

2023-2024

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

GENERALE

ou DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Collaboration entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine : identification et description des dispositifs et initiatives

TOUZEIL Elise (1)

Née le 21.05.1996 à Caen (14)

BIGOT Chloé (1)

Née le 03.01.1996 à Angers (49)

BESNARD Simon (2)

Né le 23.05.1996 à Beaupréau (49)

CRETOIS Alix (2)

Né le 11/04/1998 à Angers (49)

1 : Diplôme d'état de Docteur en Médecine générale

2 : Diplôme d'état de Docteur en Pharmacie

Sous la direction de Monsieur le Professeur FAURE Sébastien et Madame la Professeure
RAMOND-ROQUIN Aline

Membres du jury

Doyen de la Faculté de Santé, Monsieur le Professeur Nicolas LEROLLE	Président
Docteure en médecine générale, Madame la Professeure Aline RAMOND-ROQUIN	Directrice
Directeur du Département pharmacie, Monsieur le Professeur Sébastien FAURE	Directeur
Pharmacien d'officine, Monsieur Vincent NADEAU	Membre

Soutenue publiquement le :
30.05.2024



**FACULTÉ
DE SANTÉ**
UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée BIGOT Chloé
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.



signé par l'étudiante le 24/04/2024

Je, soussignée TOUZEIL Elise
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.



signé par l'étudiante le 24/04/2024

Je, soussigné BESNARD Simon
déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.
signé par l'étudiant le 24/04/2024



Je, soussigné CRETOIS Alix
déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.



signé par l'étudiant le 24/04/2024

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

SERMENT DE GALIEN

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

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

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

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque »

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie :
Pr Sébastien Faure

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine

DIQUET Bertrand	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ; PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVAL Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Mathieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri- Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HAMY Antoine	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
HENNI Samir	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
IFRAH Norbert	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LARCHER Gérald	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VERERELOGIE BIOLOGIE ET MEDECINE DU	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine

MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIostatistiques	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CANIVET Clémence	GASTROENTEROLOGIE-HEPATOLOGIE	Médecine
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOThERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan- Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	Médecine
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne- Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine

MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIE Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RIOU Jérémie	BIostatistiques	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley-Rose	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST/MAST		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgia	NEPHROLOGIE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS COMMUNS**Au président du Jury :**

Monsieur **le Doyen Nicolas Lerolle**. Vous nous faites l'honneur de présider notre thèse. Merci pour l'intérêt que vous portez à notre travail.

Aux membres du jury :

A nos directeurs de thèse, **Mme Aline Ramond-Roquin** et **Mr Sébastien Faure**, un grand merci pour votre accompagnement tout au long de ce travail, pour votre disponibilité et le temps consacré à encadrer notre travail.

A Mr Vincent Nadeau. Merci pour avoir accepté d'être membre de notre jury de thèse et d'avoir pris du temps pour répondre à nos questions

Aux médecins, pharmaciens et professionnels qui ont participé à cette étude. Merci de nous avoir accordé du temps et de nous avoir fait confiance pour nous livrer vos expériences.

REMERCIEMENTS DE BIGOT Chloé

A mes parents qui ont toujours été là pour moi, encore aujourd'hui. Merci de m'avoir soutenue tout au long de mes études et d'avoir fait naître mon envie d'être médecin. Je vous aime.

A mes sœurs, Marion et Sarah, merci pour votre présence inconditionnelle.

A papy Jean et mamie Jeanne, du fond du cœur, je vous remercie pour tout. Vos précieux conseils et votre amour ont marqué mon enfance de manière indélébile.

A ma meilleure amie, Elodie, tu as toujours été là depuis notre plus tendre enfance. Merci pour ton soutien indéfectible et pour tous les moments passés avec toi.

Merci à Roxane, Chloé, Léa, mes coéquipières depuis le début des études de médecines.

A Simon, merci de me supporter depuis plus de dix ans et de concrétiser ces si longues années d'étude ensemble. De nouveaux projets s'annoncent. Je t'aime.

A Elise et Alix, merci à vous pour tout le travail et l'investissement fournis dans ce travail de thèse.

A Camille, Marine, aux « Angevins fruités » et tous mes autres amis, merci pour votre présence.

A Carla, merci pour le temps que tu as consacré à la relecture de notre travail.

A toutes les personnes qui ont nourri le médecin que je suis aujourd'hui, merci.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS DE TOUZEIL Elise

A mes parents, qui m'ont toujours soutenu tout au long de mon cursus et qui ont cru en moi, je vous remercie de m'avoir permis d'être devenue la personne que je suis aujourd'hui.

A ma sœur Marion et à mon frère Robin, c'est avec vous que j'ai passé toute mon enfance. Aujourd'hui nous avons bien changé, mais ça restera gravé dans mes souvenirs. Robin, tu me feras toujours rire. Marion, merci pour ton soutien et ta présence irremplaçable.

A Aurore, petit trésor qui vient tout juste de nous rencontrer. J'ai hâte de te voir grandir et t'épanouir. Déjà ta meilleure fan. Ta marraine.

A mes grands-parents Alain et Liliane, et mamie Germaine, merci pour votre amour.

A toute ma belle-famille et particulièrement à Gigi et Chipie, je vous remercie pour votre accueil chaleureux et pour votre bienveillance.

Aux copains normands, à Thibaud, Guillaume, Adrien, Simon et Flavien, pour les aventures au ski et les treks. Vivement les prochaines vacances.

A l'équipe saumuroise, à Lisa, Noémie, Camille, Juliette, Pierre, Jayson, Bérénice, Clara blonde et Clara brune, sans vous la fin de l'internat n'aurait pas été aussi agréable, merci pour les Secrets Santa. A Morgane et à tous les autres internes qui ont rendu cet internat plus doux.

A Chloé, Simon et Alix, je suis heureuse que ce travail m'ait permis de vous rencontrer. Je n'aurais pas pu trouver de meilleurs co-thésards. Enfin au bout, après ces longs mois de travail nous l'avons fait !

Et enfin,

A Valentin, mon pilier depuis toutes ces années... Sans toi, je ne serais jamais arrivée jusqu'ici. Merci pour ton amour et ce bonheur que tu m'apportes au quotidien. Merci pour ton optimisme et pour me donner confiance en moi. J'espère que tu es prêt à faire le grand saut.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS DE CRETOIS Alix

A ma famille,

A mes parents qui m'ont beaucoup soutenu aussi bien dans mes études qu'à côté, qui ont pu m'épauler dès que j'en avais besoin avec beaucoup de gentillesse et de patience. Merci à vous pour vos précieux conseils, pour votre disponibilité et votre gentillesse je ne vous le dit pas assez mais je vous aime de tout mon cœur.

A ma petite sœur qui m'a également soutenu et aidé (même tout petit) et dont je suis (très) fier. Je n'aurais pas pu espérer meilleure petite sœur, merci à toi, je t'aime.

A Sandrine, tonton Éric, tata Nadine, Thomas, Martin, Juju, merci pour votre disponibilité dès que j'en avais besoin, vous avez toujours été de très bon conseil.

A mes grands-parents, merci de venir jusqu'à Angers pour assister à ma soutenance et pour votre amour !

