaines de patients du précédent médecin, qui a d'ailleurs continué à voir quelques patients très âgés qui ont du mal à se déplacer.

- le maire de Lederzeele juge qu'ils ont la chance d'avoir une pharmacie sur la commune : selon lui c'est la présence de la pharmacie qui attire les autres professionnels de santé. Par exemple, six kinésithérapeutes se sont installés à côté de la pharmacie. Le maire a conclu en disant qu'il faut vraiment s'investir pour trouver un nouveau médecin, « qu'on ne trouve pas un médecin avec de la chance ».

Mi-septembre 2024, le nouveau médecin n'était toujours pas en activité sur la commune. La raison invoquée dans un journal de presse était une attente

d'autorisations pour l'ouverture du cabinet. Une date approximative est maintenant donnée en décembre ou janvier prochain.

Par ces quelques exemples, on constate donc que les collectivités interviennent à leur échelle pour trouver des solutions au manque de médecins : création de maisons de santé départementales, intervention de médecins itinérants ou bien encore investissement financier.

## 6-Médecins diplômés à l'étranger

L'apport des médecins nés et diplômés à l'étranger semble avoir une utilité pour améliorer l'offre de soins dans les zones sous-dotées. En 2023, nous comptons presque 30 000 médecins diplômés à l'étranger en activité régulière.

Une étude s'est intéressée à la localisation des primo-inscrits médecins généralistes nés et diplômés à l'étranger. En 2017, nous constatons qu'ils s'installent dans les marges rurales (41,6%) et dans les espaces périurbains sous-dotés (21,5%). Si on compare aux médecins généralistes diplômés en France, ces derniers ne sont que 11,9% à s'installer dans les marges rurales. En revanche, nous notons que les médecins nés et diplômés à l'étranger ont une plus grande mobilité. Mais malgré cela, nous pouvons noter les effets positifs et importants de l'arrivée de médecins à diplôme étranger dans les territoires les moins dotés. Ils contribuent ainsi à réduire les inégalités de soins (80).

## 7-Comparaison à d'autres pays

Dans certains pays, les médecins n'ont pas totalement le choix dans leur installation. Cependant, le peu d'études disponibles (comme en Allemagne et au Québec) ne permet pas de qualifier à long terme l'impact de ces mesures (4).

Dans de nombreux pays, les médecins à diplômes étrangers sont une solution très utilisée afin de pallier le déficit en médecins (80). Il s'agit d'une solution sans coût de formation et disponible rapidement. En Australie, au Canada et aux Etats-Unis, le visa est obtenu si le médecin s'engage à exercer dans une zone sous-dotée. En Irlande, 40% des médecins sont formés à l'étranger (81).

La médecine de groupe en soins primaires a été fortement développée bien plus tôt qu'en France, dans des pays comme la Finlande, la Suède, le Canada, les Pays-Bas et le Royaume-Uni. Les objectifs sont de mieux répondre à la demande de soins et d'améliorer les conditions de travail.

La notion de pratique avancée est née en 1940 aux Etats-Unis (73). Elle est mise en œuvre dans une soixantaine de pays dans le monde. Au Canada, il existe des infirmières cliniciennes spécialisées (ICS) et des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) (82). En Norvège, Suisse, Autriche et Allemagne par exemple, les infirmiers possèdent des compétences élargies : dans la promotion de la santé, dans le suivi de maladies chroniques et ils réalisent des consultations de premier recours (81).

En 1977, on retrouve le premier article évoquant l'accès direct à la kinésithérapie en Australie. Cette même année, le Royaume-Uni a autorisé l'accès direct aux physiothérapeutes (74).

## 8- Autres perspectives

Dans le cadre du protocole « Mon Soutien Psy », le patient n'aura plus besoin d'avoir le rendez-vous préliminaire chez son médecin traitant avant de consulter le psychologue.

En 2027, il devrait y avoir jusqu'à 16 000 places ouvertes en deuxième année de médecine.

Des nouvelles expérimentations vont être lancées afin d'éviter des passages préalables chez le médecin comme pouvoir aller chez un spécialiste sans passer par le généraliste. Ces expérimentations seront mises en place dans 13 départements.

### 8.1-Futures incitations financières

Le 4 juin 2024, une nouvelle convention médicale a été signée (83). Elle prévoit que l'adhésion aux contrats incitants financièrement les médecins reste maintenue jusqu'au 31 décembre 2025. Cependant, il ne sera plus possible d'y adhérer car la convention de 2024 offrira de nouvelles majorations complémentaires en 2026 :

- Dispositif d'aide à l'exercice en ZIP

Les médecins qui s'installent pour la première fois en exercice libéral conventionné et dans une ZIP pourront obtenir une majoration du Forfait Médecin Traitant (FMT)<sup>1</sup> de 50% la première année, 30% la seconde et 10% la troisième. De plus, ces médecins auront une aide forfaitaire unique de 10 000 euros dans les 3 mois suivants

---

<sup>1</sup> Le nouveau FMT permettra au médecin de bénéficier d'une rémunération annuelle pour chacun de ses patients. Cette rémunération sera personnalisée en fonction de l'âge du patient, de ses pathologies et donc selon la complexité de suivi de ce patient. Le FMT ira jusqu'à 100 euros pour un patient ALD de plus de 80 ans. Lorsque le patient est bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), le montant sera majoré de 10 euros.

l'installation. Les médecins qui exercent en ZIP, sans que ce soit leur primo-installation, bénéficieront quant à eux d'une majoration du FMT de 10%.

- Dispositif d'aide à l'exercice en ZAC

Les médecins qui s'installent pour la première fois en libéral dans une ZAC pourront bénéficier d'une aide forfaitaire unique de 5 000 euros dans les 3 mois suivants l'installation.

- Dispositif d'aide à la création d'un cabinet secondaire en zone sous-dense

Lorsqu'un médecin installe un second cabinet dans une ZIP, il pourra bénéficier d'une aide forfaitaire de 3 000 euros dans les 3 mois suivants l'installation.

- Les consultations avancées

Un médecin qui n'est pas installé en ZIP aura la possibilité d'y intervenir à hauteur de 6 demi-journées par mois. Chaque demi-journée entraîne un forfait valorisé à hauteur de 200 euros.

- La participation aux services d'accès aux soins

Des Services d'Accès aux Soins (SAS) vont se déployer dans les territoires qui n'en ont pas encore. L'objectif est que 100% du territoire soit couvert par la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA) et le SAS. A partir de janvier 2026, chaque médecin qui participera au SAS sera rémunéré 1 000 euros par an. Lorsqu'un médecin reçoit un patient dans les 48h suivants la demande du centre de régulation médicale des urgences, il recevra une majoration de 15 euros. S'il accepte de recevoir un patient entre 19h et 21h suite à la demande de la régulation du SAS, il pourra facturer une nouvelle majoration de 5 euros, dans la limite de 20 consultations par semaine. S'il intervient à domicile dans les 24h, cette majoration s'élèvera à 10 euros.

## *8.2-Futurs soutiens*

La nouvelle convention médicale a pour but d'augmenter le nombre de contrats assistants médicaux. Ce nombre devrait atteindre les 10 000 en 2025 et augmenter de 10% par an à partir de 2026. L'aide à l'emploi d'un assistant médical sera revalorisée de 5%.

En janvier 2025, le travail en coopération avec une IPA libérale sera valorisé. Selon qu'il oriente 10 à plus de 100 patients vers une IPA libérale, le médecin bénéficiera de 100 à 1 000 euros de forfait (83).

Au total, nous avons constaté le manque de médecins généralistes et évoqué les conséquences que cela entraîne. Des solutions existent, mais ne semblent pas suffisantes. Afin d'améliorer l'accès aux soins, nous allons nous interroger sur le rôle potentiel du pharmacien d'officine.

## Partie 2 : Le pharmacien, un acteur de la stratégie de lutte

Grâce à sa présence sur le territoire, sa disponibilité quasiment immédiate et ses compétences, le pharmacien d'officine est un professionnel de santé de confiance pour le patient. Son métier et ses missions sont en perpétuelle évolution. Dans ce contexte de pénurie de médecins généralistes, il semble pouvoir être une partie de la solution, sans pour autant remplacer le médecin.

### A- Acteur de premier recours

#### 1-Maillage territorial

En France, l'installation des officines est soumise à une réglementation. Une officine peut être ouverte, par voie de transfert ou de regroupement, à partir de 2 500 habitants recensés. L'ouverture d'autres officines est autorisée à raison de 4 500 habitants supplémentaires (84). L'intérêt est notamment de permettre un accès équitable à des soins de proximité à tous les français. En 2021, chaque commune française se situe en moyenne à 3,8 kilomètres d'une officine (85). En 2017, d'après le conseil national de l'ordre des pharmaciens, 97% de la population métropolitaine vit à moins de 10 minutes en voiture d'une officine. 35% des officines sont installées dans une commune de moins de 5 000 habitants et constituent donc le cœur même de l'offre de soins de proximité. Ainsi, la pharmacie est un lieu facilement accessible aux patients, d'autant plus dans ce contexte de manque de médecins.

#### 2-Demandes de soins non programmés

Le pharmacien est un acteur de premier recours (86). Il s'agit même d'une de ses missions-clé, inscrite dans le Code de la Santé Publique (CSP). D'après une enquête de l'URPS pharmaciens Grand-Est, le patient porteur d'une demande de SNP se rend spontanément dans une officine dans 90% des cas. En moyenne, 5% des patients porteurs d'une demande de SNP n'ont pas de médecin traitant. Les principaux motifs sont divers : la dermatologie (19%), l'ORL (15%), la gastro-entérologie/digestif (11%), la traumatologie (7%), etc. Ainsi, les patients ont conscience que le pharmacien est un acteur de premier recours, facilement et rapidement disponible pour répondre à toutes leurs demandes et les réorienter si besoin dans le système de soins.

#### 3-L'exemple du projet OSyS en Bretagne

Le projet OSyS (Orientation Système Soins) correspond à une expérimentation de l'article 51 du CSP, et de la loi HPST du 21 juillet 2009. L'article 51 introduit 8

missions pour le pharmacien d'officine, parmi lesquelles 4 sont obligatoires. Le pharmacien d'officine doit notamment contribuer aux soins de premier recours, dont la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients, l'orientation dans le système de soins. Il doit aussi participer à la coopération entre professionnels de santé. Ce projet est porté par l'association Pharma Système Qualité (PHSQ) et soutenu par l'ARS Bretagne et les URPS pharmaciens et médecins libéraux de Bretagne. Les objectifs du projet OSyS sont, dans les zones sous dotées en médecins, de détecter sans délai une situation à risque, soulager rapidement le patient, lui faciliter l'accès à un professionnel de santé et éviter un passage inutile aux urgences et un engorgement des cabinets médicaux et maisons médicales de garde. Ainsi, un dispositif de prise en charge en premier recours a été créé et évalué. Cela concerne 13 situations de triage, pour lesquelles des arbres décisionnels ont été rédigés avec des médecins, puis validés par le comité technique de l'innovation en santé (CTIS). Après triage, le patient est recontacté par téléphone pour évaluer l'efficacité du traitement. Les 13 situations de triage ciblées sont : la vulvo-vaginite, la douleur pharyngée (incluant l'angine), les dyspepsies fonctionnelles, la constipation, la rhinite, les diarrhées, la plaie simple, les céphalées, la douleur mictionnelle, la conjonctivite, la brûlure de 1<sup>er</sup> degré, la piqure de tique, la lombalgie et les douleurs lombaires.

### Résultats :

Au 29 mai 2023, on pouvait noter 1 726 triages réalisés au total, via 29 pharmacies de Bretagne. Si ces patients n'avaient pas pu profiter de la prise en charge OSyS, 44% d'entre eux auraient mobilisé un autre parcours de soins. Parmi ces 44%, 5% seraient allés aux urgences. Or après passage dans le triage OSyS, seuls 26% de ces 5% sont réellement réorientés vers les urgences. Ainsi, on note une diminution des passages inutiles aux urgences. Parmi ces 44%, 35% auraient consulté un médecin (immédiatement ou dès que disponible). Grâce à OSyS, environ 60% de ces demandes sont prises en charge directement à l'officine. 56% des patients auraient eu recours à l'automédication seule s'ils n'avaient pas pu profiter de la prise en charge OSyS. Après triage, ils sont réorientés à 20% vers une consultation, à 5% vers les urgences et à 76% pris en charge à la pharmacie. Ainsi OSyS permet de diminuer l'automédication et les risques que cela engendre.

On peut noter également qu'il s'agit d'un projet rémunéré pour le pharmacien, via un forfait fixe de 12,50 euros par triage (comprenant le rappel au patient quelques jours après). La réorientation des patients après demande de SNP fait partie du quotidien

de tous les pharmaciens d'officine, mais ici il est valorisé et rémunéré. Fort de son succès, ce projet va être dupliqué à d'autres régions volontaires (87,88).

## B-Compétences et formation du pharmacien

Le pharmacien d'officine est diplômé d'Etat à l'issue de 6 années d'études et d'une soutenance de thèse. Le cursus est fait de cours fondamentaux, d'enseignements dirigés, de travaux pratiques, de mises en situation professionnelles mais aussi de nombreux stages professionnels. Les matières dispensées sont nombreuses et variées : 1/ des sciences physico-chimiques comme la biophysique, les biostatistiques, la chimie analytique, la galénique ; 2/ des sciences du médicament, par exemple le droit pharmaceutique, la pharmacologie, la physiopathologie, la santé publique, la toxicologie ; 3/ des sciences biologiques comme la bactériologie, la biochimie, l'hématologie, l'immunologie, la mycologie, la parasitologie etc. pour ne citer qu'elles. En plus de ses compétences scientifiques, le pharmacien est un professionnel de santé doté d'empathie, d'écoute et de bienveillance. Grâce à son cursus riche en enseignements diversifiés, le pharmacien d'officine est capable de surveiller une thérapie médicamenteuse en contrôlant son efficacité et sa sécurité. Il est capable de s'investir pleinement dans le système de santé et travailler en contact avec les autres professionnels de santé. Enfin, plus globalement, il accompagne le patient dans le parcours de soins.

Comme tous les professionnels de santé, le pharmacien est soumis à une obligation morale, via notamment le respect du code de déontologie des pharmaciens (article R. 4235-1 à R. 4235-77 du code de la santé publique). En effet, il se doit de suivre une formation continue qui est obligatoire. La formation continue permet de s'adapter sans cesse aux évolutions, qu'elles soient technologiques, scientifiques, médicamenteuses, etc.

La crise sanitaire de la Covid-19 a permis aux pharmaciens de montrer leur capacité d'adaptation et de réaction. Ils ont participé grandement à l'effort vaccinal, au dépistage et à la protection des patients en délivrant les masques du stock d'Etat et en préparant des solutions hydro-alcooliques.

## C-Confiance accordée par les patients au pharmacien

Nous avons vu que le pharmacien est un acteur de santé correctement réparti sur le territoire, doté de compétences et capable de s'adapter en se formant rapidement notamment. Mais il est aussi intéressant de se pencher sur la confiance

qu'accordent les patients aux pharmaciens. Pour cela, nous pouvons analyser les résultats des études Avenir Pharmacie de 2017 et 2018.

### 1-Etude Avenir Pharmacie de 2017

Cette étude réalisée par un institut de sondage a interrogé 4 043 patients, 521 titulaires et 197 personnels d'équipes officinales durant un mois en 2017 (89). Dans cette étude, nous pouvons noter que 99% des patients font confiance à leur pharmacien pour les aider à bien prendre leur traitement. Ils sont même 66% intéressés par un entretien de 15 minutes avec leur pharmacien pour les aider à mieux prendre leur traitement. 94% des patients font confiance à leur pharmacien pour leur donner les bons conseils concernant les maladies graves (comme un cancer, Alzheimer, ...). 92% des patients sont convaincus de la nécessité d'une bonne communication entre l'équipe officinale et les professionnels de santé. Enfin, 96% des patients jugent qu'il est indispensable d'avoir une pharmacie à proximité de leur domicile.

### 2-Etude Avenir Pharmacie de 2018

Cette seconde étude a concerné 1 001 patients et 414 titulaires (90). Cette étude est basée sur « l'expérience patient en pharmacie ». Les résultats montrent que le pharmacien est perçu comme le premier interlocuteur santé du patient. Les patients sont 73% à trouver que le pharmacien est avant tout un professionnel de santé. Selon les patients et les titulaires, les responsabilités et missions du pharmacien devraient se voir élargies. Cela permettrait de faciliter la prise en charge.

#### 2.1-Nouvelles missions

Les titulaires et les patients sont en très grande majorité favorables à l'arrivée de nouvelles autorisations pour les pharmaciens :

- autorisation de délivrer en cas d'urgence certains traitements qui nécessitent habituellement une prescription médicale (patients à 82%, titulaires à 94%),
- autorisation de prescrire des médicaments remboursés pour certaines maladies bénignes (patients à 74% et titulaires à 92%),
- autorisation d'effectuer le suivi et le renouvellement d'ordonnances relatives aux pathologies chroniques (patients à 74%).

Au sujet de l'avenir, les pharmaciens envisagent les voies suivantes :

- une prise en charge personnalisée et spécialisée des patients (78%),
- des services à l'officine (comme les entretiens, le dépistage, ...) (76%),
- une coopération interprofessionnelle (46%).

## *2.2-Premier interlocuteur santé pour le public*

Lorsqu'on demande aux patients lequel du médecin, infirmier ou pharmacien est le professionnel de santé le plus facilement accessible, ils sont 63% à choisir le pharmacien, puis 33% le médecin et 4% l'infirmier. Ils justifient le choix du pharmacien par : la proximité (45%), l'expertise de l'équipe (15%), la disponibilité en stock des produits sur ordonnance (15%), la disponibilité d'un professionnel de santé sans rendez-vous (13%).

## *2.3-Urgence*

En cas d'urgence santé, les patients sont 88% à faire confiance à leur pharmacien pour leur donner des conseils appropriés. 76% des patients seraient même intéressés par la possibilité d'avoir recours à un entretien en pharmacie pour évaluer avec certitude la nécessité de se rendre dans un service d'urgences.

## *2.4-Vaccination*

En 2018, 69% des patients trouvaient utile que leur calendrier vaccinal soit géré par le pharmacien et que ce dernier leur rappelle quand se faire vacciner. 66% des patients étaient favorables à la vaccination antigrippale en pharmacie et 67% pour effectuer les rappels de vaccin de l'adulte.

## *2.5-Prévention et dépistage*

Les patients sont intéressés par des dépistages en pharmacie : cholestérol (79%), carence en fer (78%), diabète (76%), maladie de Lyme (73%), VIH/SIDA (59%). Parmi ces patients intéressés, 56% seraient même prêts à payer 15 euros en pharmacie si le dépistage y était réalisé en moins de 30 minutes.

## *2.6-Entretiens pharmaceutiques et bilans de médication*

Peu de questions ont été posées à ce sujet aux patients. En revanche, on note que 72% des patients seraient favorables à la prise en charge par l'Assurance Maladie, du forfait « accompagnement à l'arrêt du tabac » sur conseil pharmaceutique.

## 2.7-Télémedecine

En 2018, les patients n'étaient majoritairement pas prêts (54%) à prendre rendez-vous avec un médecin en téléconsultation dans un espace dédié de la pharmacie.

## 2.8-Protection des données de santé

Les patients sont 88% à faire confiance à leur pharmacien pour conserver leurs données de santé. D'ailleurs, 85% sont prêts à donner leurs coordonnées quel que soit l'achat effectué à la pharmacie.

## D-Nouvelles missions

Le métier de pharmacien d'officine est en perpétuelle évolution. Autrefois, simplement assimilée à une activité de dispensation, la profession tend aujourd'hui vers des activités de plus en plus spécialisées. On parle de « nouvelles missions » pour évoquer les missions qui n'existaient pas auparavant. Elles sont notamment apparues via la loi HPST de juillet 2009 (91). L'article 38 de la loi HPST instaure les nouvelles activités pour la pharmacie d'officine.

Pour la plupart, elles ont essentiellement vocation à l'amélioration de la prise en charge globale des patients. Cependant, certaines peuvent aussi être mises en place pour substituer ou compléter une mission habituellement destinée au médecin généraliste. Dans ce cas, le but est de décharger le médecin généraliste afin de lui libérer du temps de soins. J'ai fait le choix de citer toutes les nouvelles missions du pharmacien d'officine et d'analyser leur potentiel intérêt pour palier à la pénurie de médecins généralistes.

### 1-Entretiens et bilans partagés de médication

Le pharmacien d'officine est habilité à réaliser des entretiens pharmaceutiques à ses patients porteurs de certaines pathologies ou sous certains traitements. Ces entretiens permettent au patient de mieux connaître son traitement, d'améliorer son observance. Ils permettent d'évoquer des sujets que le médecin n'a pas forcément le temps d'aborder. Ils concernent :

- les patients à risque thrombotique sous anticoagulants oraux (antivitamines K (AVK) réalisables depuis 2013 ou anticoagulants oraux d'action directe (AOD) depuis 2016),
- les patients asthmatiques sous corticoïdes inhalés, depuis 2014,

- les patients cancéreux sous traitement oral (que ce soit une chimiothérapie, une hormonothérapie ou une thérapie ciblée) depuis 2020,
- les femmes enceintes depuis 2022.

Les bilans partagés de médication (BPM) sont apparus avec les avenants 11 (2017) et 12 (2018) de la convention nationale du 4 avril 2012. Il s'agit d'un programme de suivi pharmaceutique personnalisé destiné aux patients d'au moins 65 ans traités de manière chronique par un minimum de 5 principes actifs différents. Ces BPM visent à améliorer l'observance et prévenir l'iatrogénie tout en revalorisant le rôle de professionnel de santé du pharmacien.

Plus récemment, sont également apparus les bilans prévention et les dépistages ciblés du risque cardio-vasculaire. Le bilan prévention permet aux patients de bénéficier d'un temps d'échange dédié à la prévention en santé et de faire le point sur ses habitudes de vie et son environnement avec un professionnel de santé et notamment un pharmacien, tout en bénéficiant de conseils personnalisés. Ce dispositif est destiné aux patients entre 18 et 25 ans, 45 et 50 ans, 60 et 65 ans, 70 et 65 ans. Il est rémunéré 30 euros au pharmacien. Le dépistage ciblé du risque cardio-vasculaire consiste à identifier les patients à risque, leur proposer un dépistage qui consiste en un questionnaire et plusieurs mesures (tension artérielle, glycémie capillaire, poids et taille...). En cas de résultat positif, le patient est réorienté vers son médecin traitant. Ce dépistage est rémunéré 25 euros au pharmacien.

D'après l'étude Avenir Pharmacie de 2018 (90), seuls 56% des titulaires déclaraient réaliser des entretiens pharmaceutiques à l'officine. Les raisons évoquées pour ne pas réaliser ces entretiens sont : le manque de temps (71%), un problème de locaux (19%) ou un manque de formation (19%). 26% ont évoqué d'autres raisons comme la rémunération. Pour les entretiens de patients sous anticoagulants oraux ou asthmatiques, la rémunération (92) est de 50 euros la première année en métropole (entretien d'évaluation et au moins 2 entretiens thématiques) et 30 euros les années suivantes (au moins 2 entretiens chaque année). Pour les patients sous anticancéreux, la rémunération va de 60 à 80 euros la première année puis 20 à 30 euros les années suivantes selon la molécule. La rémunération des BPM est de 60 euros la première année puis 20 euros les années suivantes. L'entretien femme enceinte est rémunéré 5 euros.

## 2-Téléconsultation à l'officine

La téléconsultation dans les officines est apparue en 2019 et a été très développée lors de la pandémie Covid. Pour permettre l'accès à la téléconsultation à leurs patients, les officines doivent disposer d'un espace de confidentialité fermé. Les pharmaciens peuvent installer une borne de téléconsultation ou une cabine de téléconsultation, qui doit comprendre au minimum : un stéthoscope, un otoscope, un oxymètre de pouls et un tensiomètre connectés (67).

Concernant la rémunération, l'officine est indemnisée par l'assurance maladie 1 125 euros la première année pour acquérir le matériel, puis 350 euros par année pour les frais. En plus, il y a une participation forfaitaire selon la quantité de téléconsultations :

- 200 euros de 1 à 20 téléconsultations par an,
- 300 euros de 21 à 30,
- 400 euros pour plus de 30 téléconsultations.

La téléconsultation à l'officine est souvent une solution pratique et rapide pour les « petites urgences » nécessitant une consultation rapide mais ne nécessitant pas un passage par les urgences hospitalières. Cependant, j'ai pu constater que ce type de dispositif n'est pas toujours adapté, notamment aux personnes âgées. Par exemple, si elles ne sont pas sous ALD, les personnes doivent avancer la part mutuelle en réglant par carte bancaire. Or, de nos jours les banques demandent de plus en plus une validation d'un achat internet sur l'application bancaire. Les personnes âgées ne sont pas forcément équipées d'un smartphone ou tout simplement pas de l'application bancaire ou d'internet. Dans ce genre de situation, la téléconsultation ne peut donc débiter.

Les télécabines en officine améliorent l'accessibilité médicale, diversifient l'activité économique de l'officine et répondent aux besoins des patients.

## 3-Tests rapides d'orientation diagnostic

Les premiers tests rapides d'orientation diagnostic (TROD) ont été autorisés avec l'arrêté du 1<sup>er</sup> août 2016. Les TROD et dépistages actuellement autorisés à l'officine sont :

- le test oro-pharyngé de dépistage des angines à streptocoque,
- le test oro-pharyngé de dépistage de la grippe à Influenza virus,
- la mesure de la glycémie capillaire,
- TROD sur sang capillaire pour détecter des anticorps anti covid,

- le test naso-pharyngé antigénique de dépistage de la Covid-19,
- la bandelette urinaire.

Pendant la crise de la Covid-19, les pharmaciens ont été autorisés à réaliser des tests sérologiques de dépistage du Covid.

La rémunération du TROD angine est de 15 euros s'il y a délivrance d'antibiotique et que le patient s'est présenté spontanément à l'officine, contre 10 euros sans délivrance d'antibiotique. Si le patient présente une ordonnance conditionnelle de son médecin, la rémunération s'élève à 10 euros. La réalisation du test antigénique Covid est rémunérée 11,50 euros auxquels s'ajoutent 5 euros pour le matériel. La bandelette urinaire est rémunérée 10 à 15 euros selon le résultat (92).

La réalisation de ces TROD par le pharmacien libère du temps de soins aux médecins.

#### 4-Vaccination

L'autorisation de vaccination par les pharmaciens d'officine s'est faite progressivement. Lors de la campagne de vaccination anti-grippale 2017-2018, les pharmaciens des régions Auvergne Rhône Alpes et Nouvelle Aquitaine ont expérimenté la vaccination à l'officine. En 2018-2019, cette expérimentation a été étendue aux régions Hauts-de-France et Occitanie. Fort d'un succès, la prescription et l'administration du vaccin anti-grippal ont été autorisées par tous les pharmaciens formés à partir de 2019-2020. Par la suite, lors de l'épidémie Covid, les pharmaciens ont pu vacciner les adultes contre le Covid. En 2022, ils ont pu effectuer la vaccination pédiatrique à partir de 5 ans. L'élargissement des vaccinations à toutes les vaccinations recommandées de l'adulte à partir de 16 ans a été mise en place en 2022 et en 2023 pour les adolescents à partir de 11 ans. Enfin, le pharmacien a obtenu le droit de prescription des vaccinations recommandées pour ces mêmes patients en 2023. La vaccination et sa prescription par le pharmacien permet aux patients d'éviter une consultation médicale et décharge une fois de plus le médecin.

Le pharmacien est rémunéré 7,50 euros par injection en métropole. Si le patient ne dispose pas de prescription préalable, le pharmacien est rémunéré 9,60 euros.

#### 5-Dispensation protocolisée

Suite à l'arrêté du 6 mars 2020, le pharmacien d'officine a été autorisé à prescrire des médicaments pour prendre en charge :

- l'odynophagie, chez l'adulte par amoxicilline, cefuroxime, cefpodoxime... et chez l'enfant par amoxicilline, cefpodoxime ou clarithromycine.

- la pollakiurie et la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans, par fosfomycine ou pivmecillinam,
- la rhino-conjonctivite allergique saisonnière chez les patients de 15 à 50 ans
- l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse chez l'enfant de 12 mois à 12 ans.

Mais pour cela, il devait faire partie d'une structure pluri-professionnelle dans laquelle des protocoles avaient été rédigés. Les ordonnances conditionnelles permettent également ce type de prise en charge : le pharmacien doit pratiquer un TROD sur prescription du médecin. Selon le résultat, il est amené à délivrer ou non un antibiotique. En juin 2024, la loi a changé : tous les pharmaciens d'officines, après avoir suivi une formation, sont maintenant autorisés à délivrer ces médicaments pour l'odynophagie et la cystite aiguë simple chez la femme (91).

La dispensation protocolisée permet de simplifier le parcours de soin et décharge les médecins, qui seront tout de même consultés si la situation du patient s'avère être plus grave ou plus complexe.

#### 6-Dépistage organisé du cancer colorectal

Après réception d'un courrier, les patients peuvent récupérer leur kit de dépistage en pharmacie depuis 2022. Cela simplifie le parcours de dépistage et évite aux patients de devoir passer par le médecin généraliste pour récupérer ce kit. Le pharmacien est rémunéré 3 euros en métropole par kit délivré, auxquels s'ajouteront 2 euros si le dépistage est effectivement réalisé.

#### 7-Pharmacien correspondant et pharmacien référent

Mis en place par le décret du 28 mai 2021, le pharmacien correspondant est désigné par le patient et déclaré auprès de la caisse de rattachement du patient. Il peut renouveler des traitements chroniques au-delà de la durée initialement mentionnée. Il peut ajuster des posologies. La rémunération est réservée aux pharmaciens exerçant en ZIP ou ZAC. Il perçoit une rémunération annuelle par patient l'ayant désigné et s'il effectue au moins une mission sur l'année pour ce patient. Le montant est de 2 euros par patient jusqu'à 100 patients, puis 1 euro par patient au-delà de 100 patients, dans la limite de 500 euros par an (93).

Lorsqu'un EHPAD ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur (PUI), il peut travailler avec un pharmacien référent. Le pharmacien référent effectue ses missions classiques (approvisionnement de médicaments et dispositifs médicaux), mais en plus il travaille en concertation avec les médecins et le personnel paramédical. Il a la

possibilité de faire de la préparation des doses à administrer (PDA). Le pharmacien correspondant peut renouveler périodiquement des traitements chroniques ou adapter leur posologie. Cela décharge légèrement le médecin généraliste.

## 8-Renouvellement d'ordonnances

Lorsqu'une ordonnance d'au moins 3 mois pour un traitement chronique est expirée, le pharmacien a la possibilité de délivrer de manière exceptionnelle une boîte de médicaments supplémentaire (94). Cela permet de dépanner les patients qui n'ont pas pu faire renouveler leur traitement chronique dont l'interruption pourrait être préjudiciable pour leur santé.

## E-Freins à ces nouvelles missions

### 1-Accueil des autres professionnels

La réalisation des TROD par le pharmacien pourrait être vue comme une concurrence aux biologistes. Cependant, il faut considérer ces tests comme une entrée dans le parcours de soins du patient, afin de faciliter sa prise en charge. Souvent, ces premiers tests sont suivis d'examens biologiques plus poussés en laboratoire. La prescription de médicaments après un TROD peut également être perçue comme une concurrence aux médecins. Mais il s'agit avant tout d'une collaboration inter-professionnelle améliorant le parcours de soins du patient et libérant du temps de soins aux médecins.

### 2-Locaux

La réalisation des nouvelles missions, d'une manière générale, nécessite des locaux adaptés. Ces missions demandent, en effet, au minimum un espace de confidentialité, voire un second. L'article 8 de la convention pharmaceutique de 2012 stipule que « Le pharmacien prévoit dans son officine un espace de confidentialité où il peut recevoir isolément les patients. Cet espace est réputé adapté dès lors qu'il permet un dialogue entre le pharmacien et le patient en toute confidentialité. ». L'Ordre des pharmaciens a ajouté des précisions dans le document intitulé « Recommandations pour l'aménagement des locaux de l'officine » : « La signalétique de cet espace devra être pensée pour éviter que sa fréquentation ne permette la distinction de tel ou tel patient parmi d'autres. Si cet espace [...] doit permettre la tenue d'un dialogue singulier, en cas de nécessité, il peut être également utilisé pour exercer certaines missions : entretiens pharmaceutiques, bilans personnalisés, études

d'observance... A cette fin, il sera équipé d'un poste informatique permettant notamment la consultation du dossier pharmaceutique. ». Or, les officines ne sont pas toujours en mesure de s'adapter. Les officines ont très rarement la possibilité de pousser les murs.

### 3-Personnels

On constate depuis quelques années des difficultés à recruter des pharmaciens d'officine. Ce constat est également renforcé par le nombre de places non pourvues en deuxième année de pharmacie, depuis la réforme de la PASS. Le métier semble moins attirer qu'auparavant. Or, si l'on veut pouvoir donner des nouvelles missions au pharmacien dans des conditions favorables, il faut suffisamment de pharmaciens pour les mettre en place. Aussi, ces nouvelles missions s'ajoutent à celles déjà prenantes de l'activité classique et quotidienne d'une officine. Dans les petites officines, ajouter ces nouvelles peut sembler complexe en termes d'emploi du temps. Par exemple, lorsqu'un seul pharmacien (adjoint ou titulaire) exerce par jour, il semble compliqué pour ce pharmacien de consacrer du temps à la préparation d'un entretien, sa réalisation et son suivi.

### 4-Coûts

Ces nouvelles missions demandent divers coûts à l'officine. Il y a tout d'abord le coût de mise en place qui sera donc important si l'officine ne dispose pas encore d'espace de confidentialité. Le coût du pharmacien réalisant la mission sera le plus important. Enfin, il y a le coût des consommables (matériel de vaccination par exemple) et des outils de communications. Or, ces nouvelles missions ne semblent pas toujours rémunérées suffisamment à l'officine.

### 5-Formation

Les nouvelles missions demandent une adaptation du pharmacien qui passe notamment par la formation. Or, les formations demandent du temps. Temps qu'il n'est pas toujours facile de s'accorder à l'officine.

### F-Fermetures d'officines en zone rurale

Le monde de l'officine doit s'adapter aux transferts, regroupements et cessions d'officine. En effet, de plus en plus de territoires ruraux, déjà souvent pauvres en

médecins, se retrouvent parfois sans officine à proximité. Souvent, les officines se regroupent au détriment des petites communes.

Entre 2012 et 2022, le nombre d'officines en métropole a diminué de 8,2%. Les départements les plus concernés sont le Gers, l'Ariège, l'Allier, la Charente et l'Yonne. En 2022, la région Hauts-de-France a comptabilisé le plus de fermetures d'officines avec 31 officines fermées. Un assouplissement des règles d'ouverture d'une officine est prévu dans les territoires dits « fragiles ». Le décret d'application a été publié le 7 juillet 2024. Une nouvelle officine pourra être ouverte si un ensemble de communes contiguës comprend au moins 2 500 habitants et que l'une des communes recense au moins 2 000 habitants (95).

## G-Le pharmacien dans le monde

### 1-Le pharmacien prescripteur

A l'étranger, la prescription par un pharmacien existe déjà notamment aux Etats-Unis, au Canada, en Grande-Bretagne, en Nouvelle-Zélande (4). Plus récemment, l'Espagne, la Suisse et la Suède ont également adopté ce type de prescription. En Grande-Bretagne, la prescription par un pharmacien (ou une infirmière) existe même depuis 1992. Aux Etats-Unis, la prescription par un pharmacien est retrouvée dans plus de 25 états depuis 2001. Elle concerne certaines pathologies comme : les otites, les infections urinaires, les infections sexuellement transmissibles, l'insuffisance cardiaque, l'hypertension artérielle, les infections bactériennes et mycosiques, l'arthrose, les conjonctivites. Pour pouvoir prescrire, le pharmacien doit faire partie d'un protocole de coopération avec un médecin.

### 2-Le pharmacien au Canada : le concept de soins pharmaceutiques

Depuis les années 1970, le métier de pharmacien a évolué au Canada (96). En 1974 au Québec, le pharmacien a obtenu la possibilité d'intervenir sur l'ordonnance si besoin. A partir de 1978, le pharmacien est rémunéré pour la formulation d'une opinion pharmaceutique.

La loi 41 a été promulguée en 2015. Elle a introduit de nouveaux actes :

- Le pharmacien, après consultation pharmaceutique, peut prescrire des médicaments dans certaines situations ne nécessitant aucun diagnostic médical. Par exemple, il peut prescrire une prophylaxie anti-paludique, des produits de substitution au tabac. En cas de prescription par le pharmacien, le traitement est pris en charge.

- Le pharmacien a également le droit de prescrire des actes de biologie dans le but d'assurer le suivi de la pharmacothérapie. Par exemple, il peut prescrire un dosage de l'international normalized ratio (INR) et si besoin ajuster les doses. Il peut aussi contrôler la fonction rénale du patient.

Pour l'aider, il dispose aussi de l'accès au « dossier santé Québec » qui contient les valeurs de biologie médicale du patient.

- Si un diagnostic médical a déjà été posé dans le passé, il peut prescrire à l'aide d'algorithmes mais leur utilisation n'est pas obligatoire. Cela concerne par exemple la rhinite allergique, la cystite simple, l'eczéma, l'herpès labial, etc.

- En cas de tension d'approvisionnement, il a la possibilité de substituer des médicaments.

- Le pharmacien peut prolonger les traitements chroniques (un an maximum) afin qu'ils ne soient pas interrompus entre deux consultations médicales.

- Après hospitalisation, le patient peut se voir injecter sa première dose d'héparine par le pharmacien afin que l'administration lui soit expliquée.

La loi 31 est apparue en 2020 :

- Le pharmacien a le droit d'évaluer un patient sur le plan physique ou mental afin d'assurer le suivi de son traitement. Par exemple, il peut ajuster une dose d'anti-hypertenseur après mesure de la pression artérielle du patient.

Il peut aussi modifier une prescription d'antibiotique inadaptée en cas d'allergie et en cas d'impossibilité de joindre le médecin.

- Après évaluation du patient, le pharmacien peut proposer des traitements dans certains cas : début de zona, prophylaxie post-exposition au VIH, etc. Un exemple parlant est la prescription de salbutamol en cas de crise d'asthme.

- Le pharmacien dispose du droit de prescription et d'injection de tous les vaccins, aux patients à partir de 6 ans.

- Enfin, le pharmacien peut prescrire une contraception orale jusqu'à 6 mois.

Hormis la prescription de tests sanguins, la plupart de ces missions sont rémunérées et donc valorisées pour le pharmacien. D'ailleurs, même un refus de délivrance justifié par le pharmacien est un acte rémunéré. Grâce à toutes ces nouvelles missions, le pharmacien québécois fait partie des solutions à la pénurie de médecins : il contribue au désengorgement du système de santé. En effet, d'après une étude (97), la consultation d'un pharmacien pour un problème de santé a permis aux patients d'éviter un rendez-vous avec leur médecin (44%), de se rendre dans une

clinique sans rendez-vous (41%), de consulter un autre professionnel de santé (30%) ou bien de se rendre aux urgences (17%).

En Ontario, le pharmacien est prescripteur depuis janvier 2023 (98). Il peut prescrire des médicaments pour 13 pathologies courantes mineures. En revanche, il n'a pas besoin qu'un diagnostic préalable ait déjà été établi, contrairement au pharmacien québécois. L'Ontario fait partie des dernières provinces du Canada à mettre en place ce système.

### 3-Le pharmacien suisse

Les entretiens de polymédication (EPM) concernent les patients ayant un traitement d'au moins 4 médicaments sur une période minimale de 3 mois. Ces EPM sont réalisés sur proposition du pharmacien. Le pharmacien et le patient peuvent ainsi évoquer les posologies, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses, etc. Ces EPM sont facturés à l'Assurance obligatoire des soins (AOS).

La vaccination à l'officine est également possible.

Le système netCare® permet de faciliter l'accès aux soins de premier recours. Le pharmacien réalise un entretien sans rendez-vous à l'issue duquel il peut réorienter le patient vers une consultation médicale ou il peut lui-même prescrire certains médicaments à prescription médicale obligatoire (tel qu'un antibiotique dans le cas d'une cystite simple). Ce système netCare® concerne des pathologies couramment rencontrées à l'officine : cystite, conjonctivite, sinusite, eczéma, mycose, etc. Cela participe à désengorger les cabinets médicaux.

Les cercles de qualité médecins-pharmaciens (CQMP) correspondent à des rencontres entre médecins et pharmaciens. L'objectif est d'arriver à un consensus sur des pratiques interprofessionnelles, pour améliorer la prise en charge thérapeutique des patients et réaliser des économies (99).

### 4-Le pharmacien prescripteur en Ecosse

Le National Health Service (NHS) Pharmacy First Scotland a été créé en juillet 2020. Il permet aux écossais de consulter leur pharmacien d'officine en priorité pour tout ce qui est maladies mineures. Cela leur permet ainsi de ne pas forcément consulter un médecin généraliste ou les urgences. Si besoin, le pharmacien réoriente le patient vers un autre professionnel du NHS. Ou, il peut prescrire des traitements directement au patient. Les pathologies concernées sont par exemple : l'acné, les

allergies, le rhume, la constipation, la cystite chez la femme, l'eczéma, le zona, etc (100) (101).

Au total, le pharmacien semble être une solution possible à la problématique de la pénurie de médecins généralistes. En effet, il est un professionnel de santé compétent, correctement réparti sur le territoire et disponible rapidement pour le patient. Ce dernier voit en lui un acteur de premier recours en qui il a confiance. Aussi, les expériences à travers le monde renforcent l'intérêt à donner plus de missions au pharmacien. Ces dernières permettent de décharger le médecin tout en collaborant avec ce dernier, et d'améliorer le parcours de soins du patient. Cependant, on constate que des freins importants existent actuellement : les autres professionnels de santé sont parfois réticents aux nouvelles missions pharmaceutiques, ces missions nécessitent du temps, des locaux, des formations et du personnel disponible pour une rémunération bien souvent peu importante.

## Partie 3 : Enquête de perception auprès des acteurs officinaux dans les Hauts-de-France

Comme nous venons de le voir, le pharmacien d'officine a bien des atouts pour faire face au manque de médecins généralistes. J'ai souhaité réaliser une enquête de perception exploratoire afin d'avoir une vue plus élargie de la situation sur le terrain et de comprendre les leviers et les freins auprès des principaux intéressés. Ceci est d'autant plus important que les conséquences de la pénurie de médecins dans certaines zones sont déjà présentes. Or, dans la littérature actuelle, très peu d'articles font référence à ces conséquences et aux ressentis des pharmaciens et préparateurs en pharmacie à ce sujet.

### A-Matériel et méthodes

#### 1-Type d'enquête

Il s'agit d'une étude transversale exploratoire et descriptive. Ce genre d'étude permet de décrire les données de variables collectées à un instant donné et dans une population précise, au sujet d'un événement précis : ici la pénurie de médecins généralistes.

#### 2-Population étudiée

La population étudiée correspond aux pharmaciens d'officine (titulaires, adjoints ou remplaçants), aux étudiants en 6<sup>ème</sup> année officine et aux préparateurs en pharmacie exerçant dans les Hauts-de-France et ayant répondu, sur la base du volontariat, au questionnaire en ligne. Il n'y a donc pas de tirage au sort.

Dans la région des Hauts-de-France, on compte 6 482 pharmaciens inscrits au conseil de l'Ordre en 2023. Parmi ces pharmaciens, 2 264 (34,9%) sont inscrits à la section A qui correspond à la section des titulaires et 2 704 (41,7%) sont inscrits à la section D qui est celle des adjoints (Figure 12).

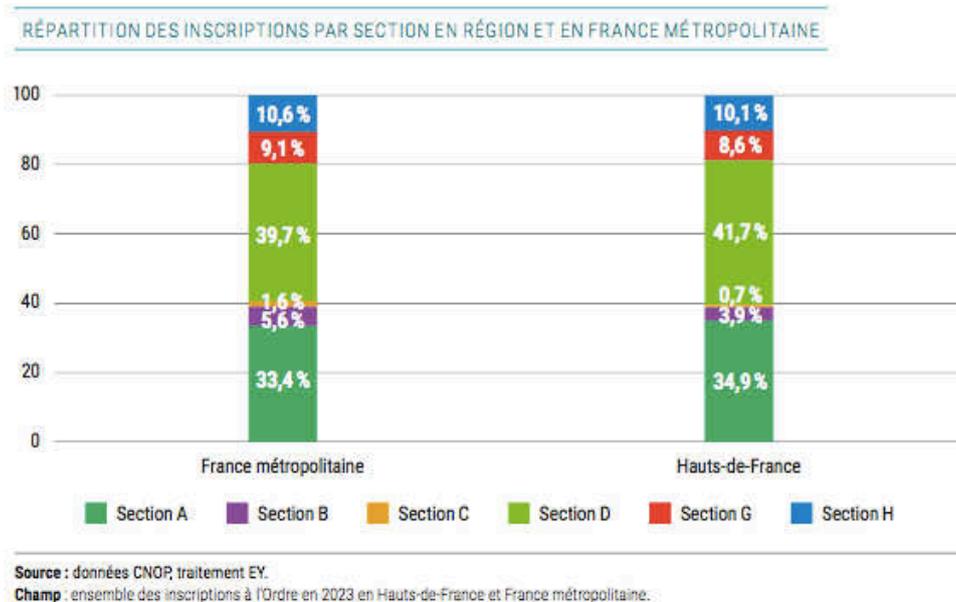


Figure 12. Répartition des pharmaciens inscrits au CNOP par section en France métropolitaine et dans les Hauts-de-France.

La région des Hauts-de-France possède deux facultés de pharmacie : Lille et Amiens. A la faculté de pharmacie de Lille, il y a 150 étudiants en 6<sup>ème</sup> année filière officine pour l'année scolaire 2023-2024, contre 52 pour la faculté de pharmacie d'Amiens.

Les préparateurs en pharmacie sont une population plus difficile à recenser de manière exhaustive. En effet, il ne s'agit pas d'une profession régie par un Ordre. D'après l'Observatoire des Métiers dans les Professions Libérales, les préparateurs étaient 62 000 en 2012 en France. D'après Le Quotidien du Pharmacien, ils étaient 60 000 en 2019. De plus, nous savons que la crise sanitaire de la Covid-19 a entraîné de nombreuses réorientations professionnelles. Il est ainsi impossible d'avancer un chiffre au niveau régional.

### 3-Méthode d'enquête

Le recueil des données s'est fait via un auto-questionnaire en ligne, anonyme, les répondants remplissant le questionnaire de façon autonome. La réponse au questionnaire est basée sur le volontariat. L'ensemble de l'enquête a été réalisé via LimeSurvey® qui est un logiciel d'enquête statistique, de sondage et de création de formulaire en ligne.

Le questionnaire final comportait 31 questions séparées en 3 rubriques :

- le profil du répondant (sexe, âge, expérience, profession) et de l'officine (département, typologie de l'officine),

- l'entourage médical de l'officine (nombre de médecins généralistes, ressenti du répondant)
- et enfin les conséquences et adaptations (sur la patientèle, l'équipe officinale et l'officine).

Les questions étaient fermées, à choix simple ou multiple, ou ouvertes à réponse libre. Les questions fermées permettaient d'obtenir des données statistiques chiffrées. Les questions ouvertes, à réponse libre, permettaient d'obtenir des idées plus précises des répondants. Certaines questions comprenaient d'ailleurs la possibilité de répondre librement via le choix « autre ». La plupart des questions étaient à réponse obligatoire. Enfin une question finale permettait aux répondants de s'exprimer librement sur le sujet s'ils le souhaitaient. L'ensemble du questionnaire est disponible annexe 2.

#### 4-Protection des données personnelles

Le questionnaire a été exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données personnelles par le délégué à la protection des données de l'Université de Lille (annexe 3). Il était anonyme, mais les participants avaient la possibilité de me signaler, par mail, afin que leurs réponses restent anonymes, leur souhait de recevoir les résultats de l'enquête publiés via ma thèse.

#### 5-Diffusion

##### 5.1-Diffusion via mes contacts personnels

Le questionnaire a été partagé aux pharmacies dans lesquelles j'ai eu l'occasion d'effectuer un stage ou de travailler. Je l'ai également transmis à quelques collègues de promotion. Je leur ai demandé de partager le questionnaire à leur réseau d'officinaux.