A mes amis : Alexis (les deux !), Bastien, Victor, Gaëtan, Léa, Vi Quang, Vi Khan, Marieke, Anthony, Pierre-Marie, Antoine, Camille et Gwenn et tous les autres. Merci à vous pour ces quelques années passées ensemble à la fac ou en dehors ! Dans tous les cas vous ne lirez pas cette thèse mais au plaisir de vous revoir et de partager d'autres moments ensemble.

Merci à Simon, Chloé et Elise pour cette thèse parfois complexe et pour cet esprit de complicité qui a rendu ce moment plus agréable ! Au plaisir de se revoir dans d'autres contextes.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS DE BESNARD Simon

A mes Parents

Merci pour votre présence et votre soutien au quotidien. Vous avez toujours donné votre amour sans compter, aujourd'hui c'est moi qui vous le rends. Mes mots ne seront certainement pas assez forts pour décrire la reconnaissance et l'amour que j'éprouve pour vous. Vous êtes une source d'inspiration pour moi. Maman, ta générosité inépuisable et Papa, ta compassion réconfortante font de vous l'exemple ultime de l'altruisme. Fier de ce que vous m'avez transmis et de l'homme que vous avez fait de moi, je vous aime.

A toi Chloé

Dix ans déjà que nous partageons nos vies, dix années précieuses et intenses à surmonter les épreuves ensemble. Tu es mon phare dans la nuit, mon soleil après la pluie, mon amour infini. Je t'aime plus que les mots ne puissent le dire.

Aux Angevins fruités

Il faudrait une thèse entière pour décrire les bienfaits que chacun d'entre vous m'a apporté. Merci d'être vous, merci pour toutes nos belles histoires communes et celles à venir. A très vite au Comptoir de la marine !

A mes sœurs

Mes sœurs de sang et de cœur, merci de m'avoir chouchouté toutes ses années, à jamais gravé sur la peau !

Alix et Elise

Nous y voilà après tous ces efforts, la fin de ce travail commun aura abouti à une belle rencontre et une sincère amitié. Merci pour ces belles soirées tardives en votre compagnie, ce travail a pu être possible grâce à votre bienveillance et votre écoute, on se retrouve quand vous le voulez pour une fondue chinoise !

A Armand et Jacquelin

Merci pour ces réunions tardives hebdomadaire pendant la covid, j'avoue que ces moments échappatoires et libérateurs me manquent !

A Arthur

Mon fréro, tu m'auras fait vibrer à travers tes clubs, je croise les doigts pour que tu reviennes dans le coin !

A Louis

Merci à mon buddy dive pour ce voyage exceptionnel en ta compagnie, prochaine étape le Belize ? Encore merci pour le temps consacré à la relecture de l'Abstract en anglais !

A uba le chat

Je ne te remercie pas pour toutes les frayeurs que tu m'as faite en sautant sur mon clavier
ghjdghnnghyvydyhvgrrrrrr

Liste des abréviations

ACI Accord Conventionnel Interprofessionnel

ADRES Association pour le Développement d'un Réseau de Soins primaires sur la Montagne Limousine

ANSM Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

AOD Anticoagulants Oraux Directs

APA Activité Physique Adaptée

ARS Agence Régionale de la Santé

AVK Antivitamines K

BEP Bilan Éducatif Partagé

BPM Bilan Partagé de Médication

CCP Coordination Clinique de Proximité

CDS Centre de Santé

CDTM Collaborative Drug Therapy Management

CMG Collège de Médecine Générale

CNCI Comité National des Coopérations Interprofessionnelles

CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DAC Dispositif d'appui à la Coordination

DMP Dossier Médical Partagé

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

EHPAD Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMS Etablissements Médico-sociaux

ENMR Expérimentations sur les Nouveaux Modes de Rémunération

ESP Equipe de Soins Primaires

ESP-CLAP Équipe de Soins Primaires Coordonnée Localement Autour du Patient

ESPREC Équipe de Soins de Premier Recours en suivi de Cas complexe

ETOPPIA Éducation Thérapeutique à l'Officine pour les Patients en Post-Infarctus en Anjou

ETP Education Thérapeutique du Patient

FAYR GP French Association of Young Researchers in General Practice

FINDRISC Finnish Diabetes RIsk SCore

FIQCS Fond d'Intervention pour la Qualité et Coordination des Soins

FIR Fond d'Intervention Régional

FISS Fond d'Innovation du Système de Santé

FNCS Fédération Nationale des Centres de Santé

FSPF Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France

HAS Haute Autorité de Santé

HPST Hôpital Patient Santé Territoire

HPV Human Papillomavirus
IDE Infirmière Diplômée d'Etat
IMC Indice de Masse Corporelle
IRDES Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
LFSS Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LISSA Littérature Scientifique en Santé
MG Médecin Généraliste
MSP Maison de Santé Pluriprofessionnelle
NHS National Health Service
OCTAVE Organisation Coordination Traitements Agé Ville Établissements de Santé
OGDPC Organisme de Développement Professionnel Continu
OMS Organisation Mondiale de la Santé
OSYS Orientation dans le SYstème de Soins
PAD Pression Artérielle Diastolique
PAERPA Parcours de santé des Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie
PAS Pression Artérielle Systolique
PBSGL Practice-Based Small Group Learning
PER Pôle d'Excellence Rurale
PNC Protocoles Nationaux de Coopération
PO Pharmacien d'Officine
PPS Plan Personnalisé de Santé
PRISMA Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
RCP Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle
SEGA Short Emergency Geriatric Assesment
SFMG Société Française de Médecine Générale
SIMBA Sécurité de la pharmacothérapie chez les résidents des maisons de retraites
SUDOC Système Universitaire de Documentation
TROD Test Rapide d'Orientation Diagnostique
UNR Union Nationale des Réseaux de santé
URML Union Régionale des Médecins Libéraux
URPS Union Régionale des Professionnels de Santé
USPO Union de Syndicats de Pharmaciens d'Officine
ZAC Zone d'Action Complémentaire
ZIP Zone d'Intervention Prioritaire

Plan

SERMENT D'HIPPOCRATE

SERMENT DE GALIEN

INTRODUCTION

1. Préambule : définition des concepts de « coopération » et « collaboration »
2. Contexte

MÉTHODES

1. Revue de littérature
2. Etude qualitative
3. Analyse commune des données
4. Justification de présentation des résultats

RÉSULTATS

1. Description du corpus
 - 1.1. Caractéristiques des articles issus de la revue de littérature
 - 1.2. Caractéristiques des entretiens
2. Identification des dispositifs de collaboration en France
 - 2.1. DISPOSITIFS D'ENVERGURE NATIONALE
 - 2.1.1. Pharmacien correspondant
 - 2.1.2. Entretiens pharmaceutiques
 - 2.1.3. Bilan partagé de médication
 - 2.1.4. Réunion de concertation pluridisciplinaire
 - 2.1.5. Le plan personnalisé de santé
 - 2.1.6. Protocoles nationaux de coopération
 - 2.1.7. Projet ETOPPIA
 - 2.1.8. Intervention pharmaceutique
 - 2.1.9. Groupe d'analyse de pratique ou groupe de pairs*
 - 2.2. DISPOSITIFS EXPÉRIMENTAUX AVEC SOUTIEN NATIONAL
 - 2.2.1. Protocole ESPREC
 - 2.2.2. Campagne de dépistage du diabète de type 2 par le pharmacien : DIA-DEP
 - 2.2.3. Réseau des correspondants
 - 2.2.4. Articles 51
 - a) OCTAVE
 - b) OSYS
 - c) PAERPA
 - d) IATROPREV
 - e) SP-A Depress
 - 2.3. DISPOSITIFS DE DÉPLOIEMENT D'INITIATIVE LOCAL SANS PERSPECTIVE DE GÉNÉRALISATION NATIONALE
 - 2.3.1. DROMARDIAB
 - 2.3.2. Adaptation des doses d'AVK par l'IDE, le biologiste ou le pharmacien
 - 2.3.3. La vaccination officinale : action de prévention