##### 5.2-Diffusion via les réseaux sociaux

Le questionnaire ne concernait que les officines des Hauts-de-France. S'agissant d'un questionnaire sans échantillonnage aléatoire, il a été diffusé via les réseaux sociaux, et notamment sur Facebook :

- Forum Pharma Lille (1 804 membres)
- 6A officine Lille 2021/2022 (149 membres)
- 6A pharma Lille 2023-2024 (443 membres)
- Pharma Jobs Lille (341 membres)

- Pharma Jobs Haut De France (644 membres)
- Pharmaction (12 000 membres)
- Annonces emploi préparateurs/trices en pharmacie Hauts-de-France (5 500 membres).

### 5.3-Diffusion via les CPTS

Le questionnaire a également été diffusé via des CPTS. En effet, j'ai regroupé toutes les adresses mails ou sites internet des CPTS des Hauts-de-France déjà en activité (Figure 13). Ce listing regroupe une cinquantaine de CPTS.

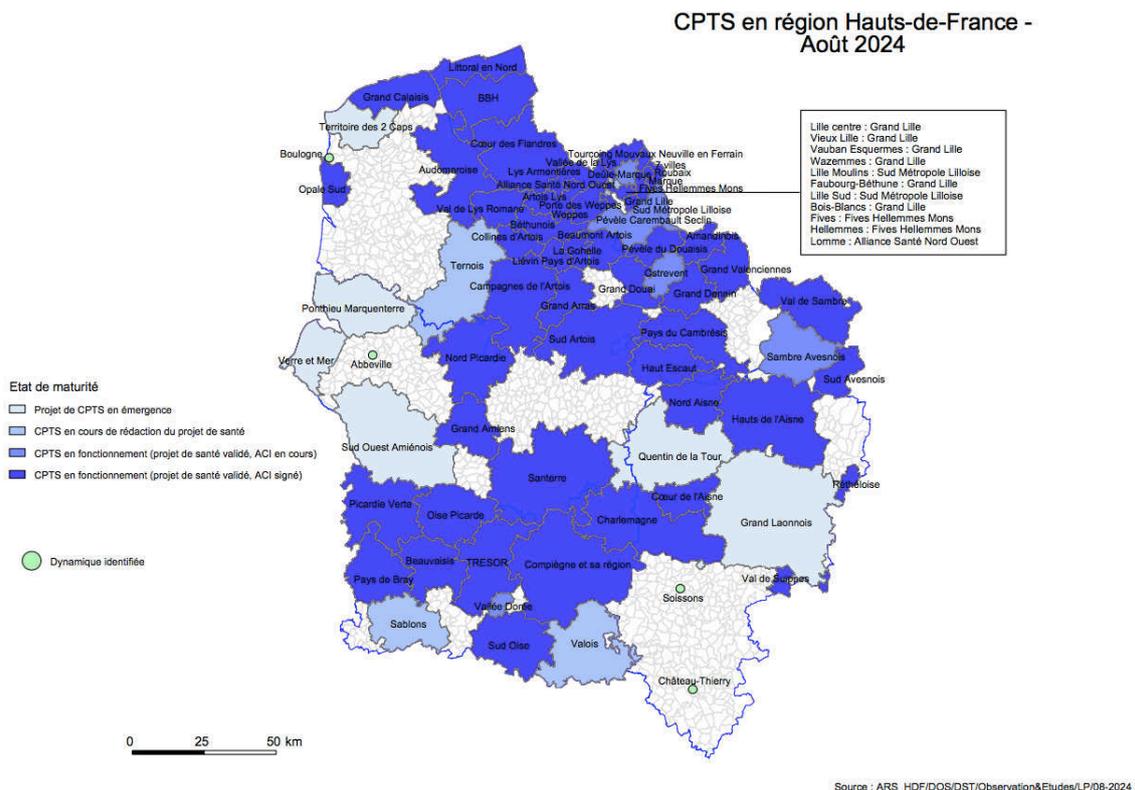


Figure 13. Cartographie des CPTS et projets de CPTS en région Hauts-de-France.

N'ayant pas de listing d'adresses mail de toutes les officines des Hauts-de-France, l'objectif était de cibler un plus grand nombre possible d'officines, le plus rapidement possible. J'avais espoir du soutien des CPTS qui sont en général toutes investies dans la recherche de nouveaux médecins traitants pour les habitants de leur territoire. J'ai obtenu un retour favorable de 6 CPTS.

### 5.4-Diffusion via l'URPS

L'URPS pharmaciens Hauts-de-France a accepté de partager mon questionnaire dans un mail intitulé « Infos pharma » le 13 mai 2024 (Figure 14).

## Questionnaire de thèse

Apolline Boret, étudiante en année de thèse de pharmacie filière officine à Lille, réalise sa thèse d'exercice sur les impacts de la pénurie de médecins généralistes sur le système de soins et sur l'officine.

Dans le cadre de cette thèse, elle a créé un questionnaire à destination des pharmaciens d'officine, des étudiants en 6<sup>ème</sup> année officine et des préparateurs en pharmacie exerçant dans les Hauts-de-France.

Les objectifs sont d'effectuer un état des lieux de la pénurie de médecins généralistes dans les Hauts-de-France, de connaître la perception des pharmaciens, préparateurs et étudiants 6<sup>ème</sup> année officine de cette pénurie, les impacts potentiels sur leurs activités au quotidien et les stratégies développées pour s'adapter à cette pénurie.

Ce questionnaire, parfaitement anonyme, se remplit en une dizaine de minutes.

Merci d'avance pour votre participation.

**Répondez au questionnaire**

Figure 14. Mail d'informations de l'URPS pharmaciens Hauts-de-France.

Cette diffusion m'a permis d'obtenir un grand nombre de réponses.

### 5.5-Diffusion aux étudiants

Les étudiants d'Amiens ont reçu par mail mon questionnaire de thèse, via leur faculté de pharmacie. Pour cibler les étudiants de Lille, j'ai opté pour une diffusion sur leur groupe facebook de promotion.

### 6-Durée de diffusion

Le recueil des données s'est déroulé du 11 mai 2024 au 18 juillet 2024.

### 7-Analyse des données

L'analyse des données a été effectuée via le logiciel de tableur Excel®. Les résultats sont ici exprimés en pourcentage. Ils sont présentés sous forme de graphiques ou de tableaux. Dans le but de retransmettre exactement les propos des répondants, aucune correction n'a été apportée à leurs commentaires. Cependant, dans un souci d'anonymat, des \*\*\* ont été employées afin de retirer des propos qui permettraient d'identifier les répondants.

## B-Résultats de l'enquête de perception

Le questionnaire a obtenu 257 réponses : 121 étaient partielles et 136 complètes. Parmi les réponses partielles, il y avait 29 réponses vides. L'échantillon final est donc constitué de 228 réponses.

### 1-Répondants : caractéristiques de la population

Les caractéristiques de la population des répondants sont décrites Tableau 5.

Les caractéristiques ont été comparées aux valeurs de la démographie des pharmaciens en 2023 dans les Hauts-de-France (102). La population ayant répondu au questionnaire est majoritairement féminine (question 1). Les femmes représentent 2/3 des pharmaciens. Cette répartition se justifie par les statistiques du métier. La profession est féminine : en 2023, dans les Hauts-de-France, la répartition globale des pharmaciens était de 68% de femmes contre 32% d'hommes. La valeur médiane de l'âge (question 2) se situe entre 45 et 49 ans, en concordance avec la démographie des pharmaciens qui indique un âge moyen des pharmaciens de 45,5 ans.

La plupart des répondants à ce questionnaire sont des pharmaciens, et surtout des pharmaciens titulaires à 55% (question 3). Les pharmaciens adjoints et remplaçants représentent 20% de l'échantillon tandis que 16% sont des préparateurs en pharmacie et 5% sont des étudiants en 6<sup>ème</sup> année filière officine. Ainsi, l'échantillon des étudiants étant très peu représentatif, nous avons choisi de ne pas en tenir compte dans l'analyse des réponses. Dans notre enquête, les pharmaciens titulaires représentent 73% des pharmaciens ayant répondu (contre 27% pour les adjoints et remplaçants) alors que dans la région des Hauts-de-France, les adjoints et remplaçants sont légèrement plus nombreux que les titulaires. Cette sur-représentation des titulaires s'explique probablement par la problématique abordée dans le questionnaire.

Le nombre d'années d'expérience moyen des répondants est de 18,3 ans (n = 228) (question 4). Le premier quartile (Q1) est de 7 ans, la médiane 19 ans et le 3<sup>ème</sup> quartile (Q3) : 29 ans. La population semble donc expérimentée. Nous pouvons potentiellement expliquer cela par le grand nombre de répondants pharmaciens titulaires, qui par nature sont en général plus âgés, et donc plus expérimentés : l'âge moyen des titulaires en 2023 dans les Hauts-de-France était de 47,8 ans contre 43,2 ans pour les pharmaciens adjoints.

Tableau 5. Caractéristiques de la population.

	Toute la population (n = 228)	Pharmaciens titulaires (n = 126)	Pharmaciens adjoints et remplaçants (n = 47)	Préparateurs en pharmacie (n = 37)
<b>Sexe</b>				
Homme	61 (26,7%)	44 (34,9%)	10 (21,3%)	2 (5,4%)
Femme	160 (70,2%)	79 (62,7%)	35 (74,5%)	35 (94,6%)
Sans réponse	7 (3,1%)	3 (2,4%)	2 (4,26%)	0
<b>Age</b>				
Moins de 25ans	14 (6,1%)	0	0	6 (16,2%)
25 – 29 ans	40 (14,5%)	1 (0,8%)	28 (59,6%)	5 (13,5%)
30 – 34 ans	21 (9,2%)	8 (6,4%)	5 (10,6%)	8 (21,6%)
35 – 39 ans	23 (10,1%)	18 (14,3%)	2 (4,3%)	2 (5,4%)
40 – 44 ans	25 (11%)	22 (17,5%)	1 (2,1%)	2 (5,4%)
45 – 49 ans	28 (12,3%)	24 (19,1%)	0	4 (10,8%)
50 – 54 ans	42 (18,4%)	28 (22,2%)	5 (10,6%)	8 (21,6%)
55 – 59 ans	18 (7,9%)	12 (9,5%)	4 (8,5%)	2 (5,4%)
60 – 64 ans	10 (4,4%)	7 (5,6%)	2 (4,3%)	0
65 – 69 ans	6 (2,6%)	6 (4,7%)	0	0
70 – 74 ans	0	0	0	0
75 ans et plus	1 (0,4%)	0	0	0
<b>Nombre d'années d'expérience moyen (+ ou – ET)</b>	18,3 ans (11,8)	22,7 ans (9)	11,6 ans (12,4)	17,2 ans (12,5)
1 <sup>er</sup> quartile	Q1 : 7	Q1 : 15	Q1 : 2	Q1 : 7
Médiane	Médiane : 19	Médiane : 22,5	Médiane : 5	Médiane : 11
3 <sup>ème</sup> quartile	Q3 : 29	Q3 : 30	Q3 : 22	Q3 : 28
<b>Département</b>				
Aisne	8 (3,5%)	7 (5,6%)	0	0
Nord	106 (46,5%)	54 (42,9%)	19 (40,4%)	24 (64,9%)
Oise	35 (15,4%)	26 (20,6%)	5 (10,6%)	0
Pas-de-Calais	54 (23,7%)	28 (22,2%)	14 (29,8%)	10 (27%)
Somme	4 (1,8%)	3 (2,4%)	0	0
Autre	21 (9,2%)	8 (6,4%)	9 (19,2%)	3 (8,1%)
<b>Secteur</b>				
Zone rurale	86 (37,7%)	51 (40,5%)	16 (34%)	13 (35,1%)
Quartier	89 (39%)	48 (38,1%)	19 (40,4%)	14 (37,8%)
Centre-ville	44 (19,3%)	23 (18,3%)	8 (17%)	9 (24,3%)
Centre commercial	5 (2,2%)	2 (1,6%)	3 (6,4%)	0
Autre	4 (1,8%)	2 (1,6%)	1 (2,1%)	1 (2,7%)
<b>Structure interprofessionnelle</b>				
Oui	150 (65,8%)	98 (77,8%)	31 (66%)	12 (32,4%)
MSP	23 (15,3%)	14 (14,3%)	4 (12,9%)	2 (16,7%)
CPTS	141 (94%)	95 (96,9%)	27 (87,1%)	11 (91,7%)
Autre	1 (0,7%)	1 (1%)	0	0
Non	75 (32,9%)	28 (22,2%)	16 (34%)	23 (62,2%)
Ne sais pas	3 (1,3%)	0	0	2 (5,4%)

Quasiment la moitié des répondants provient d'officines dans le Nord et un quart du Pas-de-Calais, ce qui est assez similaire à la répartition des officines des Hauts-de-France en 2023 (annexe 4), à l'exception des départements de l'Aisne et la Somme, pour lesquels nous avons obtenu peu de réponses (question 5). De plus, 38% des répondants ont leur officine située dans une zone rurale contre 39% dans une officine de quartier (question 6). Nous savons que 35% des officines en France sont situées dans une commune avec moins de 5 000 habitants en 2023 (103). Une zone rurale concerne moins de 2 000 habitants, en 2023 il y avait 18% des officines en zone rurale. Nous devrions donc comparer ce chiffre à nos 38%, mais nous pouvons quand même penser que la population des répondants s'approche de la réalité car nous n'avons pas donné de nombre d'habitants, donc le niveau de ruralité peut être différent selon la perception du répondant.

Parmi les 66% des répondants ayant leur officine dans une structure interprofessionnelle, 15% sont dans une MSP et 94% sont dans une CPTS (questions 8 et 9). Au 1<sup>er</sup> janvier 2023, dans les Hauts-de-France, il y avait 32 CPTS opérationnelles et 27 autres en projet, ce qui couvrait plus de 75% de la population régionale. Les officines sont donc nombreuses à prendre part à ces projets de CPTS. Mais il faut noter qu'un biais de sélection peut intervenir dans cette question, car nous avons contacté un grand nombre de CPTS pour diffuser le questionnaire.

## 2- Entourage médical et perception de la pénurie de médecins généralistes

L'entourage médical des officines est décrit tableau 6 pour l'ensemble des répondants. Ces mêmes caractéristiques sont décrites par métiers dans l'annexe 5.

Un médecin est considéré comme accessible jusqu'à 20 minutes en voiture. Ainsi, tous les répondants ont au moins 1 médecin jugé accessible autour de leur pharmacie (questions 10 et 11). On note même que 99% des répondants ont au moins 1 médecin accessible autour de leur officine à moins de 10 minutes. Cependant, ce n'est pas parce qu'un médecin est accessible à moins de 20 minutes en voiture autour d'une officine qu'il est suffisant pour l'ensemble des patients.

Tableau 6. Entourage médical des répondants.

	Ensemble des répondants (n=156)
Médecins < 10 min	
Aucun	1 (0,6%)
1	8 (5,1%)
2	12 (7,7%)
3 à 5	46 (29,5%)
Plus de 5	89 (57,1%)
Médecins [0-20min]	
Aucun	0
1	3 (1,9%)
2	2 (1,3%)
3 à 5	13 (8,3%)
Plus de 6	138 (88,5%)
APL	
[ 0 à 2 [	4 (2,6%)
[ 2 à 2,5 [	11 (7,1%)
[ 2,5 à 3 [	37 (23,7%)
Supérieur ou égal à 3	76 (48,7%)
Ne sais pas	28 (17,9%)

L'APL est un indicateur plus fiable pour caractériser le manque de médecins. Ainsi nous avons cherché à connaître l'APL des communes où se situent les officines des répondants (Figure 15). Dans un souci d'anonymat nous avons opté pour des fourchettes de réponses.

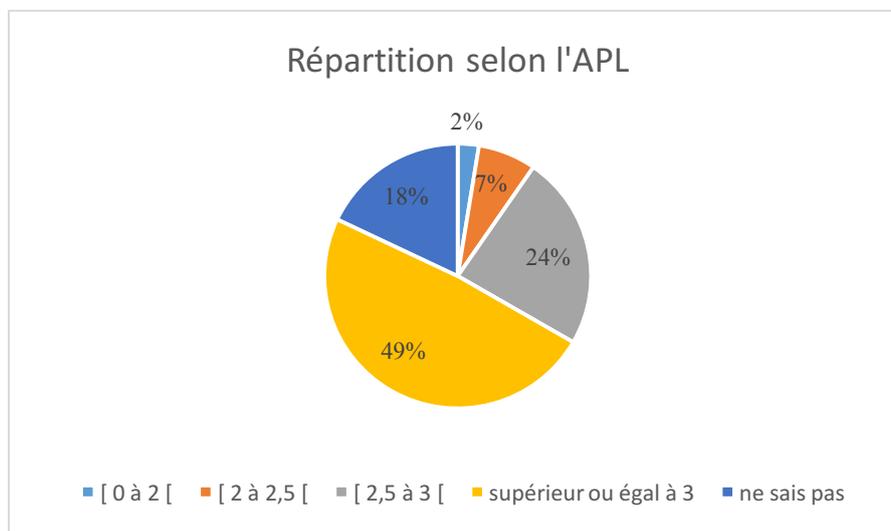


Figure 15. Répartition des officines selon l'APL de leur commune (n = 153).

La moitié des communes des officines ont un APL supérieur ou égal à 3, soit un accès à 3 consultations par patient et par an. En 2015, dans les Hauts-de-France, 3,8% des habitants résidaient dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil de 2,5 consultations par habitant et par an. Ici, ce nombre est de 9% des répondants, ce

qui est cohérent avec la problématique abordée. Une dizaine de répondants ont choisi d'ajouter un commentaire dont les détails figurent annexe 6. Ils font remarquer que l'APL du site ne reflète pas la situation réelle qui peut être modifiée par des arrivées ou départs récents de médecins. En effet, le lien concerne l'APL de 2022. D'autres répondants n'ont simplement pas réussi à utiliser le lien ou la carte.

Nous avons souhaité comparer statistiquement (test du  $\chi^2$ ) la proportion d'officines en zone rurale et ayant un APL < 2,5 par rapport aux autres zones d'exercices (tableau 7).

	APL < 2,5	APL > 2,5	Total
En zone rurale	12	41	53
Autres zones	3	70	73
Total	15	101	126

*Tableau 7. Proportion d'officines en fonction de la zone géographique et de l'APL de la commune (n = 126).*

On peut conclure que la catégorie de l'APL est liée significativement au type de zone d'exercice. Ainsi, 23% des pharmacies en zone rurale sont concernées par l'APL <2,5 contre 4% dans les autres types de localisation, et cette différence de % est significative (p=0,015).

Le Tableau 8 décrit la perception des répondants par rapport au nombre de médecins à proximité pour l'ensemble des répondants. Le détail par métier se trouve annexe 5.

*Tableau 8. Perception du nombre de médecins à proximité de l'officine.*

	Ensemble des répondants (n=155)
Jugement	
Très insuffisant	40 (25,8%)
Insuffisant	70 (45,2%)
Ni insuffisant ni suffisant	31 (20%)
Suffisant	10 (6,5%)
Tout à fait suffisant	4 (2,6%)
Manque dans le passé	
Oui	68 (43,9%)
Maison médicale ou MSP	14 (20,6%)
Collectivité	7 (10,3%)
Pas résolu	48 (70,6%)
Autre	7 (10,3%)
Non	64 (41,3%)
Ne sais pas	23 (14,8%)
Départ prochainement	
Oui	139 (89,7%)
Non	6 (3,9%)
Ne sais pas	10 (6,5%)

S'agissant des départs (question 18), les répondants sont 90% à déclarer que leur officine rencontrera prochainement le départ d'un ou plusieurs médecins généralistes. Cela ne nous permet pas de savoir si ce(s) départ(s) aura(-ont) un impact significatif sur l'officine mais ce chiffre reste alarmant.

Plus de 7 répondants sur 10 jugent que le nombre de médecins généralistes autour de leur officine n'est pas suffisant ou très insuffisant, 2 sur 10 ne se prononcent pas et moins d'1 sur 10 considère que ce nombre est suffisant (question 13).

Il est intéressant de comparer le ressenti des répondants à la réalité de l'entourage médical de leur officine. Parmi les 113 répondants ayant leur officine avec un APL supérieur à 2,5, ils sont 73% à trouver que le nombre de médecins généralistes autour de leur officine est tout de même insuffisant ou très insuffisant.

Aussi, si l'on s'intéresse au ressenti par métier :

- 78% des titulaires jugent ce nombre très insuffisant ou insuffisant (n = 96),
- 54% des adjoints et remplaçants (n = 26),
- 22% des étudiants (n = 9),
- 76% des préparateurs (n = 21)

Parmi les 110 répondants jugeant le nombre de médecins généralistes autour de leur officine insuffisant ou très insuffisant, 97 ont justifié leur avis, détaillés en annexe 7 (question 14). Globalement, ils soulèvent des délais d'attente trop longs pour des demandes de SNP. De trop nombreux patients sont sans médecin traitant car les médecins n'acceptent plus de nouveaux patients. Les départs en retraite des médecins ne sont pas remplacés. Il n'y a pas de visites à domicile possibles, certains patients ne sont pas véhiculés. Ils constatent une hausse des demandes de téléconsultations en cabines ou de consultations dans les maisons médicales de garde ou SOS médecin, ainsi que des avances de médicaments. Ils font même remarquer que certains de leurs patients arrêtent de se soigner. Leurs patients se plaignent beaucoup de cette situation et leur demandent régulièrement des coordonnées de médecins disponibles. En plus, ils soulignent que les rendez-vous de spécialistes sont trop loin dans le temps.

Parmi les 14 répondants jugeant ce nombre suffisant voire tout à fait suffisant, 6 ont justifié leur avis en annexe 8 (question 15). Pour ces répondants, leurs patients ont quasiment tous un médecin traitant ou peu de difficultés à obtenir un rendez-vous rapidement car les médecins autour de ces officines prennent encore des nouveaux patients.

Les répondants sont 44% à exercer dans une officine qui a déjà été concernée par le manque de médecins généralistes (question 16). Pour 70% d'entre eux, le problème n'a pas été résolu (question 17). Les répondants avaient la possibilité de préciser leur réponse via un commentaire (annexe 9) :

- Concernant la création d'une maison médicale ou une MSP, ils font remarquer que cela ne résout pas toujours le problème, au contraire : les médecins se sont juste regroupés et délocalisés, donc il n'y a pas de nouvelles places disponibles pour d'autres patients et certains patients doivent se déplacer plus loin pour consulter leur médecin. Mais un répondant estime que les maisons médicales ont tout de même un intérêt : elles attirent aussi des paramédicaux et permettent une meilleure organisation entre les médecins.
- La collectivité territoriale participe parfois, selon eux, en installant une borne de téléconsultation en mairie ou en aidant à la création d'une maison de santé par exemple.
- Pour beaucoup de répondants, le problème n'a pas été résolu. Ils soulignent principalement que les jeunes médecins ne veulent pas s'installer. Pour eux, les solutions, même existantes, sont insuffisantes et pas toujours qualitatives.

### 3- Impacts sur l'officine

La question 19 « si vous êtes (ou avez été) concernés par le manque de médecins généralistes, avez-vous ressenti un (ou plusieurs) impact(s) dans votre officine (au niveau financier, activité, équipe, patientèle, etc.) ? » s'adressait aux répondants jugeant le nombre de médecins insuffisant et/ou ayant un APL inférieur à 2,5 et/ou ayant déjà été concernés par le manque de médecins dans le passé. Parmi les 107 répondants concernés, 83% ont répondu favorablement à cette question (Figure 16).

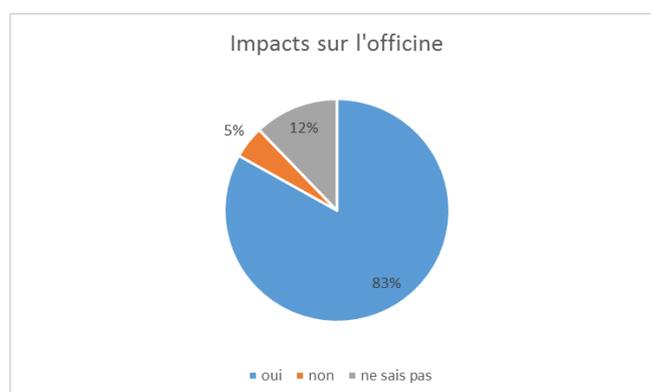


Figure 16. Nombre de répondants ayant eu des impacts sur leur officine suite au manque de médecins généralistes (n = 107)

Ils ont détaillé ces conséquences dans les Tableaux 9 et 10. Ces mêmes conséquences sont décrites de façon plus détaillée par professions dans l'annexe 10.