- 2.3.4. Réseau pluridisciplinaire Millesoins
- 2.3.5. Cercle de qualité
- 2.3.6. Protocole de coordination de révision des ordonnances des patients âgés polypathologiques
- 2.3.7. Protocole de prise en charge des cystites hors cadre d'exercice coordonné
- 2.3.8. Équipe de Soins Primaires Coordonnée Localement Autour du Patient (ESP-CLAP)
- 2.3.9. Protocoles pluri professionnels dans un cadre coordonné
 - a) Protocoles intégrés aux ESP-CLAP
 - b) Autre exemple de protocole en MSP
- 2.3.10. Réunion Prescrire

3. A L'ÉTRANGER

- 3.1. Suisse : Cercles de qualité
- 3.2. Suisse : Assistance pharmaceutique dans les établissements médicaux sociaux (EMS)
- 3.3. Suisse : Réseau Delta
- 3.4. Suisse : Projet NetCare
- 3.5. Suisse : Bilans de médication
- 3.6. Suisse : Colloques entre chefs de clinique et pharmaciens
- 3.7. Allemagne : Bilan de médication à domicile
- 3.8. Autriche : Bilan médication en EHPAD
- 3.9. Nouvelle-Zélande : Revue de médication
- 3.10. USA : Collaborative Drug Therapy Management (CDTM)
- 3.11. QUÉBEC : Ordonnances collectives
- 3.12. Australie : Home medication review
- 3.13. Espagne : Protocole d'action coordonnée pour le dépistage précoce des troubles cognitifs.
- 3.14. Ecosse: Practice-Based Small Group Learning (PBSGL)

4. Identification des facteurs influençant la collaboration

DISCUSSION

1. Résumé des résultats

2. Interprétation

- 2.1. Complexité du recensement des dispositifs : la recherche en soins primaires en France
- 2.2. Une stratégie pour la prise en charge des maladies chroniques et aiguës
- 2.3. L'essor de l'exercice coordonné pour la collaboration entre professionnels de santé : atouts, limites et disparités territoriales
- 2.4. Collaboration formalisée et informelle : au-delà des structures pluriprofessionnelles, une diversité de formes et d'enjeux
- 2.5. Le défi de la communication MG-PO : exemple de la messagerie sécurisée
- 2.6. La rémunération, un levier clé : vers un modèle optimal
- 2.7. Évaluation de la collaboration MG-PO : un objectif crucial pour une pratique fondée sur des preuves
- 2.8. Diversité des pratiques internationales : une analyse comparative

3. Analyse de la méthodologie : forces et faiblesses

4. Perspectives

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

- a) Annexe I. Grille de lecture
- b) Annexe II. Grille d'entretien

Collaboration entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine : identification et description des dispositifs et initiatives

Auteurs : Chloé Bigot, Elise Touzeil, Simon Besnard, Alix Crétois

Répartition du travail :

La grande majorité des tâches a été réalisée en commun par les quatre auteurs ; la revue de littérature, l'étude qualitative, l'analyse des données, ainsi que la rédaction de la thèse. Concernant les étapes de revue de littérature et l'étude qualitative, plus de précisions sont apportées dans la partie « Méthodes ».

Certaines étapes du travail ont été réalisées en binôme : notamment l'étape d'identification des leviers et des freins a été réalisée par Alix Crétois et Elise Touzeil et la mise en page et la bibliographie ont été réalisées par Simon Besnard et Chloé Bigot.

INTRODUCTION

1. Préambule : définition des concepts de « coopération » et « collaboration »

La coopération entre professionnels de santé est définie dans « Le lexique des parcours de A à Z », 2016, élaboré par l'ensemble des ARS(1), qui se base sur le code de la santé publique : « *article L. 4011-1 du code de la santé publique. Par dérogation [...], les professionnels de santé (inscrits à l'art. L. 4011-1 du code de la santé publique) peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou acte de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles [...].* »

Concernant le concept de collaboration, ce guide ne propose pas de définition et il ne semble pas exister de définition consensuelle dans la littérature.

Plusieurs travaux ont déjà été réalisés pour tenter d'en définir les contours. Notamment dans l'ouvrage *L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé*, de Danièle D'Amour, Claude Sicotte et Ron Levy(2) ; les auteurs s'accordent sur la collaboration interprofessionnelle comme étant « *la structuration d'une action collective* » s'articulant autour d'acteurs stratégiques.

De plus, l'OMS(3) propose la définition suivante : « *La pratique collaborative dans les soins de santé se produit lorsque plusieurs professionnels de santé de différents milieux professionnels fournissent des services complets en travaillant avec les patients, leurs familles, soignants et les communautés pour offrir la meilleure qualité de soin. La pratique comprend à la fois le travail clinique et non clinique lié à la santé, comme le diagnostic, le traitement, la surveillance, les communications sanitaires, la gestion et l'ingénierie sanitaire.* »

A travers les définitions proposées ci-dessus, le terme coopération semble mettre l'accent sur le caractère protocolisé alors que la collaboration se définirait comme une organisation de travail collectif pour atteindre des buts communs. Cependant, dans la littérature, les termes « collaboration » et « coopération » sont utilisés sans réelle distinction. Dans cette étude, les deux termes seront assimilés et la formulation suivante sera utilisée : « collaboration interprofessionnelle ».

2. Contexte

Le système de santé français, organise l'offre de soins autour de trois axes principaux : les soins de ville, les établissements hospitaliers et les structures médico-sociales. Les soins de ville sont aujourd'hui représentés sous le terme de soins primaires. Les soins primaires, terme apparu dans les années 1960 et dont le concept a été défini pour la première fois par l'OMS en 1978(4,5), ont connu de nombreux changements au fil des années. Les soins primaires en France, désignent les soins de premiers recours et de proximité, et font partie intégrante de notre système de santé(6). Ils s'organisent autour de différentes professions de santé qui permettent, chacune de par leurs compétences propres, d'assurer les objectifs suivants : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; la dispensation et l'administration des médicaments ; l'orientation dans le système de soins ; et l'éducation thérapeutique(7). Parmi les professionnels concernés, le médecin généraliste (MG) et le pharmacien d'officine (PO) font partie des piliers fondamentaux, et sont amenés à travailler ensemble autour du patient.

Depuis plusieurs années, notre système de santé peine à prendre en charge efficacement l'intégralité de la population. Nous sommes aujourd'hui témoins d'une augmentation des demandes et besoins des patients en raison d'un accroissement de la population en partie dû à son vieillissement impliquant une augmentation des maladies chroniques qui participent notamment à complexifier les prises en charge, du fait de l'augmentation de la multimorbidité(6). Ce constat est aggravé par la difficulté croissante de l'accès aux soins et la multiplication des déserts médicaux. Selon un rapport de la DREES paru en mars 2021(8), le nombre de MG est en baisse : « *depuis 2012, le nombre de médecins généralistes a chuté de 5,6%* » ; par ailleurs, la raréfaction de l'exercice libéral est soulignée. Même si la DREES rapporte en parallèle un nombre de PO stable sur le territoire, le système actuel semble lacunaire, en raison d'une démographie médicale en baisse et des modifications des caractéristiques populationnelles.

Cette demande croissante et changeante impose une évolution à notre système de santé. Actuellement notre système de santé semble se reposer sur des individualités qui se complètent, chacun des acteurs participant à la construction du parcours de soins, mais sans qu'il y ait une réelle mouvance collective et collaborative. La multiplicité des acteurs combinée à la difficulté d'accès aux soins peut nuire à la continuité des soins et au suivi des patients.

Le soin primaire, principal intéressé de la gestion des pathologies chroniques doit se réinventer. Dans un souci de qualité de prise en charge il paraît pertinent de promouvoir les exercices collaboratifs où l'interaction entre les différents professionnels gagne en importance. La confrontation des idées débouche sur une prise en charge commune et coordonnée limitant les erreurs individuelles. De plus, cette prise en charge pluriprofessionnelle harmonise les discours. En effet, les divergences de discours peuvent être un facteur de perte de confiance du patient envers le système de soin, un discours commun permet de rassurer le patient. La question de l'harmonisation des discours apparaît encore plus importante dans un contexte où internet permet l'accès à de nombreuses informations parfois peu fiables sur tout sujet médical. Cette réorganisation des soins primaires se heurte cependant à certaines limites, dont voici certains exemples : la définition du rôle et de la responsabilité de chacun, la gestion du temps ou encore la rémunération, qui est un enjeu incitatif important.

Ainsi la collaboration interprofessionnelle, dans un but d'amélioration du système de soins primaires, est au cœur des dernières lois de santé : notamment dans la Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » de 2009(9,10) la Loi de « Modernisation du système de santé » de 2016 ainsi que dans la loi de 2019 relative à « l'organisation et à la transformation du système de santé »(11). De nouveaux rôles ont été attribués aux médecins généralistes et aux pharmaciens d'officine et la collaboration est au premier plan. Cette dimension collaborative est mise à l'honneur dans Les Cahiers de l'Ordre National des pharmaciens « Coopération interprofessionnelle », en décembre 2016(12).

Différents types d'exercices coordonnés sont promus par l'État français, avec une incitation à se regrouper entre professionnels de santé pour faciliter cette collaboration interprofessionnelle. Ces regroupements sont formalisés et peuvent prendre différentes formes. Ils peuvent s'organiser autour d'une patientèle commune, comme :

- Une Équipe de Soins Primaires (ESP) : constituée au minimum de deux professionnels de santé dont un MG, un projet de santé commun doit être validé par l'ARS et avoir pour but l'amélioration de la prise en charge et des parcours des patients. Cette structuration « a pour vocation d'évoluer vers une autre forme d'exercice regroupé » ;
- Une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) : constituée d'au moins deux médecins généralistes et d'un professionnel paramédical en exercice libéral, un projet de santé commun, et d'un versement d'une rémunération pérenne à

l'équipe pluriprofessionnelle par la CPAM suite à la signature de l'ACI (Accord conventionnel Interprofessionnel) ;

- Un Centre de Santé (CDS) pluriprofessionnel : constitué au minimum d'un professionnel médical et un auxiliaire médical en exercice salarié, il existe également un projet de santé commun et une rémunération pérenne via la signature de l'ACI.

L'exercice coordonné peut aussi s'adresser à un bassin de population d'un territoire donné, c'est le cas d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) qui peut regrouper les différents professionnels de santé libéraux ou salariés d'un territoire, ainsi que les établissements médico-sociaux. Les professionnels choisissent d'exercer de manière coordonnée autour d'un projet de santé commun validé par l'ARS et des rémunérations sont également prévues dans le cadre de l'ACI(13).

Dans ce contexte, la collaboration interprofessionnelle semble être une voie d'amélioration des soins primaires mais il y a actuellement peu de données disponibles à ce sujet. Il apparaît pertinent d'effectuer un état des lieux des dispositifs de collaboration entre MG et PO. Cette étude pourrait servir de base de travail aux instances représentantes en santé et aux différents acteurs de terrain, pour développer des dispositifs de collaboration entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine, ou proposer des pistes d'amélioration de ceux-ci.

Si cette collaboration interprofessionnelle semble se développer rapidement dans certains pays anglo-saxons tels que le Canada ou le Royaume-Unis (12), nous n'en sommes qu'aux prémices en France et les modifications de pratiques des professionnels ne semblent pas aisées. Un exemple concret d'outil de collaboration délaissé par les professionnels est le Dossier Médical Partagé (DMP). Les raisons avancées sont : « le manque de dynamisme lié au caractère chronophage, le nombre de dossiers vides, les difficultés d'interopérabilité entre les logiciels des professionnels et le DMP », citées dans « Le Dossier médical partagé », Mémoire de Faustine Joly, Faculté de Droit et de Sciences politiques de Rennes, 2018(14).

Par ailleurs, un article intitulé « Collaboration entre pharmaciens d'officine et médecins généralistes, points de vue des pharmaciens et des médecins » paru dans la revue Exercer en mars 2022(15), interroge 9 médecins et 9 pharmaciens sur leurs perceptions de la collaboration, afin de comprendre les raisons de ce manque de collaboration(12). Malgré une volonté de collaborer, des freins sont relevés :

notamment des moyens de communication inadaptés et une méconnaissance du métier de l'autre.

L'objectif principal de ce travail était de répertorier les dispositifs de collaboration entre MG et PO en France et de manière moins exhaustive à l'étranger. L'objectif secondaire était l'identification des facteurs influençant la collaboration entre MG et PO.

MÉTHODES

Une étude multimodale synchrone a été réalisée associant une revue de littérature et une étude qualitative.

Une revue systématique de la littérature est une méthode rigoureuse et reproductible qui permet de réaliser une synthèse des données et connaissances existantes sur un sujet donné. L'association à une étude qualitative a pour objectif d'apporter une attention particulière sur certains dispositifs qui ne seraient pas mis en évidence dans la revue de littérature. En effet, en France, la recherche en soins primaires est récente (16), aussi nous supposons que les études concernant certains dispositifs innovants ne sont pas encore publiées. L'association de ces deux méthodes complémentaires a permis un recensement plus exhaustif des dispositifs.

1. Revue de littérature

La revue de littérature est inspirée du guide PRISMA(17), réalisée par 4 investigateurs dont 2 étudiants en pharmacie (P1 et P2) et 2 internes de médecine générale (M1 et M2). L'identification des articles pertinents s'est déroulée de mars à mai 2022, par les 4 investigateurs, à raison d'une base de données chacun. Les équations de recherches qui ont été utilisées pour chaque base de données sont répertoriées dans le **Tableau I**.

Concernant Embase, une recherche par mots clés a été effectuée.