*Tableau 9. Impacts sur l'activité officinale pour les répondants ayant déclaré des conséquences au manque de médecins.*

	Répondants ayant eu des conséquences (n=89)
Nombre de patients	
Hausse	4 (4,5%)
Baisse	59 (66,3%)
Aucun effet	16 (18%)
Ne sais pas	10 (11,2%)
Chiffre d'affaires	
Hausse	4 (4,5%)
Baisse	63 (70,8%)
Aucun effet	11 (12,4%)
Ne sais pas	11 (12,4%)
Renouvellements exceptionnels	
Hausse	84 (94,4%)
Baisse	1 (1,1%)
Aucun effet	4 (4,5%)
Ne sais pas	0
Délivrance médicaments vente libre	
Hausse	59 (66,3%)
Baisse	8 (9%)
Aucun effet	14 (15,7%)
Ne sais pas	7 (7,9%)
Délivrance d'ordonnances	
Hausse	2 (2,3%)
Baisse	68 (76,4%)
Aucun effet	10 (11,2%)
Ne sais pas	8 (9%)
Ventes de parapharmacie	
Hausse	9 (10,1%)
Baisse	35 (39,3%)
Aucun effet	31 (34,8%)
Ne sais pas	13 (14,6%)

Le nombre de patients (66,3%), le chiffre d'affaires (70,8%), la délivrance d'ordonnances (76,4%) et les ventes de parapharmacie (39,3%) ont baissé selon les répondants. Les renouvellements d'ordonnances à titre exceptionnel (94,4%) et la délivrance de médicaments en vente libre (66,3%) ont quant à eux augmenté.

Il est intéressant de voir que le chiffre d'affaires baisse malgré une augmentation des renouvellements exceptionnels d'ordonnance et de la vente de médicaments en vente libre. Cela est possiblement expliqué par la part de ces activités, les ordonnances représentent 80% de l'activité d'une officine en moyenne.

Tableau 10. Conséquences relationnelles pour les répondants ayant déclaré des conséquences au manque de médecins.

	Répondants ayant eu des conséquences (n = 89)
Tension avec les patients	
Hausse	56 (62,9%)
Baisse	1 (1,1%)
Aucun effet	28 (31,5%)
Ne sais pas	4 (4,5%)
Tension avec les autres professionnels de santé	
Hausse	32 (36%)
Baisse	3 (3,4%)
Aucun effet	47 (52,8%)
Ne sais pas	6 (6,7%)
Tension dans l'équipe officinale	
Hausse	25 (28,1%)
Baisse	0
Aucun effet	62 (69,7%)
Ne sais pas	2 (2,3%)
Arrêt maladie dans l'équipe officinale	
Hausse	13 (14,6%)
Baisse	0
Aucun effet	72 (80,9%)
Ne sais pas	3 (3,4%)
Départ de pharmacien ou préparateur	
Hausse	22 (24,7%)
Baisse	1 (1,1%)
Aucun effet	61 (68,5%)
Ne sais pas	4 (4,5%)

Plus de 60% des répondants déclarent des tensions avec les patients en lien avec le manque de médecins, suivis par 36% qui déclarent des tensions avec les autres professionnels de santé. Les tensions au sein de l'officine sont également citées par 28,1%, cela pouvant même entraîner jusqu'à 14,6% d'arrêts maladies voire des départs pour 24,7%.

Les répondants avaient la possibilité de déclarer les autres impacts qu'ils ressentent (annexe 12). Un répondant souligne que la demande d'avis médicaux ne fait qu'augmenter, et souvent hors de nos compétences. Un titulaire dit même qu'il a du mal à payer ses charges et doit donc licencier. Les patients sont plus stressés et donc plus inciviles, voire même agressifs. Les équipes se fatiguent pour essayer de trouver des solutions, certains ont peur de perdre leur poste à cause de la baisse de chiffre d'affaires.

Cette pénurie de médecins généralistes demande aux officines de s'adapter en proposant par exemple des nouvelles missions, mais qui peuvent être freinées par diverses raisons (Tableau 11) détaillées en annexe 11.

Tableau 11. Adaptations à la pénurie de médecins généralistes et freins à ces adaptations.

		Ensemble des répondants
Adaptations	Déjà en place (n=136)	
	Oui	83 (61%)
	TROD	71 (85,5%)
	Entretiens	33 (39,8%)
	Bilan partagé médic.	12 (14,5%)
	Vaccination	78 (94%)
	Pharmacien correspondant	5 (6%)
	Télécabine	55 (66,3%)
	Autre	1 (1,2%)
	Non	47 (34,6%)
	Ne sais pas	6 (4,4%)
	Futures (n=137)	
	Oui	33 (24,1%)
	TROD	14 (42,4%)
Entretiens	12 (36,4%)	
Bilan partagé médic.	8 (24,2%)	
Vaccination	10 (30,3%)	
Pharmacien correspondant	6 (18,2%)	
Télécabine	14 (42,4%)	
Autre	5 (15,2%)	
Non	50 (36,5%)	
Ne sais pas	54 (39,4%)	
Freins (n=137)	Manque de place	68 (49,6%)
	Chronophages	83 (60,6%)
	Manque de personnels	74 (54%)
	Manque de formation	21 (15,3%)
	Insuffisance reconnaissance financière	91 (66,4%)
	Coût investissement	78 (56,9%)
	Tension avec autres professionnels de santé	52 (38%)
	Réticence de l'équipe	15 (10,9%)
	Manque de reconnaissance des patients	19 (13,9%)
	Autre	7 (5,1%)

Les répondants sont 61% à penser que leur officine s'est déjà adaptée à la pénurie de médecins ou en prévision d'une pénurie (question 24). La répartition selon le type d'adaptations est détaillée Figure 17 (question 25).

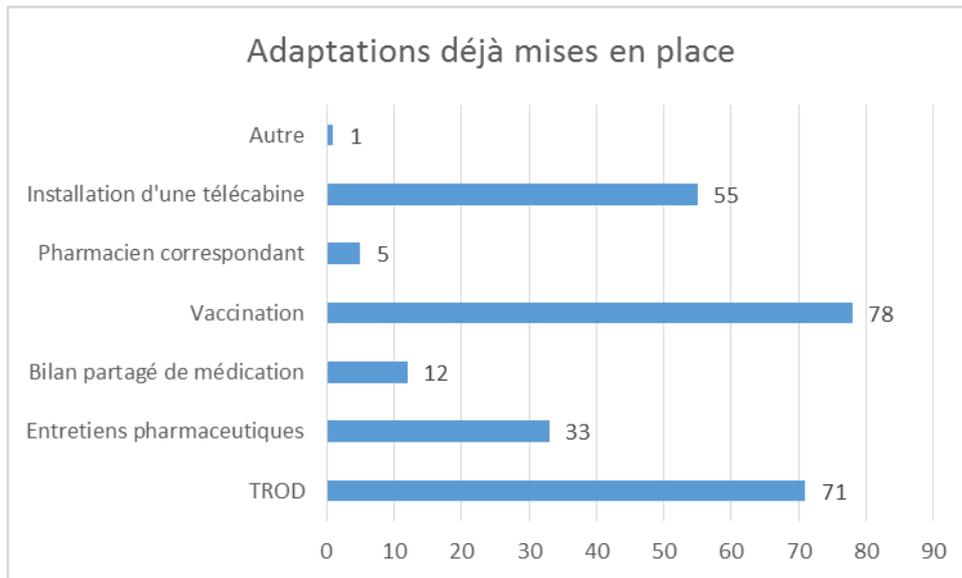


Figure 17. Nombres de répondants déclarant des adaptations existantes dans leur officine (n = 83).

Les adaptations les plus mises en place sont la vaccination (94%), les TROD (85,5%) et la mise en place d'une télécabine (66,3%). Il est intéressant de constater que les bilans partagés de médication et les entretiens pharmaceutiques sont moins mis en place ; les freins à leur mise en place sont peut-être plus importants.

Seuls 24% des répondants ont leur officine qui va s'adapter à la pénurie de médecins prochainement (question 26). Ces adaptations futures sont décrites Figure 18 (question 27).

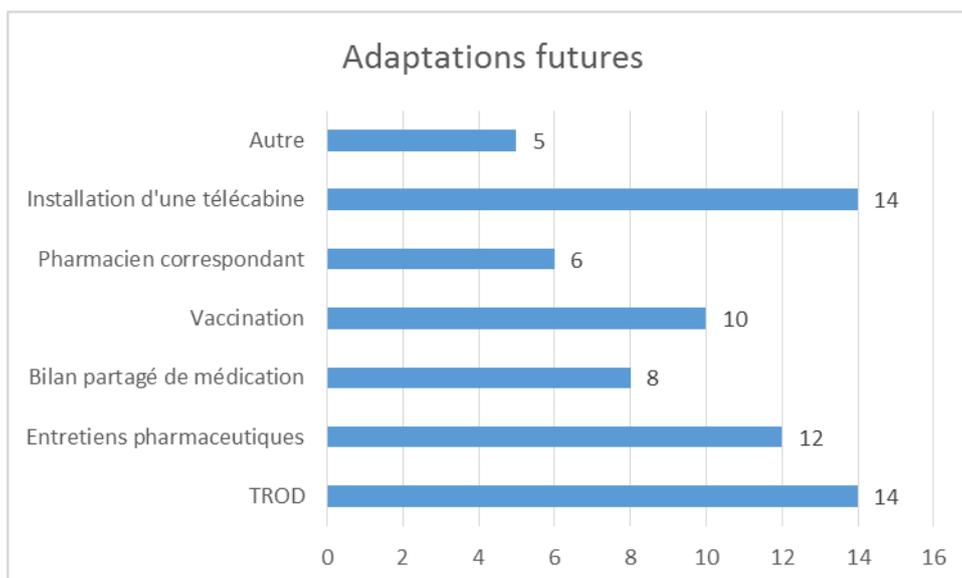


Figure 18. Nombre de répondants déclarant des adaptations à venir (n = 33).

Les répondants envisagent de mettre en place les TROD et une télécabine, suivis des entretiens pharmaceutiques et de la vaccination. Une fois de plus les bilans partagés de médication et les entretiens pharmaceutiques ne semblent pas être la priorité des officines, ces adaptations sont-elles plus exigeantes et complexes à mettre en place ?

La mise en place de ces adaptations peut être freinée par de nombreuses causes (question 28) détaillées Figure 19.

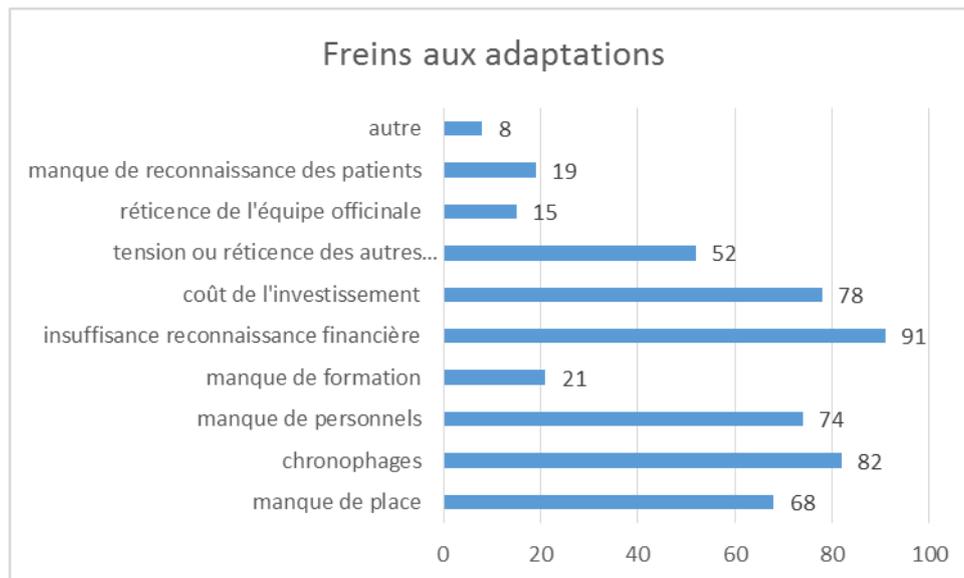


Figure 19. Nombre de répondants déclarant des freins à la mise en place des adaptations à l'officine (n = 137).

66% des répondants jugent que le frein le plus important est l'insuffisance de reconnaissance financière, suivi par le manque de temps (60,6%) et de personnels (54%) ainsi que le coût de l'investissement (56,9%). Nous pouvons noter que les équipes officinales sont peu réticentes (10,9%) et les patients plutôt reconnaissants. En revanche, 38% des répondants déclarent des tensions avec les autres professionnels de santé.

Parmi les réponses « autre », on retrouve :

- « manque de communication nationale sur les offres de services pharmaceutiques »,
- « quoi faire ? »,
- « Les missions doivent être clairement définies. Doivent être assurées du début à la fin. Il n'y a plus de médecins (*mais*) dans chaque mission il y a toujours le médecin. Pourquoi ? Il n'y en a plus. Et c'est le meilleur moyen pour que les tâches soient à moitié faites. »
- « Dans un petit village, certains patients n'ont pas de téléphone portable. Donc impossible de faire une téléconsultation »

- « Manque d'autonomie de la profession »

- « Fin de carrière et démotivation ».

Les répondants jugent qu'il n'y a pas suffisamment de communication au sujet des services pharmaceutiques, les patients n'ont donc pas connaissance de ces services. Certains citent l'inconvénient de la numérisation dans les petits villages. Enfin, le manque d'autonomie de la profession est relevé, avec une constante nécessité du médecin dans ces missions. Par exemple, dans le cas de la délivrance protocolisée de la cystite ou l'angine, la présence du médecin est longuement restée indispensable.

#### 4-Perception des équipes officinales

Nous avons souhaité connaître la perception globale des répondants au sujet de cette pénurie et leur capacité d'adaptation, détaillés dans le Tableau 12.

Tableau 12. Ressenti et capacité d'adaptation des répondants au sujet de la pénurie de médecins généralistes.

	Toute la population (n = 137)	Pharmaciens titulaires (n = 88)	Pharmaciens adjoints et remplaçants (n = 23)	Préparateurs en pharmacie (n = 17)
Ressenti moyen (écart-type)	3,8 (1,02)	3,86 (1)	3,48 (0,95)	3,76 (1,3)
Capacité d'adaptation moyenne (écart-type)	3,04 (0,93)	3,1 (0,94)	2,87 (1,01)	2,88 (0,78)

Les répondants sont 66% à se sentir stressés (4 et 5) au sujet de cette pénurie de médecins généralistes (figure 20) (question 29). Le ressenti moyen est de 3.8.

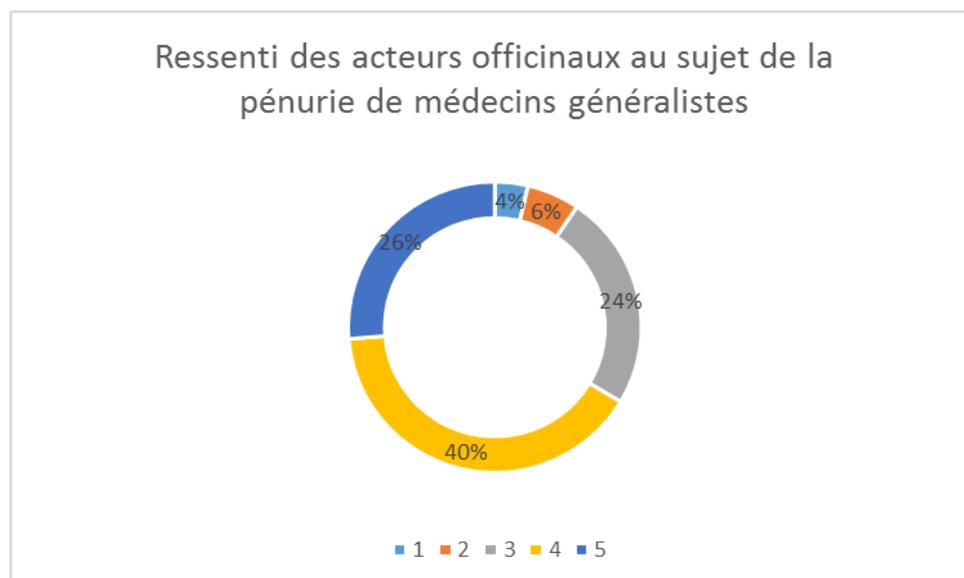


Figure 20. Ressenti des acteurs officinaux au sujet de la pénurie de médecins généralistes (n = 137).

Nous pouvons également nous intéresser aux différents ressentis en fonction du métier (figure 21).



Figure 21. Ressenti des pharmaciens titulaires et des pharmaciens adjoints / remplaçants.

Les pharmaciens titulaires (n = 88) sont 70% à se sentir stressés. Les pharmaciens adjoints et remplaçants (n = 23) le sont à 52%. Les préparateurs en pharmacie (n = 17) le sont à 59%. La comparaison de ces pourcentages indique que la proportion de titulaires déclarant être stressés est significativement supérieure à celle des pharmaciens adjoints/remplaçants et des préparateurs en pharmacie ( $p < 0,03$ ). Si on compare la moyenne des réponses à l'échelle de Lickert (test t de Student), on constate qu'en moyenne, les titulaires sont significativement plus stressés ( $3,86 \pm 1,00$ ) que les autres membres de l'équipes ( $3,48 \pm 0,95$  ;  $p = 0,05$ ). Cela peut être expliqué par leur statut de dirigeant d'entreprise.

On remarque que les étudiants sont 4 sur 6 stressés par cette situation, ce qui montre qu'ils anticipent déjà cette problématique pour leur profession.

Malgré une situation stressante, les répondants peuvent être en capacité de s'adapter différemment comme le montre la figure 22 (question 30).

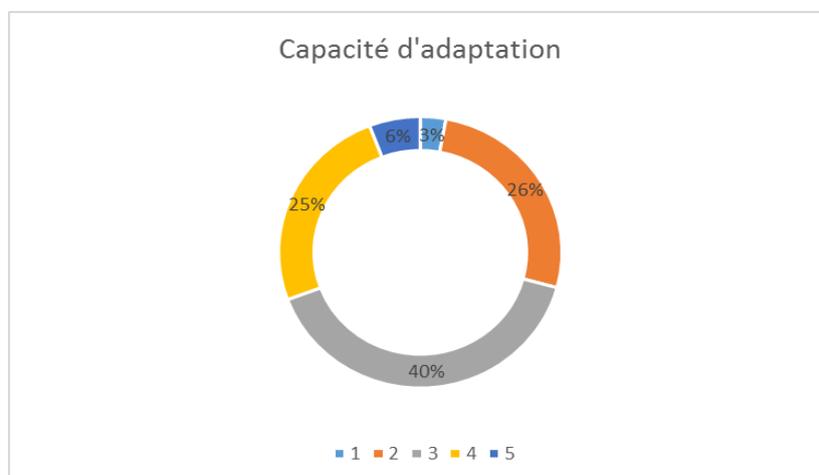


Figure 22. Capacité d'adaptation (n = 137).

Les répondants sont presque un tiers à ne pas se sentir capable de s'adapter (4 et 5). L'adaptation moyenne est de 3.04. Cette capacité d'adaptation est différente selon le métier (Figure 23).

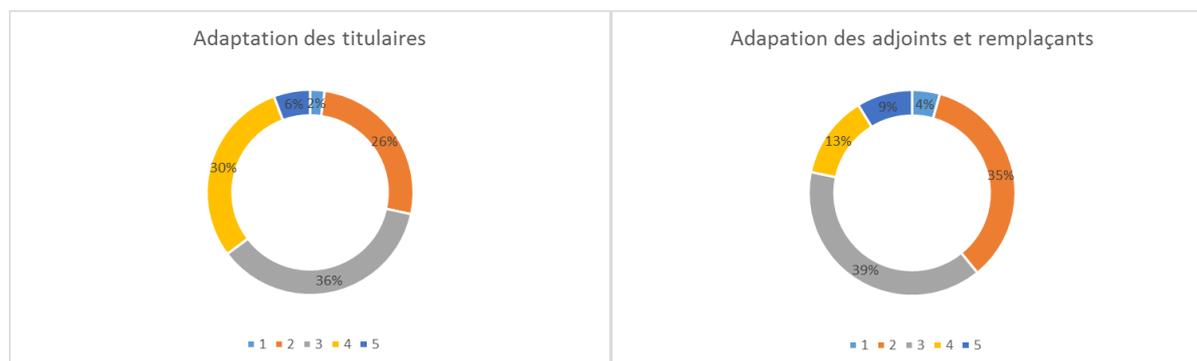


Figure 23. Capacité d'adaptation des titulaires et des adjoints/remplaçants.

Les pharmaciens titulaires ( $n = 88$ ) sont 36% à penser que leur officine n'est pas capable de s'adapter, suivi des pharmaciens adjoints et remplaçants ( $n = 23$ ) à 22% et des préparateurs ( $n = 17$ ) à 18%. Les titulaires semblent donc légèrement plus pessimistes à ce sujet. Les étudiants ( $n = 6$ ) sont 50% à penser que leur officine n'est pas capable de s'adapter, cela est inquiétant pour l'avenir de la profession. Cependant, ces proportions ne diffèrent pas significativement ( $\chi^2$ ,  $p=0,58$ ). Si on compare la moyenne des réponses à l'échelle de Lickert (test t de Student), on constate qu'en moyenne, les titulaires ( $3,10 \pm 0,94$ ) s'accordent sur les capacités d'adaptation de leur officine de la même manière que les autres membres de l'équipes ( $2,96 \pm 0,94$ ;  $p=0,19$ ).

Enfin, tous les répondants avaient la possibilité de laisser un commentaire libre s'ils le souhaitaient (annexe 13). Ils décrivent un avenir de la profession très complexe voire incertain. Selon certains, la qualité de la prise en charge des patients a diminué, beaucoup reportent leur suivi médical. Un répondant accuse le côté « libéral » de la médecine, qui ne permet plus d'organiser des soins efficaces. Un autre juge que la cause est la féminisation de la profession. Pour d'autres, il y a suffisamment de médecins, mais ils sont mal « exploités » : il y a trop de recours aux médecins pour des soins bénins et les délais de prescriptions (3 mois) sont trop faibles. Pour beaucoup, rien ne permet de remplacer un médecin et il faudrait donc simplement plus de médecins. Pour un répondant, les cabines de téléconsultations ne sont évidemment pas la solution, elles ne sont d'ailleurs pas forcément appréciées des médecins aux alentours. Une adjointe fait remarquer que les nouvelles missions nécessitent toutes des formations obligatoires alors que le pharmacien est déjà compétent et surtout

toutes payantes. Ils soulignent des difficultés économiques importantes, avec des marges qui ne font que baisser et des officines qui ferment à longueur d'année.

Un répondant note qu'en plus de la pénurie de médecins, on arrive vers une pénurie de pharmaciens et préparateurs en pharmacie, en témoignent les places vacantes en deuxième année de pharmacie ; ainsi qu'une pénurie de professionnels de santé en général. Aussi, en plus de leur quotidien à devoir gérer le manque de médecins, un répondant souligne que les officines doivent aussi faire face à une pénurie de médicaments. Pour terminer, un répondant note tout de même que l'avantage à cette évolution du métier de pharmacien est que cela renforce encore plus sa place en tant qu'acteur de santé face au patient.

## D-Discussion

### 1-Résumé des principaux résultats

Cette enquête a permis d'effectuer un état des lieux sur la perception actuelle des pharmaciens, préparateurs en pharmacie et étudiants en 6<sup>ème</sup> année officine concernant la pénurie de médecins généralistes.

Tous les répondants ont leur officine qui possède au moins un médecin jugé accessible, c'est-à-dire à moins de 20 minutes en voiture. Et presque les trois quarts des répondants ont leur officine située dans une commune dont l'APL est supérieur à 2,5. Mais 70% des répondants jugent que le nombre de médecins généralistes autour de leur officine est insuffisant voire très insuffisant. Les répondants sont 90% à déclarer que leur officine sera prochainement concernée par le départ d'un ou plusieurs médecins généralistes et ils sont 44% à exercer dans une officine qui a déjà été concernée par le manque de médecins généralistes. Parmi ces derniers, le problème n'a pas été résolu pour 70% d'entre eux.