Concernant le Sudoc, une recherche par « mots sujets » a été effectuée, le « mots sujets » ont été établis de façon empirique après identification de ceux reliés à un article pertinent, car il n'existait pas de recherche par mots MeSH.

Concernant LiSSa, deux types de recherches ont été effectués : une recherche avancée avec des mots MeSH, et une recherche avec des mots simples. Le terme collaboration n'a pas été utilisé dans la recherche avancée car la plupart des résultats trouvés ne répondaient pas à notre objectif, les articles répondant à la question ont été retrouvés dans la recherche avec le terme « comportement coopératif ».

Concernant PubMed, deux types de recherches ont été réalisées : une recherche par mots clés et une recherche par mots MeSH.

Pour aider à rechercher les mots clés et à les traduire en mots MeSH (pour les bases LiSSa et PubMed), le site HeTOP a été utilisé.

Lorsque la base de données le permettait des filtres de recherche ont été utilisés : sur Embase et PubMed le filtre « langage » a permis d'avoir des articles disponibles en français ou en anglais ; sur Embase le filtre « date » n'a révélé que des articles publiés à partir de 2009. L'ensemble des articles qui ont été retenus a ensuite été transféré sur Zotero, permettant l'identification de doublons.

Tableau I : Mots clés et équations de recherche

Bases de données	Mots clés/Equations de recherche	
Sudoc	• "(médecins) (pharmaciens) (relations interprofessionnelles)" • "(médecins) (pharmaciens) (collaboration)" • "(médecins) (pharmaciens) (coopération)"	
LiSSa	<u>Recherche avancée avec mots MeSH :</u> • ((médecins.tl) OU (médecins.mc) OU (médecin.tl) OU (médecin.mc)) ET ((pharmaciens.tl) OU (pharmaciens.mc) OU (pharmacien.tl) OU (pharmacien.mc)) ET ((comportement coopératif.tl) OU (comportement coopératif.mc)) • ((médecins.tl) OU (médecins.mc) OU (médecin.tl) OU (médecin.mc)) ET ((pharmaciens.tl) OU (pharmaciens.mc) OU (pharmacien.tl) OU (pharmacien.mc)) ET ((relations interprofessionnelles.tl) OU (relations interprofessionnelles.mc)) • ((médecins.tl) OU (médecins.mc) OU (médecin.tl) OU (médecin.mc)) ET ((pharmaciens.tl) OU (pharmaciens.mc) OU (pharmacien.tl) OU (pharmacien.mc)) ET ((coopération.tl) OU (coopération.mc) OU (coopérations.tl) OU (coopérations.mc))	<u>Recherche avec mots clés :</u> • médecins et pharmaciens et coopération • médecins et pharmaciens et collaboration • médecins et pharmaciens et comportement coopératif • médecin et pharmacien et relation interprofessionnelle
Embase	• 'public relations'/exp AND 'general practitioner'/exp AND 'pharmacist'/exp AND [2009-2022]/py • 'cooperation'/exp AND 'general practitioner'/exp AND 'pharmacist'/exp AND [2009-2022]/py	
Pubmed	<u>Recherche avec mots MeSH :</u> • (pharmacists[MeSH Terms]) AND (family physicians[MeSH Terms]) AND (behavior, cooperative[MeSH Terms]) • (pharmacists[MeSH Terms]) AND (family physicians[MeSH Terms]) AND (public relations[MeSH Terms]) • (pharmacies[MeSH Terms]) AND (family physicians[MeSH Terms]) AND (interprofessional relations[MeSH Terms])	<u>Recherche avec mots clés :</u> • (pharmacists[Title/Abstract]) AND (physicians[Title/Abstract]) AND (cooperation[Title/Abstract]) AND (english[Language]) • (pharmacists[Title/Abstract]) AND (physicians[Title/Abstract]) AND (cooperation[Title/Abstract]) AND (french[Language])

Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion utilisés ont été les suivants :

- Critère 1 : Présentation d'une dimension collaborative entre médecins généralistes (MG) et pharmaciens d'officine (PO) ;
- Critère 2 : Relation entre les MG et les PO au cœur du sujet ;
- Critère 3 : Présentation d'un dispositif de collaboration détaillé ;
- Critère 4 : Mention des freins et/ou leviers à la collaboration entre MG et PO.

Les articles retenus devaient tous réunir les critères 1 et 2. Pour répondre à l'objectif principal, les articles devaient en plus répondre au critère 3. Pour répondre à l'objectif secondaire, les articles devaient répondre au critère 4. Les articles répondant aux quatre critères ont été inclus comme répondant à la fois à l'objectif principal et à l'objectif secondaire.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Article non disponible en français ou en anglais ;
- Publication antérieure à l'année 2009 ;
- Texte intégral non disponible.

La recherche s'est limitée aux articles parus à partir de 2009 pour avoir une base de données exploitable en cohérence avec la parution de la loi HPST de 2009 mettant en avant la collaboration interprofessionnelle.

Pour les étapes de sélection des articles, l'outil Covidence a été utilisé.

Dans un premier temps, la sélection a été réalisée sur la lecture du titre et du résumé de chaque article. Environ 10% des articles ont été revus en commun par les 4 investigateurs, permettant un accord sur l'application des critères. Puis, les 90% d'articles restants ont été séparés en deux et sélectionnés conjointement par deux binômes médecin-pharmacien : P1 et M1 ; et P2 et M2. Les différends ont été résolus par consensus entre les 4 investigateurs. Dans un second temps, une sélection sur lecture du texte entier a été réalisée, de la même façon après avoir passé en revue environ 10% des articles à 4, puis séparément en deux binômes P1-M1 et P2-M2 pour les articles restants.

Extraction des données

Une fois en possession de l'ensemble des articles inclus dans l'étude, l'extraction des données a été réalisée à l'aide d'une grille de lecture établie et approuvée par les 4 investigateurs, supervisée par les 2 directeurs de thèse. La grille de lecture était composée de trois rubriques principales : la première permettait de recueillir les informations concernant l'article (date de publication, auteur) ; la seconde permettait d'extraire les données concernant les initiatives et dispositifs de collaboration (date de mise en place, objectifs, méthode de financement) ; et la troisième répertoriait les informations relatives à l'évaluation des dispositifs, le cas échéant (Annexe I). Comme précédemment, l'extraction et l'analyse de 10% des articles ont été réalisées en commun, puis le restant en binômes P1-M1 et P2-M2.

2. Etude qualitative

Population étudiée

Un panel de différentes personnes ressources a été interrogé, tel que des MG, des PO et des personnes ayant accompagné ou soutenu des projets impliquant une collaboration entre MG et PO. L'échantillon comportait une population diversifiée, non représentative, visant spécifiquement des professionnels en capacité d'apporter les informations recherchées.

Le recrutement a été réalisé grâce à une connaissance préalable et par effet boule de neige. Celui-ci a été initié par les contacts transmis par nos directeurs de thèse Mme Ramond-Roquin et M. Faure. Les participants ont été contactés par courriel ou par téléphone.

Recueil des données

La grille d'entretien a été élaborée par les 4 investigateurs et avait une structure commune pour l'ensemble des entretiens. Celle-ci répertoriait les informations concernant le participant, ainsi que celles des dispositifs mentionnés : telles que leur nom, date de mise en place, nature, financement (Annexe II). Des entretiens individuels dirigés ont été menés jusqu'à suffisance des données. Le premier entretien a été réalisé par 3 des investigateurs, permettant un ajustement pour les entretiens suivants. La plupart des entretiens ont été réalisés en binôme avec un étudiant en pharmacie et un interne en médecine générale. Entre juin 2022 et juillet 2023, les entretiens ont été menés en face à face ou en visioconférence via la plateforme Teams.

Les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone après l'obtention de l'accord de chacun des participants, puis retranscrit mot à mot avec le logiciel Word par les investigateurs ayant réalisé l'entretien. Les grilles d'entretien ont été complétées individuellement a posteriori par les investigateurs concernés, puis mises en commun systématiquement.

Ethique

Les entretiens ont été réalisés et enregistrés après recueil oral du consentement de l'interrogé. Les entretiens ont été anonymisés et les enregistrements détruits, à l'issue du recueil de données.

3. Analyse commune des données

Les données recueillies grâce aux deux méthodes, ont été analysées conjointement pour la suite de ce travail.

Suite à l'identification des dispositifs de collaboration, en raison d'un manque d'informations parfois important, les résultats ont été enrichis avec des informations complémentaires. Les sources complémentaires ont été obtenues par deux moyens différents :

- Soit par le biais des personnes interrogées (échanges d'informations réalisés par courriels à l'issue des entretiens) ;
- Soit à notre initiative en utilisant des sources officielles (les sites des ARS, de l'HAS...).

Ces sources complémentaires ont été identifiées et notifiées dans la bibliographie.

Les leviers et/ou freins à la collaboration MG-PO identifiés dans la revue de littérature ont également fait l'objet d'un recueil et d'une analyse commune.

4. Justification de présentation des résultats

La première partie abordant les dispositifs français a été segmentée en trois groupes, qui sont les suivants :

- Dispositifs pérennes d'envergure nationale : les dispositifs généralisés ou généralisables mis en place de façon pérenne et disposant de soutien et/ou de financements nationaux. Ces dispositifs peuvent concerner des projets locaux qui sont cependant autorisés et encadrés dans le contexte d'une approche globale nationale poussant à la coopération entre professionnels de santé ;
- Expérimental avec soutien national : projets expérimentaux financés en partie par l'État dans le but de potentiellement les généraliser ;
- Initiative locale : dispositifs expérimentaux ou non, répondant à une problématique locale et non généralisés au niveau national et sans soutien national en vue d'une généralisation.

Dans la seconde partie, l'ensemble des dispositifs étrangers identifiés dans la littérature académique ; expérimentaux ou non, répondant à une problématique locale ou non, financés ou non par l'État, permettant de faire un état des lieux de ce qui existe ailleurs, a été regroupé.

Les leviers et/ou freins à la collaboration MG-PO ont été répertoriés dans un unique tableau synthétique.

RÉSULTATS

1. Description du corpus

1.1. Caractéristiques des articles issus de la revue de littérature

Sur les 360 articles initialement identifiés sur les bases de données, 4 doublons ont été supprimés, et 234 articles ont été exclus sur lecture du titre et du résumé. Les 122 articles restants ont été sélectionnés pour une lecture approfondie sur texte intégral, parmi ceux-ci 47 articles ont finalement été inclus dans cette étude (**Figure 1**). Sur les 47 articles inclus, 24 articles répondaient aux critères de l'objectif principal et 33 articles répondaient aux critères de l'objectif secondaire, dont 10 articles répondant aux deux objectifs.

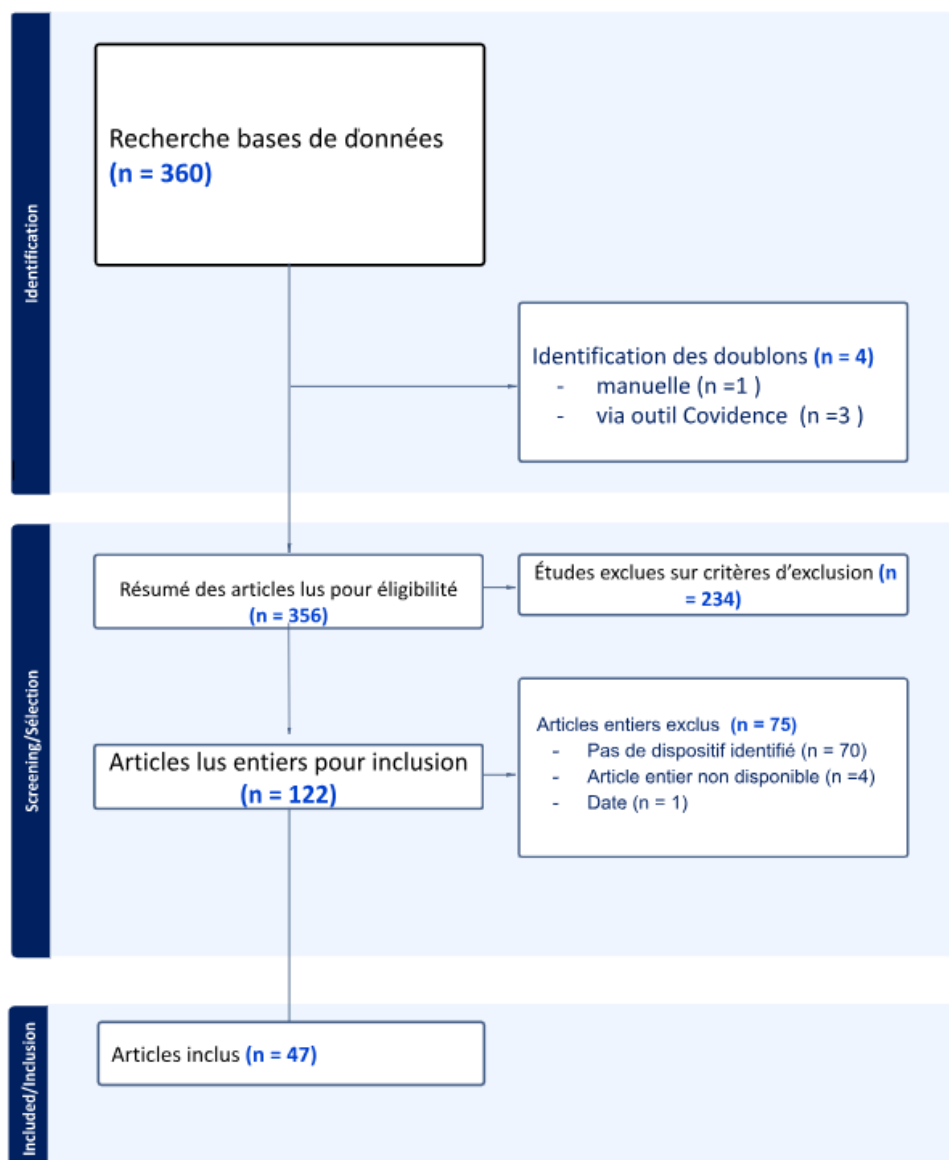


Figure 1 : Diagramme de flux des articles

Articles permettant l'identification des dispositifs de collaboration

Concernant les 24 articles répondant à l'objectif principal, 60% de ceux-ci ont été rédigés par des auteurs français. Parmi les 40% des articles restants, 4 articles provenaient de Suisse et 6 autres provenaient de pays différents, tels que l'Ecosse, l'Allemagne, les Pays-Bas, l'Espagne, l'Autriche ou encore l'Australie.