Pour ceux concernés, les impacts sont nombreux : le nombre de patients, le chiffre d'affaires, la délivrance d'ordonnances et les ventes de parapharmacie ont baissé. Les renouvellements d'ordonnances à titre exceptionnel et la délivrance de médicaments en vente libre ont augmenté. Ce manque de médecins génère des tensions avec les patients, avec les autres professionnels de santé et au sein même des équipes officinales. Ce manque de médecins peut parfois être soulagé par certaines missions : les adaptations les plus mises en place à l'officine sont la vaccination, les TROD et l'installation d'une télécabine. Pour 66% des répondants, le frein majoritaire à la mise en place de ces missions est l'insuffisance de

reconnaissance financière. Les freins suivants sont le manque de temps et de personnels et le coût de l'investissement.

Cette problématique provoque du stress chez 64% des répondants. Ce stress est plus élevé chez les pharmaciens titulaires que chez les adjoints et remplaçants. Quasiment un tiers des répondants pensent que leur officine n'est pas en capacité de s'adapter face à cette pénurie.

## 2-Discussion sur la méthode

Notre enquête de perception présente un certain nombre de points positifs et certains points négatifs.

*Concernant la méthode d'échantillonnage*, il n'y a pas eu de tirage au sort, ce qui pourrait induire un manque de représentativité de la population étudiée. Cependant, les profils des répondants sont similaires à l'ensemble des pharmaciens à l'échelle régionale (répartition par sexe / âge / géographie).

Notre méthode d'échantillonnage a également pu générer un biais de sélection. En effet, une grande majorité des répondants sont des pharmaciens titulaires (55%). Cette sur-représentation des titulaires s'explique d'une part, par le mode de diffusion du questionnaire (URPS Pharmaciens adresse le questionnaire aux titulaires uniquement) et d'autre part, par leur intérêt pour la problématique étudiée. De plus, la diffusion sur les réseaux sociaux et internet peut exclure des personnes qui ne vont pas ou rarement sur internet par exemple. Et les groupes Facebook sur lesquels le lien a été publié voient passer de nombreuses publications quotidiennes et il est probable que mes propres publications soient passées inaperçues.

Pour améliorer la représentativité, il serait souhaitable lors d'une prochaine enquête sur le sujet de réaliser un tirage au sort en utilisant la liste des officines et en incluant au moins 2 personnes par officine, dont le titulaire, la perception du problème n'étant pas forcément la même parmi les autres membres de l'équipe officinale.

*Concernant l'outil de l'enquête*, nous avons créé un questionnaire et nous l'avons appliqué à cette enquête à titre exploratoire. Il n'a donc pas été validé au sens strict en étudiant par exemple sa validation interne, sa validation externe... Cependant, l'acceptabilité, la confidentialité et l'éthique sont des caractéristiques importantes qui ont été validées par le délégué à la protection des données de l'Université de Lille. Le questionnaire était plutôt bien accepté car rapide (environ 10 minutes) et facile à compléter sur internet. Certaines questions auraient pu être posées différemment. La

question sur l'âge (question 2) aurait pu nécessiter une réponse libre pour obtenir la valeur moyenne mais un risque d'erreur lors de la saisie était possible. Nous aurions pu approfondir certaines questions comme celle sur les départs de médecins afin d'avoir plus de détails sur les causes de départ (question 18). Les deux questions sur les autres impacts (questions 21 et 23) auraient pu être regroupées en une seule, comme dans l'analyse, car les répondants ont mélangé les réponses. Nous aurions pu également demander au répondant par quel moyen il a eu connaissance du questionnaire, afin de potentiellement améliorer la diffusion. Enfin, pour maintenir l'anonymat, nous n'avons pas pu mettre en place un système de relance dans le cadre de cette étude exploratoire. Mais il serait important de le prévoir à l'avenir.

L'effectif de l'échantillon est assez élevé compte tenu de la durée de diffusion du questionnaire qui était d'environ 9 semaines. Cependant, seuls 53% des questionnaires ont été remplis de façon complète. Certains questionnaires (n=29 soit 11% des répondants) totalement vides ont bien sûr été supprimés de l'analyse. Ces questionnaires vides peuvent s'expliquer par une multitude de raisons : un intérêt pour le sujet d'une personne qui n'était finalement pas concernée, un manque de temps, une interruption intempestive pour un oubli, une présentation trop longue, etc.

Le nombre de réponses incomplètes (n= 92 soit 36% des répondants) peut être expliqué, comme pour les questionnaires vides, par un trop grand nombre de questions, une interruption ou un manque de temps également. Les répondants se sont arrêtés avant la fin des 31 questions, sachant qu'il y avait 11 questions conditionnelles qui ne concernaient donc pas tous les répondants. Pour une prochaine enquête, il serait utile de pouvoir enregistrer les réponses puis y revenir plus tard, ceci afin de minimiser les données manquantes.

### 3-Conclusion de l'enquête

Les objectifs de ce questionnaire étaient d'établir un état des lieux de la perception des acteurs officinaux au sujet de la pénurie de médecins généralistes.

Le constat est qu'une majorité des acteurs officinaux jugent que leur officine est concernée par le manque de médecins généralistes alors que les calculs d'accessibilité aux médecins disent le contraire. On peut donc s'interroger sur la pertinence et la fiabilité de ces calculs. Ils subissent une baisse de chiffre d'affaires pour beaucoup d'entre eux et doivent faire face à des tensions avec les patients, les professionnels de santé et parfois même au sein de leur équipe. Pour autant, ils sont nombreux à chercher des solutions à cette pénurie de médecins en offrant de

nouveaux services à leurs patients comme la vaccination, les TROD et la téléconsultation. Les freins à ces missions sont pourtant nombreux : insuffisance de reconnaissance financière, manque de temps et de personnels, coût de l'investissement.

Le chiffre alarmant est que 64% des répondants se sentent stressés au sujet de cette problématique, les titulaires l'étant plus encore que leur équipe, et sont presque un tiers à ne pas penser leur officine capable de s'adapter. Ils sont donc inquiets pour l'avenir.

## Conclusion

L'objectif de cette thèse était de réaliser un état de lieux de la pénurie de médecins généralistes, de découvrir les conséquences sur le système de soins et les solutions en place et potentielles, notamment par les officines. Une partie pratique avait pour objectif de connaître la perception des acteurs officinaux au sujet de cette pénurie et les impacts sur leurs activités. Ce travail a permis de dégager les impacts les plus importants sur le système de soins, en particulier un état de santé des médecins eux-mêmes préoccupant, une saturation des services d'urgences et de nombreux risques pour la santé des patients qui voient la qualité de leurs soins se dégrader. Force est de constater que ces impacts sont retrouvés malgré de nombreuses solutions déjà mises en place, ce qui remet en cause leur efficacité et leur suffisance.

Ce manque de médecins généralistes n'est pas non plus sans conséquence pour les officines. En effet, les pharmaciens nous décrivent des impacts financiers et relationnels. Ils se sentent stressés et inquiets pour l'avenir. Cette anxiété nous pousse à nous interroger sur le bien-être au travail, l'attractivité du métier de pharmacien d'officine et la qualité de la pratique officinale : pourrons-nous, à l'avenir, maintenir une qualité de notre pratique dans ces conditions ? Afin de soulager les officines, il serait nécessaire de revaloriser financièrement les nouvelles missions, qui permettent souvent de dégager du temps de soins aux médecins. Il serait également intéressant d'offrir de l'autonomie aux pharmaciens concernant ces missions. Au sujet du manque de médecins en lui-même, on pourrait imaginer de nouvelles missions du pharmacien comme le renouvellement complet de traitements chroniques après un petit entretien durant lequel serait prise la mesure tensionnelle par exemple. On pourrait aussi imaginer une prescription par le pharmacien et une délivrance de traitements pour des pathologies simples dans le cadre de SNP comme cela se fait au Canada par exemple. La prescription de traitements pourrait être élargie à d'autres pathologies que la cystite et l'angine. En ce sens, une étude de cadrage (104) s'est consacrée à la prescription indépendante pharmaceutique (PIP). La PIP correspond à la prescription par un pharmacien de manière autonome, sans ordonnance d'un médecin. Cette étude a permis d'établir que la PIP permet d'améliorer l'accès aux soins, de réduire les délais de traitement tout en maintenant la sécurité des patients et en améliorant sa qualité de vie. Cela permet aussi de réduire la charge de travail des médecins. De plus, cela semble être rentable à la société en évitant les consultations médicales. La PIP est fréquemment décrite dans des affections mineures mais aussi dans des maladies

chroniques. Cependant ce type de missions serait également chronophage et nécessiterait une adaptation en terme de salariés par ailleurs difficiles à recruter.

Dans un environnement en évolution et sous la dépendance constante des politiques publiques, les missions du pharmacien d'officine ne cessent d'évoluer et peuvent représenter une cause importante de stress et d'anxiété dans ce contexte de pénurie de médecins. Ce coup de sonde réalisé dans le cadre de cette thèse résonne comme une sonnette d'alarme et mériterait d'être renouvelé à plus grande échelle afin de fournir des informations plus précises et plus étayées de la situation sur le terrain, et d'alimenter ainsi une réflexion sérieuse des politiques publiques.

## Références bibliographiques

1. URPS Médecin d'Occitanie [Internet]. 2022 [cité 29 août 2024]. 11 % de Français sans médecin traitant. Disponible sur: <https://www.medecin-occitanie.org/11-de-francais-sans-medecin-traitant/>
2. L'Assurance Maladie [Internet]. 2024 [cité 29 août 2024]. Patientèle des médecins libéraux par région - 2017 à 2022. Disponible sur: <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/patientele-medecins-liberaux-region>
3. Arnault F. Atlas de la démographie médicale en France. 2022.
4. Le Noc Y. Déserts médicaux: de quoi parlons-nous ? Médecine Montrouge Fr. 2022;18(9):388-90.
5. Vergier N, Chaput H, Lefebvre-Hoang I. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? [Internet]. DREES; 2017 mai [cité 3 déc 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd17.pdf>
6. Lapinte A, Legendre B. Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres [Internet]. DREES; 2021 juill [cité 21 nov 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/renoncement-aux-soins-la-faible-densite-medecale-est-un-facteur>
7. Ministère du travail, de la santé et des solidarités [Internet]. 2024 [cité 20 juin 2024]. Accès territorial aux soins. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/acces-territorial-aux-soins/>
8. Ministère du travail, de la santé et des solidarités [Internet]. 2024 [cité 22 avr 2024]. Les zones sous-denses en médecins. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/les-zones-sous-denses-en-offre-de-soins/zonage-medecin>
9. CartoSanté [Internet]. [cité 22 avr 2024]. Indicateurs : cartes, données et graphiques. Disponible sur: [https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=481598,7131452,411001,292620&c=indicateur&i=zonage\\_conv.z\\_gene&t=A01&view=map12](https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=481598,7131452,411001,292620&c=indicateur&i=zonage_conv.z_gene&t=A01&view=map12)
10. Huguier M, Romestaing P. Numerus clausus et démographie médicale en France. Bull Académie Natl Médecine. 2014;198(7):1367-.
11. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? - Constat et projections démographiques [Internet]. DREES; 2021 mars [cité 21 nov 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/quelle-demographie-recente-et-venir-pour-les-professions>
12. Albertone M. Études de santé: Le temps des réformes. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2022.
13. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche [Internet]. 2020 [cité 3 déc 2023]. Ma santé 2022 : suppression du numerus clausus et rénovation de

l'accès aux études de santé. Disponible sur: <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/ma-sante-2022-suppression-du-numerus-clausus-et-renovation-de-l-acces-aux-etudes-de-sante-49091>

14. Manus JM. Réforme de l'accès aux études de santé, entendre l'inquiétude des étudiants. Rev Francoph Lab. 1 juill 2023;2023(554):10-1.
15. Yvon B, Lehr-Drylewicz AM, Bertrand P. Féminisation de la médecine générale faits et implications: Une enquête qualitative en Indre-et-Loire. Médecine Montrouge Fr. 2007;3(2):83-8.
16. Mallet V. Conséquences de la féminisation de la médecine générale – le ressenti de 14 patients du département du Nord. Université Lille 2 Droit et Santé; 2015.
17. Ville de Coudekerque-Branche [Internet]. 2023 [cité 3 déc 2023]. Le centre de santé communal ouvre ses portes. Disponible sur: <https://www.ville-coudekerque-branche.fr/le-centre-de-sante-communal-ouvre-ses-portes/>
18. Dalmat YM. Statut emploi-retraite pour les médecins: une solution aux déserts médicaux ? J Anal Médicale Biol Clin. oct 2019;30(605-606):4-5.
19. Manus JM. Pénurie de généralistes: mobilisation parlementaire. Rev Francoph Lab. mars 2016;2016(480):88-9.
20. Dalmat YM. Gérer la pénurie de médecins généralistes jusqu'en 2030. J Anal Médicale Biol Clin. oct 2023;34(677-678):6-.
21. Chazard E, Vogel M, Piérard C, Platel JP. Les rendez-vous médicaux non honorés : une situation préoccupante. Ordre des Médecins du Nord;
22. Odoxa [Internet]. 2019 [cité 16 nov 2023]. Les rendez-vous non honorés par les patients constituent un fléau pour les médecins. Disponible sur: <https://www.odoxa.fr/sondage/rendez-non-honores-patients-constituent-fleau-medecins/>
23. Grenot N. Cette plaie des rendez-vous non honorés. Rev Podol. nov 2019;15(90):1-.
24. Article R4127-53 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000042795663](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042795663)
25. Assurance Maladie [Internet]. 2023 [cité 26 nov 2023]. Une campagne de communication consacrée à la protection du système de soin. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/actualite/une-campagne-de-communication-consacree-la-protection-du-systeme-de-soin>
26. Alepee Q. Comment réduire le temps administratif en médecine générale libérale? Université de Montpellier; 2019.
27. Lestapis-Auroux S. Place du secrétariat médical dans les cabinets libéraux de médecins généralistes : étude qualitative auprès des secrétaires [Internet]. Université de Poitiers; 2018 [cité 3 déc 2023]. Disponible sur:

[https://www.sfmng.org/data/generateur/generateur\\_fiche/1393/fichier\\_these\\_sebastien\\_de\\_lestapis0b850.pdf](https://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/1393/fichier_these_sebastien_de_lestapis0b850.pdf)

28. INSEE [Internet]. [cité 29 nov 2023]. Pyramide des âges. Disponible sur: [insee.fr/fr/statistiques/7746192?sommaire=7746197](https://www.insee.fr/fr/statistiques/7746192?sommaire=7746197)
29. Insee [Internet]. 2021 [cité 29 nov 2023]. 68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5893969>
30. Behr M, Le Borgne P, Baicry F, Lavoignet CE, Berard L, Tuzin N, et al. Crise nationale des urgences: le résultat d'un déséquilibre croissant entre offre et demande de soins ? *Rev Med Interne*. oct 2020;41(10):684-92.
31. L'Assurance Maladie [Internet]. 2023 [cité 29 nov 2023]. Effectif, prévalence et caractéristiques des bénéficiaires d'une ALD - 2008 à 2022. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/prevalence-beneficiaires-ald>
32. Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée [Internet]. Drees; 2018 sept [cité 29 nov 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1077.pdf>
33. Carlier M. Réévaluation de l'état de santé des médecins généralistes des Hauts-de-France en 2020 et analyse en fonction de l'exercice en désert médical. Université de Lille; 2021.
34. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale [Internet]. Drees; 2020 janv [cité 21 nov 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/difficultes-et-adaptation-des-medecins-generalistes-face-loffre-de>
35. Liegeois A, Georget M. Burn-out et qualité de vie chez les médecins généralistes français en 2019: existe-t-il un lien? Université de Bordeaux; 2019.
36. Veyssier-Belot C. Le syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins. *Rev Médecine Interne*. avr 2015;36(4):233-6.
37. Oberlin M, Andrès E, Behr M, Kepka S, Le Borgne P, Bilbault P. La saturation de la structure des urgences et le rôle de l'organisation hospitalière: réflexions sur les causes et les solutions. *Rev Med Interne*. oct 2020;41:693-9.
38. Labainville I, Lefève C. Les patients dits « non urgents » aux urgences: Priorisation, orientation et sélection au prisme des sciences sociales. *Médecine Sci*. juin 2023;39(6-7):569-74.
39. Assemblée nationale [Internet]. [cité 28 nov 2023]. Proposition de loi n°423 - 16e législature. Disponible sur: [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b0423\\_proposition-loi](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b0423_proposition-loi)
40. Sartini M, Carbone A, Demartini A, Giribone L, Oliva M, Spagnolo AM, et al. Overcrowding in Emergency Department: Causes, Consequences, and Solutions—A Narrative Review. *Healthcare*. 25 août 2022;10(9):1625.

41. Les Généralistes-CSMF [Internet]. 2020 [cité 22 avr 2024]. Déserts médicaux : "Il faut renforcer le couple médecin-pharmacien". Disponible sur: <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2020/02/20/deserts-medicaux-il-faut-renforcer-le-couple-medecin-pharmacien/>
42. Pénurie de médecins et prise en charge des consultations de médecine générale. Rev Francoph Lab. 2022;2022(540):10-10.
43. L'Assurance Maladie [Internet]. [cité 23 nov 2023]. Choisir et déclarer votre médecin traitant. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/flandres-dunkerque-armentieres/assure/droits-demarches/principes/choisir-et-declarer-votre-medecin-traitant>
44. L'Assurance Maladie [Internet]. [cité 26 nov 2023]. Rôle du médecin traitant et parcours de soins coordonnés. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/flandres-dunkerque-armentieres/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>
45. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins, organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet]. Ministère du travail de la santé et des solidarités; 2018 mai [cité 28 nov 2023]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_snp\\_vf.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf)
46. Batard JP, Vincens ME. Enquête le médecin libéral au domicile du patient : un enjeu de santé publique ? [Internet]. URPS Médecins libéraux Ile-de-France; 2017 févr [cité 3 déc 2023]. Disponible sur: [https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/09/20170921\\_URPS-IDF\\_\\_visites\\_a\\_domicile.pdf](https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/09/20170921_URPS-IDF__visites_a_domicile.pdf)
47. L'Assurance Maladie [Internet]. [cité 3 déc 2023]. Visites à domicile. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/flandres-dunkerque-armentieres/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/tarifs/tarifs-visites-domicile>
48. Bagheri H, Giroud JP. Automédication et mésusage. Bull Académie Natl Médecine. 2023;207(2):178-85.
49. Montastruc JL, Bondon-Guitton E, Abadie D, Lacroix I, Berreni A, Pugnet G, et al. Pharmacovigilance : risques et effets indésirables de l'automédication. Therapies. 1 avr 2016;71(2):249-55.
50. Revil H. Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les dimensions multiples de l'accessibilité sanitaire. Regards. juill 2018;N°53(53):29-41.
51. Article L2223-42 [Internet]. Code général des collectivités territoriales. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886319](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886319)
52. Ministère du travail, de la santé et des solidarités [Internet]. [cité 15 août 2024]. Expérimentation de la rédaction des certificats de décès par les infirmiers. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/article/experimentation-de-la-redaction-des-certificats-de-deces-par-les-infirmiers>

53. Suzat B, Charvin M, Gouriot M, Grandazzi G, Moutel G. Quels freins à l'établissement du certificat de décès à domicile ? Enquête auprès de médecins sur le territoire de Normandie. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. 1 nov 2022;70(6):259-64.
54. Pontier JM. Déserts médicaux: que faire ? Actual Jurid Droit Adm AJDA. janv 2022;(3).
55. Polton D, Chaput H, Portela M, Laffeter Q, Millien C. Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques : les leçons de la littérature internationale. Drees; 2021 déc.
56. Ministère du travail, de la santé et des solidarités [Internet]. 2024 [cité 20 juin 2024]. Le principe du CESP. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/le-principe-du-cesp>
57. Ministère du travail, de la santé et des solidarités [Internet]. 2024 [cité 20 juin 2024]. Contrat de début d'exercice (CDE). Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/contrat-de-debut-d-exercice-cde/CDE>
58. L'Assurance Maladie [Internet]. [cité 23 juin 2024]. Aide à l'installation ou à la pratique du médecin en zone sous-dotée. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/flandres-dunkerque-armentieres/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/pratique-zones-sous-dotees>
59. Les incitations financières ne suffisent pas à attirer les médecins dans les déserts médicaux [Internet]. Drees; 2021 déc [cité 25 juin 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse/les-incitations-financieres-ne-suffisent-pas-attirer-les-medecins-dans-les>
60. Moncada M. Innovation parlementaire, entrepreneuriat et déserts médicaux en France. Polit Sociétés Montr. 2021;40(2):187-212.
61. Manus JM. Brève: Stages des étudiants en médecine dans les déserts médicaux. Rev Francoph Lab. déc 2022;2022(547):6-6.
62. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche [Internet]. [cité 24 juin 2024]. 4e année de formation pour les médecins généralistes : le Gouvernement concrétise son engagement pour une nouvelle maquette de formation. Disponible sur: <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/4e-annee-de-formation-pour-les-medecins-generalistes-le-gouvernement-concretise-son-engagement-pour-92013>
63. Dalmat YM. Où en est le déploiement des assistants médicaux ? Option Bio J Anal Médicale Biol Clin. janv 2023;34(663-664):5-5.
64. Ministère du travail, de la santé et des solidarités [Internet]. 2023 [cité 25 nov 2023]. La télésanté. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-acces-de-tous-a-des-soins-a-distance/article/la-telesante>

65. Agence du Numérique en Santé [Internet]. [cité 26 nov 2023]. Publication du référentiel fonctionnel de télésanté. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/actualites/publication-du-referentiel-fonctionnel-de-telesante>
66. Ministère du travail, de la santé et des solidarités [Internet]. 2023 [cité 25 nov 2023]. La téléconsultation. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-acces-de-tous-a-des-soins-a-distance/article/la-teleconsultation>
67. Cousin T. Déploiement de la télémédecine en France, des opportunités pour l'officine. *Actual Pharm.* 1 juin 2021;60(607):20-5.
68. L'Assurance Maladie [Internet]. 2023 [cité 27 nov 2023]. 30 propositions de l'Assurance Maladie pour améliorer le système de santé et maîtriser les dépenses. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/actualite/30-propositions-de-l-assurance-maladie-pour-ameliorer-le-systeme-de-sante-et-maitriser-les-depenses>
69. L'Assurance Maladie [Internet]. [cité 23 nov 2023]. Difficultés à trouver un médecin traitant. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/flandres-dunkerque-armentieres/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/organisations-coordonnees-territoriales>
70. Ministère de la santé et de la prévention [Internet]. [cité 15 mars 2024]. Niveau de maturité des CPTS et couverture du territoire. Disponible sur: <https://www.arcgis.com/apps/dashboards/6095444b6c8844b1b2ad9ecbb571a631>
71. Loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé (1). mai 19, 2023.
72. L'Assurance Maladie [Internet]. [cité 27 mars 2024]. Exercice des infirmiers en pratique avancée. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/flandres-dunkerque-armentieres/infirmier/exercice-liberal/vie-cabinet/installation-liberal/exercice-des-infirmiers-en-pratique-avancee>
73. Richard F. Infirmier en pratique avancée, nouvel acteur de santé. *Nouv Rev Enfance Adolesc.* 19 déc 2022;7(2):147-52.
74. Desjardins T, Kerambrun JM, Chauvet G. Triage, accès direct et raisonnement bayésien en kinésithérapie. *Kinésithérapie, la revue.* janv 2024;24(265):16-22.
75. L'Assurance Maladie [Internet]. 2023 [cité 18 juin 2024]. Actes en accès direct par les orthophonistes : conditions et modalités pratiques. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/flandres-dunkerque-armentieres/orthophoniste/actualites/actes-en-acces-direct-par-les-orthophonistes-conditions-et-modalites-pratiques>
76. Ordre National des Pédicures-Podologues [Internet]. [cité 18 juin 2024]. La prise en charge. Disponible sur: <https://www.onpp.fr/espace-patient/la-prise-en-charge.html>
77. Le Nord [Internet]. [cité 29 août 2024]. Le Département recrute pour ses Maisons Nord Santé. Disponible sur: <https://lenord.fr/recrutement-Maison-Nord-Sante>