Les caractéristiques des articles utilisés pour répondre à l'objectif principal ont été répertoriées dans le **Tableau II**.

Les articles étaient de plusieurs natures : 11 articles étaient issus de revues médicales ; 11 autres étaient issus de thèses (dont 4 thèses de pharmacie, 6 thèses de médecine et 1 thèse mixte) ; 2 articles issus de revues pharmaceutiques.

La diversité de nature des articles était variable selon la nationalité de l'auteur : les articles français inclus étaient majoritairement des thèses de médecine ou de pharmacie, tandis que les articles étrangers inclus étaient uniquement des articles issus de revues médicales ou pharmaceutiques (**Tableau II**).

Les auteurs des articles étaient essentiellement des médecins généralistes ou des pharmaciens : 11 articles ont été rédigés par des pharmaciens, 12 articles ont été rédigés par des médecins généralistes ; 1 thèse mixte a été réalisée à la fois par un médecin généraliste et un *pharmacien*.

Tableau II : Caractéristiques des articles pour l'objectif principal

Auteurs Types d'article	Pharmaciens	Médecins généralistes	Mixte (MG+PO)	Nombre total d'articles
Revue médicale	<i>France (22)</i> <i>Suisse (47, 50)</i> <i>Pays-Bas (53)</i> <i>Australie (59)</i>	<i>France (56)</i> <i>Suisse (20, 51)</i> <i>Ecosse (60)</i> <i>Allemagne (54)</i> <i>Autriche (55)</i>		11
Revue pharmaceutique	<i>France (24)</i> <i>Espagne (58)</i>			2
Thèse	<i>France (20, 35, 52, 49)</i>	<i>France (19, 18, 30, 44, 21, 46)</i>	<i>France (61)</i>	11
Nombre total d'articles	11	12	1	

** Les nombres en gras et en italique correspondent aux références bibliographiques des articles.*

Les articles inclus ont été publiés sur une période s'étalonnant de 2009 à 2021, la date de publication antérieure à 2009 étant un critère d'exclusion. La majorité des articles inclus ont été publiés à partir de 2016, en effet à partir de cette date, 10 articles français d'intérêts ont été inclus, représentant 2/3 du total d'articles français inclus pour l'objectif principal. (**Figure 2**)

La figure 2 met en évidence un plus grand intérêt de la France concernant la collaboration interprofessionnelle entre MG et PO notamment à partir de 2016 avec plus de publications sur ce sujet, en lien avec la loi de Modernisation du système de santé. Tandis que les publications à l'étranger sur ce thème sont plus disséminées.

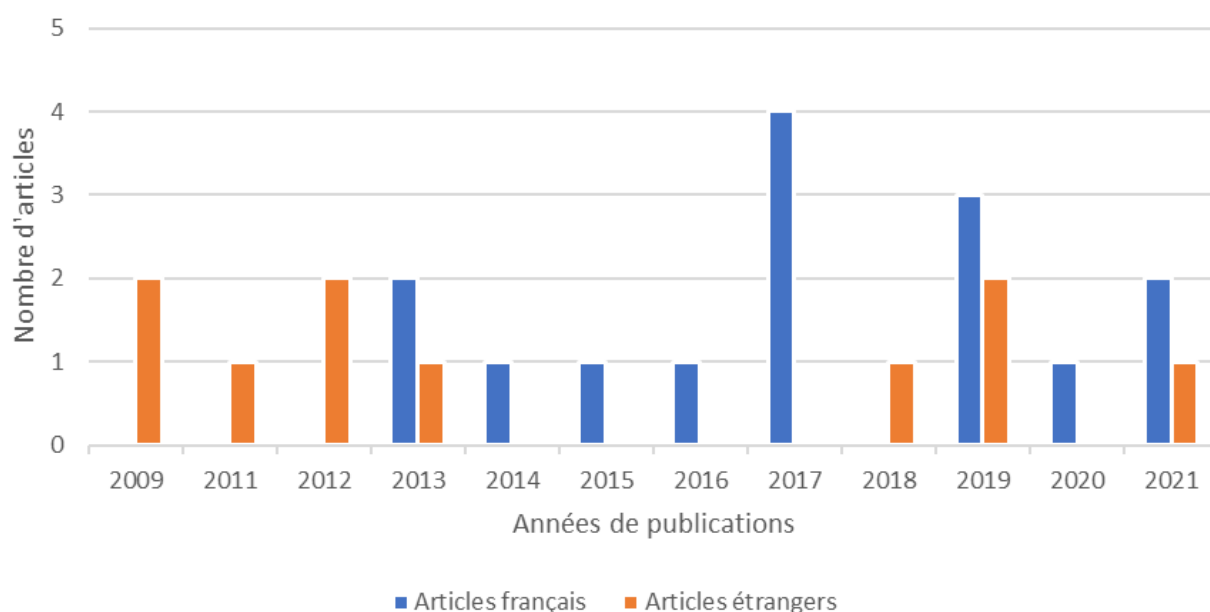


Figure 2 : Dates de publication des articles : parallèle entre les publications à l'étranger et en France

Articles permettant d'identifier les facteurs influençant la collaboration MG-PO

Concernant les 33 articles répondant à l'objectif secondaire, 15 articles étaient français et 18 articles étaient issus de divers pays étrangers dont principalement le Canada (4 articles) et l'Australie (3 articles).

Les caractéristiques de ces articles ont été répertoriés dans le **tableau III**.

Sur l'ensemble des articles, 23 ont été rédigés par des pharmaciens, contre 11 rédigés par des médecins généralistes.

Les articles français étaient principalement des thèses d'exercice, tandis que les articles étrangers étaient uniquement des articles de revue médicale ou pharmaceutique.

Tableau III : Caractéristiques des articles pour l'objectif secondaire

Auteurs Types d'article	Pharmaciens	Médecins généralistes	Mixte (MG+PO)	Nombre total d'articles
Revue médicale	<i>Suisse (81)</i> <i>Pays-Bas (63,80)</i> <i>Angleterre (65)</i> <i>Canada (69)</i> <i>Espagne (78)</i> <i>Australie (81)</i> <i>Pologne (74)</i> <i>Koweït (68)</i> <i>Slovaquie (75)</i>	<i>France (22)</i> <i>Allemagne (67)</i> <i>Canada (82, 66)</i>		14
Revue pharmaceutique	<i>Allemagne (73)</i> <i>Canada (60)</i> <i>Etats Unis (72)</i> <i>Australie (77, 70)</i>			5
Thèse	<i>France (18, 79, 76, 30, 62, 21, 46, 19)</i>	<i>France (64, 71, 49, 20, 35)</i>	<i>France (61)</i>	14
Nombre total d'articles	23	9	1	

* Les nombres en gras et en italique correspondent aux références bibliographiques des articles.