78. Ministère de la Transition Écologique et de la Cohésion des Territoires [Internet]. [cité 26 mars 2024]. France ruralités : un plan pour une équité territoriale. Disponible sur: <https://www.ecologie.gouv.fr/france-ruralites-plan-equite-territoriale>
79. A Lederzeele, le médecin a enfin trouvé son remplaçant. La voix du nord. 17 avr 2024 [cité 25 juin 2024]; Disponible sur: <https://lavoixdunord.fr/1419785/article/2024-01-17/lederzeele-le-medecin-enfin-trouve-son-remplacant>
80. Chevillard G, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J, Moullan Y. Les médecins généralistes libéraux diplômés à l'étranger contribuent à renforcer l'offre de soins dans les zones sous-dotées. *Irdes*; 2023 oct.
81. Comparaisons internationales des médecins et infirmiers.pdf [Internet]. Drees; 2023 [cité 25 juin 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-11/Fiche%2031%20-%20Comparaisons%20internationales%20des%20m%C3%A9decins%20et%20infirmiers.pdf>
82. Aguilard S, Colson S, Inthavong K. Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature. *Santé Publique*. 2017;29(2):241-54.
83. L'Assurance Maladie [Internet]. [cité 23 juin 2024]. Texte final de la convention médicale 2024. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/flandres-dunkerque-armentieres/medecin/negociations-conventionnelles/texte-final-convention-medicale-2024>
84. Guerriaud M. Règles de répartition des officines sur le territoire, plus une évolution qu'une révolution. *Actual Pharm*. 1 juin 2018;57(577):51-3.
85. Démographie des pharmaciens : Panorama au 1er janvier 2022 [Internet]. Ordre National des Pharmaciens; 2022 juill [cité 12 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/demographie-des-pharmaciens-panorama-au-1er-janvier-2022>
86. Wilcke C, Parenty L, Zamolo H, Sarkozy F. Les pharmaciens d'officine sont aussi des acteurs du 1er recours. Résultats de l'enquête demandes de soins non programmés dans les officines du Grand Est. *Ann Pharm Fr*. 1 mars 2023;81(2):380-8.
87. Costedoat M. Point sur l'expérimentation ART 51 OSYS [Internet]. Omedit Normandie; 2023 juin [cité 20 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.omedit-normandie.fr/media-files/36988/9-osys-presentation-omedit-caen-06-06-2023-v-def.pdf>
88. Costedoat M. Orientation dans le Système de Soins (OSyS) cahier des charges [Internet]. ARS Bretagne; 2023 mai [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.bretagne.ars.sante.fr/media/110766/download?inline>
89. Silvereco [Internet]. 02/03/20217 [cité 27 juin 2024]. Avenir Pharmacie 2017, une étude sur la pharmacie de demain. Disponible sur:

<https://www.silvereco.fr/avenir-pharmacie-2017-une-etude-sur-la-pharmacie-de-demain/3176222>

90. Le pharmacien, premier interlocuteur santé du public [Internet]. PharmagoraPlus; 2018 mars [cité 27 juin 2024]. Disponible sur: [https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/files/2018/03/CP\\_Etude\\_AVENIR\\_PHARMACIE\\_29-03-18\\_VF-1.pdf](https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/files/2018/03/CP_Etude_AVENIR_PHARMACIE_29-03-18_VF-1.pdf)
91. Lehmann H. Les nouvelles missions du pharmacien d'officine. In Transactiv Thomson Reuters; 2021 [cité 25 juin 2024]. Disponible sur: <https://lilloa.univ-lille.fr/handle/20.500.12210/37601>
92. L'Assurance Maladie [Internet]. [cité 29 août 2024]. Honoraires et actes des pharmaciens. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/flandres-dunkerque-armentieres/pharmacien/exercice-professionnel/remunerations/honoraires-actes-pharmaciens>
93. L'Assurance Maladie [Internet]. [cité 29 août 2024]. Pharmacien correspondant. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/flandres-dunkerque-armentieres/pharmacien/exercice-professionnel/acces-soins/pharmacien-correspondant>
94. L'Assurance Maladie [Internet]. [cité 15 août 2024]. Dispensation exceptionnelle - ordonnance expirée. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/flandres-dunkerque-armentieres/pharmacien/exercice-professionnel/delivrance-produits-sante/regles-delivrance-prise-charge/delivrances-exceptionnelles/dispensation-exceptionnelle-ordonnance-expiree>
95. Ordonnance n° 2018-3 du 3 janvier 2018 relative à l'adaptation des conditions de création, transfert, regroupement et cession des officines de pharmacie [Internet]. avr 4, 2018. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000036381505/>
96. Weil T. Fonctions et missions du pharmacien d'officine au Québec. Actual Pharm. 1 juin 2021;60(607):36-9.
97. Touzin C. Des visites aux urgences évitées grâce au pharmacien du coin. La Presse [Internet]. 12 sept 2018 [cité 26 mars 2024]; Disponible sur: <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201809/11/01-5196185-des-visites-aux-urgences-evitees-grace-au-pharmacien-du-coin.php>
98. Gougeon-Pelletier É. Les pharmaciens ontariens peuvent maintenant prescrire des ordonnances. l-express.ca [Internet]. 16 janv 2023 [cité 26 mars 2024]; Disponible sur: <https://l-express.ca/les-pharmaciens-ontariens-peuvent-maintenant-prescrire-des-ordonnances/>
99. Morvan L, Macé F, Solari MA, Michiels Y, Kohli É. Voyage d'étude autour de la pratique officinale suisse. Actual Pharm. 1 oct 2017;56(569):51-3.
100. Scottish Government [Internet]. 2021 [cité 26 mars 2024]. Pharmacies ensuring swift patient care. Disponible sur: <http://www.gov.scot/news/pharmacies-ensuring-swift-patient-care/>

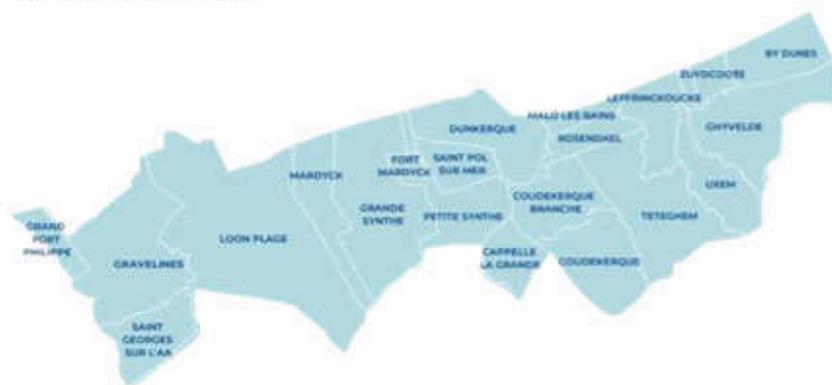
101. NHS inform [Internet]. [cité 26 mars 2024]. NHS Pharmacy First Scotland. Disponible sur: <https://www.nhsinform.scot/care-support-and-rights/nhs-services/pharmacy/nhs-pharmacy-first-scotland/>
102. Démographie des pharmaciens 2023 Hauts-de-France. Ordre National des Pharmaciens; 2024.
103. Démographie des pharmaciens au 1er janvier 2024 - Brochure nationale [Internet]. Ordre National des Pharmaciens; 2024 janv [cité 15 août 2024]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/0024493959e4e61f5f39a>
104. Piraux A, Bonnan D, Ramond-Roquin A, Faure S. The community pharmacist as an independent prescriber: A scoping review. *J Am Pharm Assoc.* 22 juill 2024;64(6):102192.



### Formulaire : Recherche de Médecin traitant

La **Communauté Professionnelle Territoriale de Santé Littoral en Nord** met à disposition ce formulaire d'inscription sur une liste d'attente pour faciliter la mise en relation entre les patients et les Médecins du territoire qui prennent de nouveaux patients.

Vous résidez sur ce territoire :



#### IDENTITÉ

Civilité

- Madame  
 Monsieur

Nom de naissance\*

.....

Nom d'usage:

.....

Prénom\*

.....

Sexe :

- Féminin  
 Masculin

Date de naissance\*

.....

Lieu de naissance\*

.....

#### COORDONNÉES DE CONTACT

Adresse email (personnelle ou d'un proche) \*

.....

N° de téléphone\*

.....

Adresse\*

.....

Code postal / Commune\*

.....

Nom/Prénom/N° de téléphone de l'aidant principal

.....

.....

.....

*\*Informations obligatoires*



### INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- Je bénéficie de la couverture santé solidaire
- Je suis malvoyant
- Je suis malentendant
- J'ai des difficultés pour me mobiliser (marcher, me lever, sortir de chez moi)
- J'ai des difficultés pour me déplacer (moins de 2km en voiture par exemple)
- J'ai une pathologie chronique (que l'on appelle parfois Affection de Longue Durée)
- J'ai plusieurs pathologies chroniques (que l'on appelle parfois Affection de Longue Durée)

### CONSENTEMENT

- Je donne mon consentement pour que les informations que j'ai renseignées servent à la création et à l'alimentation d'un dossier patient sur la plateforme Inzee Care. Ces données pourront être partagées aux professionnels qui participent à ma prise en charge dans le respect de ma vie privée et du secret professionnel.

*Inzee Care est une plateforme sécurisée (hébergeurs donnés de santé) choisi par votre CPTS pour coordonner les soins autour des patients du territoire*

- Je déclare sur l'honneur ne pas avoir un Médecin traitant.

*Depuis la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à la CPTS Littoral en Nord par mail : [recherche-medecin.cpts@gmail.com](mailto:recherche-medecin.cpts@gmail.com)*

*Si toutes les informations obligatoires ne sont pas complétées, nous ne pourrons enregistrer votre demande*

- Lorsqu'il s'agit d'une urgence, avant de vous rendre à l'hôpital, appelez le 15.
- Les professionnels de santé s'engagent volontairement dans cette démarche et font leur possible pour contribuer à l'accès aux soins des patients.

Date : .....

Signature :

**Ce document est à renvoyer par voie postale à l'adresse suivante - 3 rue des loisirs - 59180 - Cappelle la Grande**

**Pénurie de médecins généralistes : enquête auprès des pharmaciens, des étudiants en 6ème année officine et des préparateurs en pharmacie des Hauts-de-France**

Bonjour à tous, je suis étudiante en pharmacie filière officine à Lille. Je réalise ma thèse d'exercice dont les objectifs sont d'effectuer un **état des lieux de la pénurie de médecins généralistes dans les Hauts-de-France**, de connaître **votre perception de cette pénurie et des impacts potentiels sur vos activités au quotidien**.

Dans le cadre de cette thèse, j'ai créé un questionnaire anonyme prenant environ une dizaine de minutes, à destination des pharmaciens d'officine, des étudiants en 6ème année officine et des préparateurs en pharmacie exerçant dans les Hauts-de-France.

Si vous exercez dans plusieurs officines, vous pouvez répondre aux questions en ne considérant que l'officine concernée (ou la plus concernée) par le manque de généralistes, ou vous pouvez remplir le questionnaire plusieurs fois (un questionnaire = une officine).

Ce questionnaire est facultatif et confidentiel. Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification. Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse. Veuillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre. Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé.

Je vous remercie par avance pour le temps que vous aurez passé à remplir ce questionnaire.

Apolline Boret, 6ème année validée, [apolline.boret.etu@univ-lille.fr](mailto:apolline.boret.etu@univ-lille.fr)

Remarques :

- \* = question obligatoire
- = question à choix simple
- = question à choix multiple

## Profil du répondant et de l'officine

Question 1 : Vous êtes

- Un homme
- Une femme
- Sans réponse

Question 2\* : Votre âge

- Moins de 25 ans
- 25 – 29 ans
- 30 – 34 ans
- 35 – 39 ans
- 40 – 44 ans
- 45 – 49 ans
- 50 – 54 ans
- 55 – 59 ans
- 60 – 64 ans
- 65 – 69 ans
- 70 – 74 ans
- 75 ans et plus

Question 3\* : Vous êtes

- Pharmacien titulaire
- Pharmacien adjoint
- Pharmacien remplaçant
- Etudiant en 6<sup>ème</sup> année filière officine
- Préparateur en pharmacie
- Autre :

Question 4\* : Votre nombre d'années d'expérience en officine

(Remarque : seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.)

Question 5\* : Dans quel département se situe l'officine où vous exercez ?

- Aisne
- Nord

- Oise
- Pas-de-Calais
- Somme
- Autre :

Question 6\* : Votre officine se situe plutôt :

- En zone rurale
- Dans un quartier
- En centre-ville
- Dans un centre commercial
- Autre :

Question 7\* : Votre officine fait-elle partie d'une structure interprofessionnelle (exemples : MSP, CPTS, etc.) ?

MSP = Maison de Santé Pluriprofessionnelle

CPTS = Communauté Professionnelle Territoriales de Santé

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Question 8\* conditionnelle : Si oui, quel type de structure ?

- Maison de Santé Pluriprofessionnelle
- Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
- Autre :

### Entourage médical

Question 9\* : Combien de médecins généralistes estimez-vous à moins de 10 minutes en voiture de votre officine ?

- Aucun
- 1
- 2
- 3 à 5
- Plus de 5

Question 10\* : Combien de médecins généralistes estimez-vous situés entre 0 et 20 minutes en voiture de votre officine ?

- Aucun
- 1
- 2
- 3 à 5
- Plus de 5

Question 11 conditionnelle : S'il n'y a aucun médecin généraliste à moins de 20 minutes en voiture de votre officine, à combien de temps en minutes et en voiture de votre officine se situe le premier médecin généraliste ?

(Remarque : seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.)

Question 12\* : Le terme "désert médical" n'a pas de définition. Ainsi, l'indicateur APL (Accessibilité Potentielle Localisée) a été créé. L'APL est un indicateur d'accessibilité aux soins disponible sur le site de la DREES. Cet indicateur tient compte de la proximité des médecins, mais aussi notamment de leur disponibilité et des besoins en fonction de l'âge des patients, à l'échelle d'un territoire.

Par exemple, pour la commune de Nantes l'APL est de 4,561 consultations accessibles par an et par habitant.

Pour connaître l'APL de la commune de votre officine, il vous suffit de cliquer sur le lien ci-dessous, puis de sélectionner l'onglet tableau, puis la région Hauts-de-France, et enfin d'indiquer votre commune dans la barre "search". Vous obtiendrez directement la valeur de l'APL.

Afin de respecter l'anonymat, merci de bien vouloir reporter cette information en sélectionnant une fourchette de valeurs ci-dessous.

Remarque : si vous avez rencontré un quelconque problème pour identifier l'APL de votre commune, n'hésitez pas à l'indiquer dans la rubrique commentaire.

[cliquer ici pour connaître facilement l'APL de votre pharmacie](#)

- [ 0 à 2 [
- [ 2 à 2,5 [
- [ 2,5 à 3 [
- supérieur ou égal à 3

- Ne sais pas

Question 13\* : Comment jugez-vous le nombre de médecins généralistes autour de votre officine ?

- Très insuffisant
- Insuffisant
- Ni insuffisant ni suffisant
- Suffisant
- Tout à fait suffisant

Question 14 conditionnelle : Sur quel(s) élément(s) vous basez-vous pour dire que le nombre de médecins généralistes autour de votre officine est très insuffisant ou insuffisant ?

Question 15 conditionnelle : Sur quel(s) élément(s) vous basez-vous pour dire que le nombre de médecins généralistes autour de votre officine est suffisant ou tout à fait suffisant ?

Question 16\* : Votre officine a-t-elle déjà été concernée par le passé par le manque de médecins généralistes ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Question 17\* conditionnelle : Si oui, comment le problème a-t-il été résolu ? Vous pouvez rajouter un commentaire pour chaque proposition si vous le souhaitez.

- Création d'une maison médicale ou MSP
- Mise en place de dispositifs par la collectivité territoriale (commune, région, département, etc.)
- Le problème n'a toujours pas été résolu
- Autre

Question 18\* : Un ou plusieurs médecins généralistes autour de votre officine envisage(nt)-il(s) un départ prochainement (pour retraite, déménagement, ou autre) ?

- Oui

- Non
- Ne sais pas

Votre perception de la pénurie de généralistes et des impacts sur votre officine

Question 19\* : Si vous êtes (ou avez été) concernés par le manque de médecins généralistes, avez-vous ressenti un (ou plusieurs) impact(s) dans votre officine (au niveau financier, activité, équipe, patientèle, etc.) ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Question 20\* conditionnelle : Si oui, quels sont (étaient) les impacts que vous avez ressentis sur l'activité officinale ?

	Hausse	Baisse	Aucun effet	Ne sais pas
Nombre de patients				
Chiffres d'affaires				
Renouvellements d'ordonnances à titre exceptionnel				
Délivrance de médicaments en vente libre				
Délivrance d'ordonnances				
Ventes de parapharmacie				

Question 21 conditionnelle : Avez-vous ressenti d'autres impacts sur l'activité au sein de votre officine ? Si oui, précisez

Question 22\* conditionnelle : Et quelles sont (étaient) les conséquences relationnelles au sein de votre officine ?

	Hausse	Baisse	Aucun effet	Ne sais pas
Tension avec les patients				
Tension avec les autres professionnels de santé				
Tension dans l'équipe officinale				
Arrêt maladie dans l'équipe officinale				
Départ de pharmacien ou préparateur				

Question 23 conditionnelle : Avez-vous noté d'autres conséquences relationnelles au sein de votre officine ? Si oui, précisez

Question 24\* : A votre avis, votre officine a-t-elle déjà adapté son activité à la pénurie de médecins ou en prévision d'une pénurie (exemples : nouvelles missions, télécabines, déménagement de l'officine, etc.) ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Question 25\* conditionnelle : Si oui, comment votre pharmacie a-t-elle adapté son activité ? Vous pouvez préciser si vous le souhaitez.

- TROD
- Entretien pharmaceutiques (AVK, asthme, femme enceinte, chimiothérapie...)
- Bilan partagé de médication
- Vaccination
- Pharmacien correspondant
- Installation d'une télécabine permettant une téléconsultation rapide avec un médecin généraliste
- Autre :

Question 26\* : Des adaptations futures sont-elles envisagées ou prévues ?

- Oui

- Non
- Ne sais pas

Question 27\* conditionnelle : Si oui, comment votre pharmacie va-t-elle adapter son activité ?

- TROD
- Entretiens pharmaceutiques (AVK, asthme, femme enceinte, chimiothérapie...)
- Bilan partagé de médication
- Vaccination
- Pharmacien correspondant
- Installation d'une télécabine pour accéder rapidement à une consultation avec un médecin généraliste
- Autre :

Question 28\* : D'après vous, quels sont les freins à la mise en place de ces adaptations à l'officine ?

- Manque de place au niveau de l'aménagement de l'officine
- Adaptations trop chronophages
- Manque de personnels
- Manque de formation
- Insuffisance de reconnaissance financière
- Coût de l'investissement trop élevé
- Tension avec les autres professionnels de santé ou réticence de leur part
- Réticence de l'équipe officinale
- Manque de reconnaissance de la part des patients
- Autre :

Question 29\* : D'une manière générale, que ressentez-vous sur une échelle de 1 à 5 au sujet de la pénurie de médecins généralistes ?

1 : vous êtes totalement confiant, serein

5 : vous êtes très stressé

- 1
- 2
- 3
- 4

- 5

Question 30\* : D'une manière générale, dans quelle mesure pensez-vous que votre officine est (serait) en capacité de s'adapter à la pénurie de médecins ?

1 : très bonne capacité d'adaptation

5 : pas du tout capable de s'adapter

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Question 31 : Pour finir, si vous le souhaitez, vous pouvez ajouter un commentaire libre ci-dessous :

Ce questionnaire est maintenant terminé. Je vous remercie pour votre précieuse participation.

Si vous souhaitez obtenir un PDF de ma thèse, il suffit de me l'indiquer par mail à l'adresse : [apolline.boret.etu@univ-lille.fr](mailto:apolline.boret.etu@univ-lille.fr)

Apolline Boret



## RÉCÉPISSÉ

### ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) : Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative : Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr)

#### Traitement exonéré

**Intitulé :** Pénurie de médecins généralistes : enquête auprès des pharmaciens, des étudiants en 6ème année officine et des préparateurs en pharmacie des Hauts-de-France

**Responsable chargée de la mise en œuvre :** Mme NIKASINOVIC  
**Interlocuteur (s) :** Mme Apolline BORET

Votre traitement est exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données dans la mesure où vous respectez les consignes suivantes :

- Vous informez les personnes par une mention d'information au début du questionnaire.
- Vous respectez la confidentialité en utilisant un serveur Limesurvey mis à votre disposition par l'Université de Lille via le lien <https://enquetes.univ-lille.fr/> (en cliquant sur "Réaliser une enquête anonyme" puis "demander une ouverture d'enquête").
- Vous garantissez que seul vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Vous supprimez l'enquête en ligne à l'issue de la soutenance.

Fait à Lille,

Le 6 mai 2024

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

*Annexe 4. Tableau comparatif de la proportion des répondants selon leur département à la répartition des officines en 2022 dans les Hauts-de-France.*

	Questionnaire (n=207)	Réel en 2023
Aisne	4%	9%
Nord	51%	46%
Oise	17%	11%
Pas-de-Calais	26%	25%
Somme	2%	10%

Annexe 5. Caractéristiques de l'entourage médical et sa perception selon le métier.

	Toute la population (n = 228)	Pharmaciens titulaires (n = 126)	Pharmaciens adjoints et remplaçants (n = 47)	Préparateurs en pharmacie (n = 37)
Médecins < 10 min	(n=156)	(n=97)	(n=26)	(n=21)
Aucun	1 (0,6%)	1 (1%)	0	0
1	8 (5,1%)	3 (3,1%)	2 (7,7%)	2 (9,5%)
2	12 (7,7%)	7 (7,2%)	2 (7,7%)	1 (4,8%)
3 à 5	46 (29,5%)	31 (32%)	7 (26,9%)	5 (23,8%)
Plus de 5	89 (57,1%)	55 (56,7%)	15 (57,7%)	13 (61,9%)
Médecins entre 0 et 20 minutes	(n=156)	(n=97)	(n=26)	(n=21)
Aucun	0	0	0	0
1	3 (1,9%)	0	1 (3,8%)	1 (4,8%)
2	2 (1,3%)	0	0	1 (4,8%)
3 à 5	13 (8,3%)	9 (9,3%)	3 (11,5%)	0
Plus de 6	138 (88,5%)	88 (90,7%)	22 (84,6%)	19 (90,5%)
APL	(n=156)	(n=97)	(n=26)	(n=21)
[ 0 à 2 [	4 (2,6%)	3 (3,1%)	0	1 (4,8%)
[ 2 à 2,5 [	11 (7,1%)	6 (6,2%)	4 (15,4%)	0
[ 2,5 à 3 [	37 (23,7%)	24 (24,7%)	9 (34,6%)	4 (19%)
Supérieur ou égal à 3	76 (48,7%)	54 (55,7%)	10 (38,5%)	5 (23,8%)
Ne sais pas	28 (17,9%)	10 (10,3%)	3 (11,5%)	10 (47,6%)
Jugement	(n=155)	(n=96)	(n=26)	(n=21)
Très insuffisant	40 (25,8%)	25 (26%)	6 (23,1%)	7 (33,3%)
Insuffisant	70 (45,2%)	50 (52,1%)	8 (30,8%)	9 (42,9%)
Ni insuffisant ni suffisant	31 (20%)	18 (18,8%)	8 (30,8%)	1 (4,8%)
Suffisant	10 (6,5%)	2 (2,%)	4 (15,4%)	2 (9,5%)
Tout à fait suffisant	4 (2,6%)	1 (1%)	0	2 (9,5%)
Manque dans le passé	(n=155)	(n=96)	(n=26)	(n=21)
Oui	68 (43,9%)	46 (47,9%)	9 (34,6%)	11 (52,4%)
Maison médicale ou MSP	14 (20,6%)	12 (26,1%)	1 (11,1%)	1 (9,1%)
Collectivité	7 (10,3%)	4 (8,7%)	2 (22,2%)	1 (9,1%)
Pas résolu	48 (70,6%)	33 (71,7%)	6 (66,7%)	8 (72,7%)
Autre	7 (10,3%)	6 (13%)	0	0
Non	64 (41,3%)	41 (42,7%)	8 (30,8%)	9 (42,9%)
Ne sais pas	23 (14,8%)	9 (9,4%)	9 (34,6%)	1 (4,8%)
Départ prochainement	(n=155)	(n=96)	(n=26)	(n=21)
Oui	139 (89,7%)	87 (90,6%)	23 (88,5%)	19 (90,5%)
Non	6 (3,9%)	4 (4,2%)	1 (3,8%)	0
Ne sais pas	10 (6,5%)	5 (5,2%)	2 (7,7%)	2 (9,5%)

*Annexe 6. Commentaires des répondants à la question 12 au sujet de l'APL.*

« Départ en retraite imminent »
« Pas facile d'obtenir l'info »
« Je vois que l'apl date de 2022, entre temps, il y a eu 3 départs à la retraite et un décès de médecin généraliste dans l'environnement immédiat. »
« Le lien ne fonctionne pas »
« 2 médecins se sont installés ce mois ci donc je ne peux pas déterminer l'APL. Et ces 2 médecins n'acceptent pas de nouveaux patients. Ils étaient installés dans un rayon de 5 km et ont gardé leur ancienne patientèle. »
« lorsque j'étais sur Paris et banlieue la DAM CPAM m'indiquait les centres municipaux, CPAM etc, n'étaient pas comptabilisés dans la densité médicale, alors qu'ils y sont très nombreux ; ce qui est un grand biais entre vraie et fausse densité de médecins Par ailleurs l'apl est par commune, nous sommes en zone rurale et il y a de nombreuses communes autour sans médecin avec un apl beaucoup plus faible »
« 4,8... vous m'avez appris qqchose ! c'est intéressant Je savais que je n'étais pas dans un désert médical »
« il y a encore des généralistes mais tous débordés ; aucun ne veut prendre de nouveaux patients et pratiquement aucun ne se déplace à domicile. »
« Ne reflète pas l'énorme manque de médecins... Chiffre valable ? Non mis à jour ou comprend les téléconsultations ???? »
« Pas compris désolé »

*Annexe 7. Réponses obtenues à la question 14 pour justifier l'insuffisance de médecins généralistes.*

<b>Métier</b>	<b>Age</b>	<b>Sexe</b>	<b>Réponse</b>
Préparateur en pharmacie	25 – 29 ans	F	Délai d'attente pour obtenir un rdv assez long Nombreuses personnes sans médecin traitant qui délaissent leur santé.
Pharmacien titulaire	50 – 54 ans	H	Au moins 1 de plus serait le bienvenu car lorsque de nouveaux patients arrivent dans la ville et demandent un médecin qui accepte les nouveaux patients c'est compliqué
Pharmacien remplaçant	25 – 29 ans	F	Les médecins aux alentours ne prennent pas de nouveaux patients
Pharmacien titulaire	50 – 54 ans	F	Patients sans médecin traitant +++
Pharmacien titulaire	55 – 59 ans	F	Beaucoup de demande de rendez-vous impossible, pas de visite à domicile, beaucoup de départ en retraite non remplacé, des patients sans médecin généraliste, rendez-vous de spécialistes trop lointain dans le temps
Pharmacien titulaire	45 – 49 ans	F	Beaucoup de départ en retraite pas remplacé. Les médecins restants ne voulant plus prendre de nouveau patient et surtout pas de déplacement au domicile
Pharmacien adjoint	25 – 29 ans	F	- le nombre de personne agée sans médecin traitant - la hausse des demandes de cabine de téléconsultation - plaintes des patients sur les délais de consultation
Pharmacien titulaire	30 – 34 ans		Départ à la retraites multiples et non remplacés Précarité des habitants, pathologies multiples, pas de véhicule, fragilité
Pharmacien titulaire	50 – 54 ans	F	de nombreux médecins sont partis en retraite sans être remplacés: les délais d'attente pour un rendez vous ont explosés. Actuellement , sur mon secteur , il faut compter 6 jours avant d'avoir une rendez vous . De ce fait, plus de visite à domicile même pour les personnes très âgées et isolées ou handicapées.
Pharmacien titulaire	35 – 39 ans	H	Beaucoup de téléconsultations, environ 4 à 5 par jour. Beaucoup d'avance de produits.
Pharmacien titulaire	40 – 44 ans	F	Délai d'attente pour un rendez-vous long, développement improtant de la téléconsultation, patient qui arrete de se soigner
Pharmacien titulaire	40 – 44 ans	H	Les patients se plaignent de ne pas avoir de rdv rapidement
Pharmacien titulaire	65 – 69 ans	H	il est très difficile d'avoir un rendez-vous, même urgent, à moins d'une semaine.

Pharmacien titulaire	65 – 69 ans	H	Insuffisant par rapport au nombre d'habitants
Pharmacien titulaire	40 – 44 ans	F	il a diminué de plus de la moitié au moins depuis ma reprise de la pharmacie il y a 10 ans. certains clients n'arrivent pas à avoir de medecin traitant, ils sont refusés par tous les medecins du secteur qu'ils contactent car ceux-ci ont déjà une patientèle trop nombreuse et ceux qui en ont un du mal à avoir un rdv quand c'est urgent.
Pharmacien titulaire	55 – 59 ans		Les plaintes constantes des patients qui ne trouvent de médecin . un mort par avc d'un patient qui n'a pas trouvé de réponse médicale alors qu 'il souffrait de symptomes depuis 2 jours..... le manque de suivi des patients (ordo pur un an...)
Pharmacien titulaire	45 – 49 ans	H	Délai pour les SNP : 10 jours Impossibilité de trouver un medecin traitant pour les patients n'en ayant pas.
Pharmacien titulaire	50 – 54 ans	F	délais pour obtenir un rendez vous
Pharmacien titulaire	45 – 49 ans	H	demandes répétées des patients à la recherche de médecins, départ en retraite de médecins non remplacés sur certains secteurs géographique, délais de RDV pour prise en charge de pathologies aiguës
Pharmacien titulaire	35 – 39 ans	F	départs à la retraite non remplacés => pas de nouveaux patients chez les médecins déjà en place , ordos +++ qare , doctolib ....
Pharmacien adjoint	60 – 64 ans	F	1 cessation au 31 12 23, 1 en arrêt depuis 3 ans, 1 de 67 ans, 1 de 64 ans sur 5 sur la commune
Pharmacien titulaire	30 – 34 ans	F	Un médecin a récemment changé de région, ses patients n'arrivent pas à retrouver de médecin généraliste et sont obligés de se rendre dans les centres de soins non programmés
Pharmacien titulaire	60 – 64 ans	H	Je me suis installé avec 3 médecins dans la commune il en reste 0. Village proche 4km moyenne d'âge des médecins 69 ans. Maison de santé 4 km autre village aucun nouveau médecin que du regroupement de médecins installés dans le communes environnantes.
Pharmacien titulaire	45 – 49 ans	F	Nous sommes malheureusement confronté à un nombre très importants de patient qui se retrouvent sans médecin traitant car les médecins actuels ne peuvent plus prendre de nouveaux patients.
Pharmacien titulaire	40 – 44 ans	F	beaucoup de patients sans médecin traitant, visites à domiciles impossibles pour des patients le nécessitant, temps d'attente pour un rendez-vous en urgence trop long

Pharmacien titulaire	35 – 39 ans	F	Il y a 7 ans, il y avait 8 généralistes sur la commune. Actuellement, il y en a 2 dont un de plus de 70 ans. La commune compte 10000 habitants
Pharmacien titulaire	55 – 59 ans	F	encore trop de patients sans médecin référent
Pharmacien titulaire	45 – 49 ans	F	beaucoup de patients sans médecin traitant délais de RDV sup à 10 jours
Pharmacien titulaire	35 – 39 ans	H	40% de mes patients n'ont pas de médecin « traitant »
Pharmacien titulaire	55 – 59 ans	F	Baisse de fréquentation et demande au comptoir
Pharmacien titulaire	40 – 44 ans	F	Il n'y a pas de place pour les rdv urgents , les habitants de ma commune pour un enfant malade se retrouve a sos medecin amiens a 18km ...
Pharmacien titulaire	45 – 49 ans	H	délais important pour une demande de consultation, en aigu ou en chronique
Pharmacien titulaire	30 – 34 ans	F	Beaucoup de patients sont sans médecin généraliste depuis les différents départ en retraite
Pharmacien titulaire	60 – 64 ans	F	le delai de rdv pour le renouvellement d'un traitement chronique est de 15 jours nous devons faire de plus en plus d'avance de traitement.
Pharmacien adjoint	40 – 44 ans	H	Plus de 50 % des médecins sont dans leurs 5 ou 6 dernières années d'activité, les médecins installés n'acceptent plus de nouveaux patients.
Pharmacien titulaire	45 – 49 ans	H	sur le nombre de personnes en recherche d'un médecin référent qui rentrent et demandent dans mon officine
Pharmacien titulaire	50 – 54 ans	F	Les patients n'arrivent pas à avoir de RV en urgence. Les nouveaux habitants ne trouvent pas de médecin traitant. 4 médecins sont partis à la retraite fin 2023 et le dernier médecin du village est presque à la retraite gravement malade
Pharmacien titulaire	40 – 44 ans	F	patiente sans médecin traitant Plages de soins non programmées pas suffisantes
Pharmacien adjoint	25 – 29 ans	H	La plupart de nos patients sont à la recherche d'un médecin traitant. Et certains autres sont inquiets par rapport aux départs à la retraite l'année prochaine de plusieurs médecins du secteur.
Pharmacien titulaire	45 – 49 ans	F	Nombreux patients du quartier sans médecin généraliste
Pharmacien titulaire	55 – 59 ans	F	BEUCOUP DE NOS PATIENTS N'ONT PLUS DE MEDECIN REFERENT ET NOUS AVONS DU INSTALLER UNE CABINE DE TELECONSULTATION QUI NE PEUT REPONDRE A TOUT! Les médecins même à 5 voire 10km d'ici ne veulent plus les prendre. On se retrouve à tel a la DAC *** pour avoir des

			dépannages (ordo Morphine, Stilnox .....) Une vraie galère pour nous aussi pharmaciens!
Etudiant en 6 <sup>ème</sup> année filière officine	25 – 29 ans	F	Il y a des médecins mais très peu prennent de nouveaux patients donc beaucoup de personnes sont embêtées
Pharmacien titulaire	40 – 44 ans	F	Départ en retraite dans moins d'un an
Pharmacien titulaire	40 – 44 ans	F	Je commence à avoir des patients son médecin traitant
Pharmacien adjoint	25 – 29 ans	H	plusieurs patients ne trouvent pas de médecin généraliste
Pharmacien titulaire	40 – 44 ans	H	délais de prise en charge, refus ed medecin traitant
Pharmacien titulaire	35 – 39 ans	F	Certains patients n'ont plus de médecins traitants, les 2 sur *** sont en fin de carrière...
Pharmacien titulaire	40 – 44 ans	F	Pour les urgences très difficile de trouver un médecin !!! Nous avons donc mis une cabine de téléconsultation mais cela ne remplace pas un médecin !!
Pharmacien titulaire	35 – 39 ans	F	Beaucoup de patients râlent, délais pour obtenir un rdv de plus en plus long ( 3 semaines / 1 mois). Beaucoup de patient se retrouvent en garde alors qu'ils auraient pu consulter en journée. Beaucoup de problèmes de rdv causés par un secrétariat externalisé ( réponses et prises de rdv très fluctuantes suivant la personne au bout du fil)
Pharmacien adjoint	30 – 34 ans	F	Le délais pour obtenir un rendez-vous avec son médecin traitant peuvent être très longs: jusqu'à trois semaines sur doctolib. Le nombre de patients sans médecin traitant est élevé.
Pharmacien titulaire	45 – 49 ans	F	Un certain nombre de patients de l officine n ont pas de médecin du tout ( meme et surtout des personnes âgées )
Pharmacien titulaire	55 – 59 ans	H	il est impossible de trouver un médecin traitant pour un patient qui arrive dans le quartier
Pharmacien titulaire	55 – 59 ans	H	Ma clientèle est très âgée et ne consulte plus car les médecins sont trop éloignés, ne se déplacent plus et les réservations sur internet sont trop compliquées pour eux.
Pharmacien adjoint	30 – 34 ans	F	Le délai pour un rdv en urgence, les patients sans médecin, le nombre de départ à la retraite non remplacé, la fréquence élevée a laquelle je donne le numéro du médecin de garde
Pharmacien adjoint	25 – 29 ans	F	Le temps d'obtention d'un rendez vous, le nombre de personnes sans médecin généraliste et qui n'arrivent pas à en trouver.
Pharmacien titulaire	40 – 44 ans	H	Beaucoup de patients n ont pas de médecin et il faut parfois plus d une semaine pour obtenir un rendez-vous

Secrétaire	35 – 39 ans	F	Des logements en plus sont construits
Pharmacien titulaire	45 – 49 ans	F	Le nombre d'urgences que nous devons gérer au comptoir dont très souvent des enfants malades pour qui les RDV sont 4 à 8 jours plus tard Le nombre de fois où nous devons trouver des astuces pour dépanner les patients qui ont un RDv chez leur MG dans un délai de 3 à 4 semaines.
Pharmacien titulaire	60 – 64 ans	H	Quelques départ à la retraite, pas toujours remplacé et des généralistes qui ne veulent plus prendre de nouveaux patients.
Pharmacien titulaire	50 – 54 ans	F	demandes de téléconsultations, hausse de patients sans medecin traitant, congés et départ à la retraite non remplacés
Pharmacien titulaire	40 – 44 ans		pas de rdv en cas de patho aigue, pas de nouveaux patients (beaucoup d'habitants doivent aller loin, ou n'ont pas trouvé de médecin traitant)
Pharmacien titulaire	40 – 44 ans	F	Beaucoup de patients ne trouvent pas de médecin traitant suite au départ en 2023 d'un des médecins généralistes de la commune
Pharmacien titulaire	35 – 39 ans	H	Beaucoup de patients sans médecins traitant
Pharmacien titulaire	45 – 49 ans	F	population grandissante et nous sommes passés de 7 médecins à temps plein à 1 médecin à temps partiel en 2 ans.
Pharmacien titulaire	50 – 54 ans	F	Ceux déjà là ne prennent plus de nouveaux patients.
Pharmacien adjoint	50 – 54 ans	F	des patients dont le medecin traitant est parti à la retraite ne trouvent pas de nouveau medecin traitant
Pharmacien titulaire	50 – 54 ans	H	nous sommes une commune collée à d autres et c est la notre qui possède les deux seuls médecins pour les communes adjacentes
Pharmacien titulaire	50 – 54 ans	F	Il n Y en a plus dans mon quartier
Pharmacien titulaire	50 – 54 ans	F	impossibilte d avoir des rendez vous non programme et nouveaux arrivants sans medecin
Pharmacien titulaire	45 – 49 ans	H	Patients sans médecins. Délais délirants de rdv . Obligation de se déplacer à *** pour avoir Cs . Obligation de recours à sos médecin
Préparateur en pharmacie	50 – 54 ans	F	les médecins alentours partis en retraite ne sont pas remplacés au vue du nombre de dépannage réalisés également.
Pharmacien titulaire	60 – 64 ans	F	Quand un médecin prend sa retraite, il n'est quasiment jamais remplacé et ses patients ne trouvent pas d'autre généraliste pour les prendre en charge .

			idem pendant les congés .
Pharmacien titulaire	40 – 44 ans	H	Beaucoup de patients ne trouvent pas de médecin traitant
Pharmacien titulaire	50 – 54 ans	F	Les médecins ne prennent plus de nouveaux patients et ont leurs plages horaires beaucoup plus réduites.
Pharmacien titulaire	35 – 39 ans	H	Départ en retraite prochainement et changement de lieu d'activité
Pharmacien titulaire	35 – 39 ans	F	difficulté pour les patients de trouver un médecin traitant
Préparateur en pharmacie	45 – 49 ans	F	Retour clients qui cherchent médecin, APL
Pharmacien titulaire	55 – 59 ans	H	Trop de départs à la retraite et non remplacés donc un nombre important de patients sans médecins traitants
Préparateur en pharmacie	40 – 44 ans	F	2 médecins pour 8000 habitants
Préparateur en pharmacie	45 – 49 ans	F	Délai attente pour consulter un médecin est de minimum 3 semaines
Pharmacien adjoint	25 – 29 ans	F	Demande des patients
Pharmacien titulaire	40 – 44 ans	F	Beaucoup de patients n'ont Pas de médecin du tout
Pharmacien adjoint	55 – 59 ans	F	Sur les propos des patients qui ont besoin de diagnostic ou de renouvellement de leur traitement et qui soit, n'ont pas de MG, soit leur MG les prend une semaine après leur besoin.
Pharmacien titulaire	50 – 54 ans	H	Plus qu'un seul généraliste dans ma commune, il y en avait 3 en 2016.
Pharmacien titulaire	35 – 39 ans	F	beaucoup de patients sans medecins traitant beaucoup de patients qui ont un medecin traitant mais pas de possibilité de rdv dans un délai raisonnable beaucoup de patients utilisant sos medecin ou les maisons médicales de garde par faute de medecin traitant et non pas pour un critère "d'urgence"
Pharmacien titulaire	65 – 69 ans	F	delais de rdv
Préparateur en pharmacie	55 – 59 ans	F	des patients qui n'ont pas de medecin traitant
Etudiant 5 <sup>e</sup> année officine	Moins de 25 ans	H	Âge des médecins, risque de ne pas être remplacé au départ à la retraite
Préparateur en pharmacie	50 – 54 ans	F	Délai de rdv Le nombre de patients sans médecin traitant

Pharmacien titulaire	50 – 54 ans	F	Délai d'obtention d'un rdv de une semaine. Nombreux clients sans médecin suite à départ en retraite de médecins sans successeurs et autres médecins saturés
Préparateur en pharmacie	25 – 29 ans	F	Délai pour un rendez vous même en « urgence » 1 semaine
Pharmacien titulaire	50 – 54 ans	F	Beaucoup de médecins sont en fin de carrière et leur patientèle peine à les remplacer
Pharmacien titulaire	50 – 54 ans	F	Manque de rdv pour les patients Délai de rdv long
Préparateur en pharmacie	40 – 44 ans	F	Un des 2 médecins généralistes de la commune a un délai de RDV de 8 jours hors période de pics épidémiques. D'autres sur le secteur ont un délai de 2 semaines.
Pharmacien remplaçant	25 – 29 ans	F	Les patients s'en plaignent régulièrement. Soit ils ne trouvent pas de médecin traitant, soit ils n'ont pas de rdv suffisamment rapidement avec leur propre médecin traitant. Ceux n'ayant pas de médecin traitant ont des difficultés à en trouver un et encore plus à proximité de leur domicile, ils doivent souvent faire beaucoup de kms.
Préparateur en pharmacie	50 – 54 ans	F	Départ en retraite de médecins non remplacés Demande de patient
Préparateur en pharmacie	25 – 29 ans	F	Beaucoup de patients n'ont pas de médecin traitant, beaucoup nous demande des adresses de médecins etc. Nous avons une cabine de télé consultation qui est souvent utilisée pour renouveler un traitement de fond.

*Annexe 8. Réponses de la question 15 pour justifier la suffisance de médecins généralistes.*

<b>Métier</b>	<b>Age</b>	<b>Sexe</b>	<b>Réponse</b>
Pharmacien adjoint	25 – 29 ans	H	patient ayant presque tous un medecin traitant, peu de difficulté a obtenir un rdv « rapidement »
Pharmacien adjoint	25 – 29 ans	F	Les médecins autour de l'officine prennent encore de nouveaux patients.
Préparateur en pharmacie	25 – 29 ans	F	+ de 10 médecins sur le secteur le problème c'est les horaires des médecins
Etudiant en 6 <sup>ème</sup> année officine	Moins de 25 ans	H	Il y a 4 médecins pour la commune et ses alentours, hormis les week-ends et lorsqu'il y en a un en vacances, leur disponibilité pour les patients est importante. Situation à revoir lorsqu'ils partiront à la retraite.
Préparateur en pharmacie	45 – 49 ans	F	7 médecin pour 3000 habitants au sein de village ; plus de 20 médecins à – de 10 minutes de la pharmacie
Pharmacien titulaire	40 – 44 ans	F	Pas de délai pour rdv. Nouveau médecin arrivé cette année. Centre de soins non programmés dans la rue et sos médecin en journée, et maison médicale de garde.

*Annexe 9. Commentaires de la question 17 pour préciser comment le problème du manque de médecins a été résolu.*

<b>Création d'une maison médicale ou MSP</b>	n'a rien résolu puisque pas de nouveau médecin, même pire puisqu'ils se sont juste regroupés et délocalisés ! subventions gaspillées
	Organisation proche mais qui a déshabillé Paul pour habiller Jacques. L'organisation des soins est anarchique. Un maire habilité un local, ou un autre plus habile créé une msg ou un pharmacien organise son transfert dans une zone qui lui permet d'aménager un local pouvant accueillir des professionnels de santé. Une consternante anarchie.
	maison medicale de garde dans la ville la plus proche
	Avec 1 seul médecin à 1 an de la retraite donc arrivé avec ses propres patients(pas de place pour ceux de mon village )
	dynamisme de jeunes médecins qui ont attiré des paramédicaux dans un cabinet flambant neuf
	Meilleure organisation entre les médecins. Interne.
	Création d'une maison de santé du valois mais résultat insuffisant
<b>Mise en place de dispositifs par la collectivité territoriale (commune, région, département, etc.)</b>	téléconsultation en mairie
	prise de rdv urgence grace à la cps
	mise en place de soins non programmés
	ouverture d'une maison de santé en septembre 2023
<b>Le problème n'a toujours pas été résolu</b>	Départ à la retraite de plusieurs médecins traitants.
	Les jeunes médecins ne veulent pas s'installer
	maison médicale neuve sans médecin à coté de la pharmacie sans médecin
	Les départs en retraite n'ont pas été remplacé et pas d'installation de nouveaux médecins.
	un médecin généraliste s'est installé en mars 2024, on attend la création d'un centre du département (prévu dans 1 an avec des médecins salariés)
	Certains patients ne trouvent pas de médecins traitants après le départ en retraite de leur médecin
	Pas de remplacement des médecins qui sont partis (retraite, changement de région, déménagement de cabinet )
	Il nous manque des médecins un peu partout sur le territoire et ils vieillissent
	ca va en s'aggravant avec un départ à la retraite en juillet et la moyenne d'âge des MG en exercice
	manque de medecin

	nous mettons en place la telemedecine
	Pire, création d'une msp dans une autre commune où les derniers médecins de ma ville vont déménager
	MG ayant arrêtés et non remplacés
	c'est au pharma de gérer
	Rien n'a été mis en place par la collectivité territoriale
	le problème a empiré
	Les msp ne résolvent pas le pb puisque refusent patients supplémentaires !
	Malgré la création de msp manque de médecins généralistes
<b>Autre</b>	solution insuffisante pas toujours qualitative
	cela ne résout que partiellement le problème
	3 nouveaux médecins (pour 7 départs) + téléconsult à la pharma
	arrivés de couples de médecins
	Un médecin a fini par s'installer après deux ans

Annexe 10. Impacts sur l'activité officinale et conséquences relationnelles pour tous les répondants.

	Répondants concernés ou se sentant concernés (n=107)	Pharmaciens titulaires (n=74)	Pharmaciens adjoints et remplaçants (n=14)	Préparateurs en pharmacie (n=15)
Conséquences				
Oui	89 (83,2%)	64 (86,5%)	10 (71,4%)	13 (86,7%)
Non	5 (4,7%)	3 (4,1%)	0	1 (6,7%)
Ne sais pas	13 (12,1%)	7 (9,5%)	4 (28,6%)	1 (6,7%)
Impacts sur l'activité officinale	Nombre de patients			
	Hausse	4 (4,5%)	3 (4,7%)	0
	Baisse	59 (66,3%)	46 (71,9%)	3 (30%)
	Aucun effet	16 (18%)	11 (17,2%)	3 (30%)
	Ne sais pas	10 (11,2%)	4 (6,3%)	4 (40%)
	Chiffre d'affaires			
	Hausse	4 (4,5%)	3 (4,7%)	0
	Baisse	63 (70,8%)	50 (78,1%)	4 (40%)
	Aucun effet	11 (12,4%)	9 (14,1%)	1 (10%)
	Ne sais pas	11 (12,4%)	2 (3,1%)	5 (50%)
	Renouvellements exceptionnels			
	Hausse	84 (94,4%)	59 (92,2%)	10 (100%)
	Baisse	1 (1,1%)	1 (1,6%)	0
	Aucun effet	4 (4,5%)	4 (6,3%)	0
	Ne sais pas	0	0	0
	Délivrance médicaments vente libre			
	Hausse	59 (66,3%)	39 (60,9%)	9 (90%)
	Baisse	8 (9%)	8 (12,5%)	0
	Aucun effet	14 (15,7%)	12 (18,8%)	0
	Ne sais pas	7 (7,9%)	4 (6,3%)	1 (10%)
	Délivrance d'ordonnances			
Hausse	2 (2,3%)	0	0	
Baisse	68 (76,4%)	53 (82,8%)	5 (50%)	
Aucun effet	10 (11,2%)	7 (10,9%)	2 (20%)	
Ne sais pas	8 (9%)	3 (4,7%)	3 (30%)	
Ventes de parapharmacie				
Hausse	9 (10,1%)	7 (10,9%)	1 (10%)	
Baisse	35 (39,3%)	29 (45,3%)	2 (20%)	
Aucun effet	31 (34,8%)	20 (31,3%)	2 (20%)	
Ne sais pas	13 (14,6%)	7 (10,9%)	5 (50%)	
Tension avec les patients				
Hausse	56 (62,9%)	39 (60,9%)	5 (50%)	
Baisse	1 (1,1%)	1 (1,6%)	0	
Aucun effet	28 (31,5%)	22 (34,4%)	3 (30%)	
Ne sais pas	4 (4,5%)	2 (3,1%)	2 (20%)	

Conséquences relationnelles	Tension avec les autres professionnels de santé				
	Hausse	32 (36%)	24 (37,5%)	2 (20%)	4 (30,8%)
	Baisse	3 (3,4%)	0	2 (20%)	1 (7,7%)
	Aucun effet	47 (52,8%)	35 (54,7%)	5 (50%)	7 (53,9%)
	Ne sais pas	6 (6,7%)	4 (6,3%)	1 (10%)	1 (7,7%)
	Tension dans l'équipe officinale				
	Hausse	25 (28,1%)	20 (31,3%)	1 (10%)	4 (30,8%)
	Baisse	0	0	0	0
	Aucun effet	62 (69,7%)	42 (65,6%)	9 (90%)	9 (69,2%)
	Ne sais pas	2 (2,3%)	2 (3,1%)	0	0
	Arrêt maladie dans l'équipe officinale				
	Hausse	13 (14,6%)	7 (10,9%)	2 (20%)	4 (30,8%)
	Baisse	0	0	0	0
	Aucun effet	72 (80,9%)	53 (82,8%)	8 (80%)	9 (69,2%)
	Ne sais pas	3 (3,4%)	3 (4,7%)	0	0
	Départ de pharmacien ou préparateur				
Hausse	22 (24,7%)	15 (23,4%)	1 (10%)	4 (30,8%)	
Baisse	1 (1,1%)	1 (1,6%)	0	0	
Aucun effet	61 (68,5%)	44 (68,8%)	8 (80%)	9 (69,2%)	
Ne sais pas	4 (4,5%)	3 (4,7%)	1 (10%)	0	

Annexe 11. Adaptations et freins pour tous les répondants.

		Toute la population (n=137)	Pharmaciens titulaires (n=88)	Pharmaciens adjoints et remplaçants (n=23)	Préparateurs en pharmacie (n=17)
Adaptations	Déjà en place				
	Oui	83 (61%)	52 (59,1%)	16 (69,6%)	12 (70,6%)
	TROD	71 (85,5%)	44 (64,6%)	14 (87,5%)	11 (91,7%)
	Entretiens	33 (39,8%)	16 (30,8%)	9 (56,3%)	6 (50%)
	Bilan partagé médic.	12 (14,5%)	8 (15,4%)	2 (12,5%)	1 (8,3%)
	Vaccination	78 (94%)	50 (96,2%)	15 (93,8%)	11 (91,7%)
	Pharmacien correspondant	5 (6%)	4 (7,7%)	0	1 (8,3%)
	Télécabine	55 (66,3%)	33 (63,5%)	11 (68,8%)	9 (75%)
	Autre	1 (1,2%)	1 (1,9%)	0	0
	Non	47 (34,6%)	30 (34,1%)	7 (30,4%)	5 (29,4%)
	Ne sais pas	6 (4,4%)	5 (5,7%)	0	0
	Futures				
	Oui	33 (24,1%)	23 (26,1%)	5 (21,7%)	3 (17,6%)
	TROD	14 (42,4%)	10 (43,5%)	1 (20%)	2 (66,7%)
	Entretiens	12 (36,4%)	11 (47,8%)	1 (20%)	0
	Bilan partagé médic.	8 (24,2%)	7 (30,4%)	1 (20%)	0
	Vaccination	10 (30,3%)	7 (30,4%)	0	2 (66,7%)
	Pharmacien correspondant	6 (18,2%)	6 (26,1%)	0	0
	Télécabine	14 (42,4%)	9 (39,1%)	4 (80%)	0
	Autre	5 (15,2%)	3 (13%)	1 (20%)	1 (33,3%)
Non	50 (36,5%)	32 (36,4%)	9 (39,1%)	8 (47,1%)	
Ne sais pas	54 (39,4%)	33 (37,5%)	9 (39,1%)	6 (35,3%)	
Freins					
Manque de place	68 (49,6%)	42 (47,7%)	13 (56,5%)	9 (52,9%)	
Chronophages	83 (60,6%)	60 (68,2%)	15 (65,2%)	2 (11,8%)	
Manque de personnels	74 (54%)	50 (56,8%)	10 (43,5%)	10 (58,8%)	
Manque de formation	21 (15,3%)	10 (11,4%)	4 (17,4%)	4 (23,5%)	
Insuffisance reconnaissance financière	91 (66,4%)	63 (71,6%)	14 (60,9%)	7 (41,2%)	
Coût investissement	78 (56,9%)	53 (60,2%)	12 (52,2%)	8 (47,1%)	
Tension avec autres professionnels de santé	52 (38%)	36 (40,9%)	11 (47,8%)	2 (11,8%)	
Réticence de l'équipe	15 (10,9%)	12 (13,6%)	2 (8,7%)	0	
Manque de reconnaissance des patients	19 (13,9%)	9 (10,2%)	5 (21,7%)	4 (23,5%)	
Autre	7 (5,1%)	6 (6,8%)	1 (4,3%)	0	

Annexe 12. Réponses au sujet des autres impacts.

Métier	Age	Sexe	Réponse
Pharmacien titulaire	45 – 49 ans	F	Moral de l'équipe, moral des patients démunis
Pharmacien titulaire	65 – 69 ans	H	recours à la téléconsultation problèmes de relations avec les patients quand on refuse de délivrer certains produits sur ordonnance.
Pharmacien titulaire	40 – 44 ans	F	stress des patients qui n'ont pas de solution quand ils ne peuvent pas avoir de rdv urgent (angines, cystite..) hausse du nombre d'ordonnance de teleconsultation pas franchement securisantes.
Pharmacien titulaire	45 – 49 ans	H	La demande d'avis médicaux(hors de nos compétences) ne fait que s'accroître. La qualité de prise en charge des patients chute.
Pharmacien titulaire	60 – 64 ans	H	Très difficile de fidéliser la clientèle. Demande de mettre en avant nos compétences , compétences que les médecins nous demandaient de mettre « en veilleuse ». Changement total.
Pharmacien adjoint	25 – 29 ans	H	Mise en place de teleconsultation à l'officine donc augmentation des dépannages pour les patients
Pharmacien titulaire	55 – 59 ans	F	Du mal à payer nos charges, nos fournisseurs et les salaires! Donc on doit licencier
Pharmacien adjoint	30 – 34 ans	F	modification des demandes des patients: beaucoup de demandes de conseil avant d'aller chez le medecin comme il est difficile d'obtenir un rdv
Pharmacien titulaire	45 – 49 ans	F	Les impacts sur l'activité de mon officine sont d'ordre humain, par l'irritabilité et l'agressivité des patients qui se sentent délaissés et qui voudraient que nous compensions les carences.
Pharmacien adjoint	25 – 29 ans	F	Augmentation du nombre de téléconsultation.
Pharmacien titulaire	40 – 44 ans	H	Besoin de rdv médicaux: mise en place télé consultation et snp

Pharmacien titulaire	45 – 49 ans	F	augmentation des patients en colère qui sont très désagréables car nous sommes les seuls sur qui ils peuvent se défouler car nous sommes toujours ouverts !
Pharmacien titulaire	50 – 54 ans	F	fuite de patientelle vers les communes ayant des médecins acceptant de nouveaux patients. Les patients vont à la pharmacie dans ces zones au moins pour la ère délivrance.
Pharmacien titulaire	40 – 44 ans		pression++ au comptoir pour délivrer des médicaments listés
Pharmacien titulaire	35 – 39 ans	H	Implantation téléconsultation, service demandé.
Pharmacien titulaire	50 – 54 ans	F	Agacement des patients.
Pharmacien titulaire	55 – 59 ans	F	Migration de clientèle vers d'autres secteurs et d'autres confrères
Pharmacien titulaire	45 – 49 ans	H	Baisse d activité
Pharmacien titulaire	45 – 49 ans	H	demandes pour un médecin référent+++ demandes suite à un refus des médecins du quartier +++++
Préparateur en pharmacie	50 – 54 ans	F	Les teleconsultations ont augmentés.Les bornes de teleconsultations comme nous avons à l'officine depannent énormément. Heureusement qu'elles existent
Pharmacien titulaire	50 – 54 ans	F	Augmentation des teleconsultations
Pharmacien titulaire	50 – 54 ans	F	Beaucoup d'avances de médicaments, difficiles à facturer ensuite
Préparateur en pharmacie	40 – 44 ans	F	Sommes confrontés quotidiennement à des patients qui nous demandent un diagnostic et un traitement listé
Préparateur en pharmacie	25 – 29 ans	F	Quotidien plus pénible, car nous répondons à beaucoup de détresse et nous sommes en bout de file pour les patients qui n'ont plus de solution
Préparateur en pharmacie	25 – 29 ans	F	Augmentation du stress des patients et par conséquent augmentation du nombre d'incivilité au comptoir pouvant aller jusqu'à l'agression verbale et physique.

Pharmacien titulaire	45 – 49 ans	F	Demande de dépannage en hausse le temps d avoir un rdv chez médecin car les délai pour un rendez vous s allonge, pb surtout avec les stupéfiants, les morphiniques: cela nous met en difficulté légalement..
Pharmacien titulaire	65 – 69 ans	H	les patients sont dans la demande continuelle de solutions médicamenteuses
Pharmacien titulaire	50 – 54 ans	F	je ne sais pas sans doute ma propre fatigue ( seule pharmacien avec une préparatrice )
Pharmacien titulaire	50 – 54 ans	F	L'équipe se fatigue à essayer de trouver des solutions entre la pénurie de médecins et la pénurie de médicaments
Pharmacien titulaire	45 – 49 ans	F	Tension de peur de perdre leur poste suite à la baisse d activité et de chiffre d affaire
Pharmacien titulaire	40 – 44 ans		agressivité des patients
Pharmacien titulaire	50 – 54 ans	F	Perte de l adjoint au vu de ce qui se prépare, il a posé sa démission
Préparateur en pharmacie	45 – 49 ans	F	Baisse du chiffre d'affaires donc pas d'embauche, charge de travail qui augmente et donc hausse des tensions au sein de l'équipe
Pharmacien titulaire	45 – 49 ans	H	fatigue et lassitude face à la répétition des mêmes problématiques
Pharmacien titulaire	35 – 39 ans	F	nos patients sont compréhensifs et savent que nous sommes là pour eux, pour les aider ; nous sommes leur "dernier recours" pour l'accès au soin, pour eux il ne reste que nous en accès de soin de proximité et disponible l'équipe se sert les coudes
Préparateur en pharmacie	50 – 54 ans	F	Nous essayons d'orienter les patients au mieux (teleconsultations , médecin, urgence, SOS médecin

Annexe 13. Commentaires libres, question 31.

Métier	Age	Sexe	Réponse
Pharmacien titulaire	45 – 49 ans	F	Merci de traiter ce type de sujet! Bon courage à vous dans cette future vie professionnelle très incertaine et complexe
Pharmacien titulaire	50 – 54 ans	F	les nouvelles missions sont trop chronophage et très peu rémunérées+ difficulté à recruter
Pharmacien titulaire	65 – 69 ans	H	Les médecins sont des électrons libres qui sont difficiles à fédérer sous quelque bannière que ce soit. Il faudrait qu'il y ait un intérêt FORT pour pour qu'ils adhèrent à une quelconque initiative d'organisation
Pharmacien titulaire	40 – 44 ans	F	sentiment d'une baisse de qualité de la prise en charge des patients de façon globale avec la pénurie de medecin : perte de possibilité de consultation, de diagnostique, pas le temps de faire de la prévention. Certains patients se découragent et reportent leur suivi medical.
Pharmacien titulaire	30 – 34 ans	F	Beaucoup de « ne sait pas » car installée depuis moins de 6 mois mais crainte pour un avenir avec pénurie de médecins car officine qui réalise environ 90% d'ordonnances en CA
Pharmacien titulaire	60 – 24 ans	H	L'organisation des soins reposait avec une clé de voûte le médecin . La médecine s'exerçant de manière libérale c'est à dire pour résumer trivialement je fais ce que je veux quand je veux ou je veux.. Comment alors organiser pour tous un soin efficace ?  Définir des missions pour d'autres professionnels de santé qu'ils devront menés de bout en bout.  Accepter que le métier de médecin ne s'envisage plus comme avant.
Pharmacien titulaire	45 – 49 ans	F	Les cabines de téléconsultation ne sont pas la solution et ne sont pas appréciées des médecins alentour. Il faut noter aussi une pénurie de pharmaciens et préparateurs. Les places vacantes (+ de 2000 sur le territoire) en 2ieme année ne laisse rien présager de bon pour l'officine.
Pharmacien adjoint	25 – 29 ans	H	c'est surtout le manque de place qui est gênant ici, une seule salle de confidentialité de petite taille.
Pharmacien titulaire	40 – 44 ans	F	Il faut des medecins ! Un pharmacien est la en complement du medecin il ne peut pas le remplacer totalement !!
Pharmacien titulaire	45 – 49 ans	H	malgré la proximité des grandes villes (30 min de Lille), malgré une organisation pluriprofessionnelle accueillante, malgré des mises en place incitatives, les médecins ne veulent plus faire le job.

Pharmacien titulaire	45 – 49 ans	H	à cela s'ajoute une pénurie de médicaments :))
Pharmacien titulaire	50 – 54 ans	F	J'ai acheté ma première pharmacie il y a 2 ans et la jeune médecin qui était installée s'est fait débaucher par un village voisin qui lui a déroulé le tapis rouge
Pharmacien titulaire	50 – 54 ans	F	On est en grève...ce n'est pas pour rien!
Pharmacien titulaire	55 – 59 ans	F	J'exerce en titulaire depuis 23 ans et je n'ai jamais connu de telles difficultés économiques . Nous avons transféré et reconstruit une nouvelle officine il y a 7 ans avec cabinet médical pour 3 mais aucun aboutissement positif malgré toutes nos démarches (presse , réseaux socio, affichage faculté de médecine générale....) Nos marges baissent depuis 20 ans et nos entreprises ferment un peu à la fois!!!! (1 tous les jours actuellement)
Pharmacien titulaire	35 – 39 ans	F	Rien de remplacera de vrais médecins
Pharmacien titulaire	55 – 59 ans	H	la principale raison du problème, certes politiquement inavouable est la féminisation de la profession! il faut 2 toubibs femmes de 30 ans pour remplacer un homme de 67 ans qui part à la retraite! Pas facile à écrire.....
Pharmacien titulaire	40 – 44 ans	H	Bon courage c'est un sujet très vaste
Pharmacien titulaire	30 – 34 ans	H	C'est la merde
Pharmacien titulaire	40 – 44 ans		je pense qu'il n'y a pas tant une pénurie de médecin qu'un mauvais usage de celui-ci: recours pour des soins bénins++, et prescriptions pour des délais toujours identiques (3 mois) alors qu'ils pourraient être bien plus long (= clientélisme de la profession) - la délégation des taches est trop longue, trop sous "tutelle", et mal payée - et incidence sur les coûts et qualité des soins: de nombreux centres à pognon ouvrent: ophtalmo, dentaires, généralistes (certains travaillant plus la nuit que la journée pour une facturation ++++) - enfin: à quand un quota géodémographique des médecins et dentistes, et une obligation de gardes, solution simple et gratuite (contrairement à tout ce qui a été fait jusque là)
Pharmacien titulaire	40 – 44 ans	F	Nous pouvons épauler les médecins généralistes dans leur fonctions mais absolument pas les remplacer. Les nouvelles missions du pharmaciens ne doivent pas être en réponse à la pénurie de médecins généraliste mais à une

			meilleure prise en charge du patient en collaboration avec les autres professionnels de santé.
Etudiant en 6 <sup>ème</sup> année filière officine	25 – 29 ans	F	Le problème n'est pas le nombre de médecin insuffisant mais le nombre de médecin ne prenant plus de nouveaux patients mais également le nombre de médecin partant à la retraite qui ne sont pas remplacés. De plus, les pharmaciens sont toujours la variable d'ajustement. Les pharmaciens doivent entreprendre un nombre considérable de tâche chronophage sans en être rémunéré ou que très faiblement.
Pharmacien titulaire	45 – 49 ans	F	il est dommage d'être considéré comme des bouche-trous. Quand cela arrange les médecins, nous pouvons avancer les médicaments mais eux ne jouent pas le jeu pour régulariser. Ce n'est pas leur problème! En plus, ils ne connaissent pas les différentes règlementations des délivrances exceptionnelles notamment et nous dénigrent du coup auprès de nos patients en disant que nous ne sommes pas sympas et qu'ils n'ont qu'à changer de pharmacie. Par contre, si on avance un médicament et qu'ils ne sont pas d'accord, nous sommes des incapables et nous mettons en danger la vie de nos patients! De plus, ils ne font aucun effort, pour une grande majorité, avec les pénuries de médicaments. Ils disent clairement aux patients : "je sais que ce médicament est en rupture mais je vous le prescrit tout de même. le pharmacie n'a qu'à m'appeler!" Nous avons autre chose à faire!!!!
Pharmacien titulaire	55 – 59 ans	F	La perte de médecins présente il y a 5/6 ans me concernant s'est comblée par l'arrivée de jeunes médecins et aujourd'hui il n'y a plus de pénurie sur mon secteur même si je déplore leur installation "éloignée" de mon officine.....les cabinets sont occupés mais se sont déplacés alors qu'auparavant nous avions des médecins proches de nous
Pharmacien titulaire	50 – 54 ans	F	La borne de téléconsultation ne peut pas se substituer à un médecin traitant. Les futurs départs de 4 d'entre eux dans les prochains mois fragilisent encore un peu plus la situation de ma patientèle qui est vieillissante.
Etudiant en 6 <sup>ème</sup> année filière officine	Moins de 25 ans	H	Nous avons une maison médicale avec 4 médecins à 300m de la pharmacie, cette maison médicale est la propriété de ces médecins, vieillissant, qui vont partir à la retraite dans les années à venir. Nous ne savons pas s'il y aura des repreneurs pour la maison médicale sachant qu'un investissement financier doit être fait car ce n'est pas la

			propriété de la commune comme beaucoup de maison de santé. Le risque est que de nouveaux médecins s'installent dans d'autres communes où il y a à disposition une maison de santé.
Pharmacien adjoint	55 – 59 ans	F	Je suis adjointe. Les considérations économiques me sont relativement inconnues mais le ressenti au niveau de mon métier est très négatif. Toujours plus de "missions" pour décharger les MG, toujours plus d'obligation de se former alors que nous le sommes déjà ( formations toutes payantes), toujours plus d'agressivité des gens, toujours plus de tâches chronophages et toujours moins de temps pour la délivrance optimale des traitements.
Pharmacien titulaire	50 – 54 ans	H	Pour faire face à la pénurie, un dossier de transfert dans la galerie du centre commercial de la commune a été monté il y a 3 ans, après accord du financement par la banque mais retoqué par l'ARS pour le motif fallacieux "abandon de population" mais plutôt parce que ça gênait certains confrères aux alentours et au sein de mon propre groupement...Bref, on nous laisse crever.
Pharmacien titulaire	50 – 54 ans	F	Cpts et msp "poudre aux yeux pour faire croire que cela résout le pb de la pénurie de médecins. Nouvelles missions idem pour faire croire que cela va compenser la baisse d activité liée au manque de médecins.
Préparateur en pharmacie	25 – 29 ans	F	En plus du manque de médecins nous allons vers un manque de professionnels de santé en général pharmaciens et préparateurs en pharmacie Le manque de reconnaissance des patients et l'agressivité poussent les professionnels à changer de voie
Pharmacien titulaire	40 – 44 ans	F	En effet les médecins veulent des cabinets prêts à l emploi. Je leur ai organisé cela afin de m assurer des prescripteurs
Pharmacien titulaire	50 – 54 ans	F	Mon secteur est assez pourvu en médecins. la problématique est qu ils ne travaillent pas autant que la génération précédente. Nous sommes démunis en fin de journée, les jours de pont et le samedi. Ce qui nous sauve est notre emplacement. Nous sommes à proximité du CHR et de SOS médecins
Pharmacien remplaçant	25 – 29 ans	F	Sujet très intéressant. En effet, le manque de médecins généralistes impose une pression supplémentaire sur l'équipe officinale. Manque de suivi du traitement du patient, manque de médicaments mettant le pharmacien ou préparateur souvent dans une position délicate concernant

			les renouvellements de traitement. Sachant que certains traitements ne peuvent en aucun cas être arrêté. Rajouté cela à la pénurie de médicaments peut être angoissant pour certaines officines. D'un autre coté cela renforce encore plus la place du pharmacien en tant qu'acteur de santé face au patient.
--	--	--	---

Université de Lille  
UFR3S-Pharmacie  
**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**  
Année Universitaire 2023/2024

**Nom** : Boret  
**Prénom** : Apolline

**Titre de la thèse** : **Pénurie de médecins généralistes : enquête auprès des pharmaciens, des étudiants en 6<sup>ème</sup> année officine et des préparateurs en pharmacie des Hauts-de-France**

**Mots-clés** :

Déserts médicaux, médecin généraliste, pharmacien, nouvelles missions du pharmacien, santé publique

---

**Résumé** : La France ne dispose pas de suffisamment de médecins généralistes à cause notamment d'une population en hausse et vieillissante, d'un nombre d'étudiants formés insuffisant, et d'une évolution des modes de vie des médecins. En conséquence, on note une saturation des services d'urgences et des risques pour la santé des patients. Pour les officines, ces conséquences sont peu documentées dans la littérature. Les stratégies mises en place pour palier à cette pénurie de médecins pourtant nombreuses (incitations financières, formation initiale...) paraissent insuffisantes. Le pharmacien, acteur de premier recours, compétent et de confiance pour le patient, semble être un acteur de la stratégie de lutte, notamment via les nouvelles missions qui présentent cependant des freins. L'objectif de cette thèse est de connaître la perception des acteurs officinaux des Hauts-de-France au sujet de cette pénurie de médecins et les impacts potentiels sur leurs activités. La méthode employée est un questionnaire anonyme et volontaire. Au total, ils sont plus de 7 sur 10 à considérer insuffisant le nombre de médecins généralistes autour de leur officine, alors qu'ils sont 73% à exercer dans une commune dont l'accessibilité potentielle localisée est supérieure à 2,5. Les impacts de ce manque de médecins sont une baisse des délivrances d'ordonnances, du nombre de patients et du chiffre d'affaires. Les renouvellements d'ordonnances à titre exceptionnel et les tensions avec les patients sont en hausse. A cause de cette situation, ils sont 64% à se sentir stressés et presque 1/3 à ne pas se sentir capables de s'adapter. En conclusion, cette pénurie de médecins impacte grandement les officines qui doivent proposer des solutions à leurs patients via notamment les nouvelles missions dont le frein principalement décrit est l'insuffisance de reconnaissance financière. Il serait donc intéressant de pouvoir revaloriser financièrement ces missions afin de soutenir et encourager les officines.

---

**Membres du jury** :

**Président** : Docteur Hélène Lehmann, Maître de Conférence, Laboratoire de droit et économie pharmaceutique, UFR3S-Pharmacie, Lille

**Assesseur** : Docteur Lydia Nikasinovic, Maître de Conférence, Laboratoire de toxicologie et santé publique, UFR3S-Pharmacie, Lille

**Membre extérieur** : Docteur Anne Boulanger, Pharmacien titulaire, Pharmacie de la fontaine, Faches-Thumesnil