1.2. Caractéristiques des entretiens

Entre juin 2022 et juillet 2023, 16 entretiens ont été menés auprès de différents acteurs dont 4 MG, 5 PO, 1 médecin conseil de la CPAM, 1 pharmacien en santé publique et 5 entretiens ont été réalisés avec des participants de professions non médicales. L'ensemble des participants avait connaissance de dispositifs de collaboration en MG et PO et la plupart étaient des membres d'institutions de santé à échelle régionale. La majorité des participants interrogés exerçait en Pays de la Loire : soit 12 participants. Sur les 4 restants : 2 participants exerçaient en Bourgogne-Franche-Comté, 1 exerçait en Bretagne et 1 dans la région Grand-Est. (**Tableau IV**)

Tableau IV : Caractéristiques des participants

Référence de l'entretien	Profession	Région d'exercice
E1	MG en MSP	Pays de la Loire
E2	Chargé de mission à ESP-CLAP	Pays de la Loire
E3	PO, professeur universitaire à Dijon	Bourgogne-Franche-Comté
E4	MG en MSP et co-président AVECsanté	Pays de la Loire
E5	PO	Bourgogne-Franche-Comté
E6	Coordinateur de projet à l'URPS Pharmaciens Pays de la Loire	Pays de la Loire
E7	MG en MSP	Pays de la Loire
E8	PO, membre de MSP	Pays de la Loire
E9	MG, directeur URML Pays de la Loire	Pays de la Loire
E10	Pharmacien en santé publique, membre de l'ARS Bretagne	Bretagne
E11	Chargé de mission à CPAM Vendée	Pays de la Loire
E12	Médecin conseil, CPAM Loire-Atlantique	Pays de la Loire
E13	PO	Pays de la Loire
E14	Directeur adjoint de "Direction de l'Appui à la Transformation et de l'Accompagnement" à ARS Pays de la Loire	Pays de la Loire
E15	Responsable du pôle des partenaires de santé à CPAM Mayenne	Pays de la Loire
E16	PO, professeur universitaire à Nancy et membre URPS Grand-Est	Grand-Est

2. Identification des dispositifs de collaboration en France

2.1. DISPOSITIFS D'ENVERGURE NATIONALE

Neuf dispositifs d'envergure nationale ont été identifiés, dont 1 était issu de la revue de littérature, 3 étaient issus des entretiens, et 5 apparaissent dans les deux. Les dispositifs détaillés sont les suivants :

- Pharmacien correspondant
- Entretiens pharmaceutiques
- Bilan partagé de médication (BPM)
- Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)
- Plan personnalisé de santé (PPS)
- Protocoles nationaux de coopération (PNC)
- Projet ETOPPIA
- Intervention pharmaceutique
- Groupes d'analyse de pratique / Groupes de pairs

2.1.1. Pharmacien correspondant

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Dispositif appliqué depuis 2021 .	(18)
Objectif	Déléguer une partie de la charge de travail du MG : réévaluation des posologies, reconduction des traitements.	(18-20)
Structuration	Le PO doit participer à la même structure d'exercice coordonnée que le MG du patient. Le pharmacien correspondant est désigné par le patient (via un formulaire CERFA).	(E11)
Description	Ce dispositif permet au PO de renouveler et adapter des traitements chroniques dans la limite d'un an avec accord du médecin traitant. Il ne s'agit pas d'une instauration ou d'un arrêt de traitement. Le protocole peut inclure un bilan de médication.	(E11) (18-20)
Financement	Chaque mission est rémunérée par l'assurance maladie pour le PO (maximum 500 euros/an, seulement les pharmacies exerçant dans les zones d'intervention prioritaire (ZIP) et les zones d'action complémentaire (ZAC)).	(E11)
Evaluation	Procédure administrative lourde, rémunération du PO sous condition de travailler dans une zone prioritaire. Dispositif critiqué par les MG : Les patients risquent de ne consulter leur MG qu'une fois par an et risquent donc d'ignorer les signes d'évolution de la maladie. Seul le PO désigné dans le protocole pourra réaliser la mission, pas de délégation possible ; ce qui nécessite une organisation spécifique. Pas de formation au rôle de pharmacien correspondant.	(20)

2.1.2. Entretiens pharmaceutiques

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Présentation du projet en 2012 par la convention nationale pharmaceutique, et initiation concrète depuis 2013 suite à la parution au Journal Officiel.	(18,21)
Objectif	Education thérapeutique, amélioration de l'observance et réduction des risques liés à l'iatrogénie médicamenteuse	(E12,18, 20, 21)
Patients Concernés	- Entretiens AVK ou AOD : Les patients concernés ont un traitement chronique par AVK ou AOD pour une durée supérieure ou égale à 6 mois - Entretiens traitement de l'asthme : Les patients concernées sont asthmatiques avec un traitement chronique par corticoïdes inhalés. - Entretien anticancéreux oraux : les patients concernés ont un traitement anticancéreux oral	(18,20,21)

Structuration	Déploiement sur l'ensemble du territoire français. Les patients concernés reçoivent un courrier d'information obligatoire de l'assurance maladie les informant de ce dispositif, accompagné d'un bulletin d'adhésion. Ils sont intégrés soit à leur propre demande auprès du PO de leur choix, soit à l'initiative du PO qui propose l'entretien pharmaceutique. Réalisation de 1 à 3 entretiens par an et par patient, puis le suivi peut s'étaler sur plusieurs années. Nécessité d'avoir un espace de confidentialité dédié à l'officine.	(18,20,21)
Description	Réalisation d'un entretien à l'officine entre le PO et le patient. Le PO interroge l'observance , et la connaissance du patient au sujet du traitement, dans un but d'éducation thérapeutique, en articulation avec le MG. Les entretiens durent une vingtaine de minutes. Avec l'accord du patient, le PO peut prendre contact avec le MG pour échanger sur le traitement en question.	(E12) (18-22)
Financement	Rémunération possible du PO sur objectif de santé publique (ROSP) par l'assurance maladie. C'est une forme de revenu soumise au respect de certains indicateurs, notamment l'un de ces indicateurs est d'exercer de façon coordonnée, donc appartenir à une association de professionnels (par exemple, CPTS, MSP, ESP). La rémunération du PO pour les entretiens pharmaceutiques est de 50 à 80 euros par an et par patient pour la première année d'accompagnement, puis de 20 à 30 euros par an pour les années suivantes. Le montant varie en fonction du type d'entretien réalisé (AVK/AOD, asthme...).	(18,20,22,23)
Evaluation	Pas d'évaluation disponible.	x

2.1.3. Bilan partagé de médication

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Dispositif mentionné initialement dans la loi HPST de 2009, puis dans la Convention nationale pharmaceutique de 2012. Depuis, actualisation régulière du BPM par plusieurs avenants publiés au Journal Officiel concernant la convention de 2012 : notamment sur la rémunération (avenant 11 en 2017), la mise en œuvre (avenant 12 paru en 2018), et les patients inclus (avenant 19 en 2020).	(24)
Objectif	Optimisation de la prise en charge thérapeutique d'un patient pour limiter les risques de iatrogénie médicamenteuse et améliorer l' observance .	(E4, E8, E15)(20,24)
Patients Concernés	Patients de plus de 65 ans polymédiqués dont l'ordonnance comporte au moins 5 molécules différentes à prendre au long cours. L'intégration au dispositif peut être élargie à la demande du MG ou du PO en cas de sortie d'hospitalisation ou de prescription de nouveau traitement, par exemple.	(E4, 45)
Structuration	Déploiement sur l' ensemble du territoire français . Le bilan de médication peut être réalisé sur prescription du MG, ou à la demande du PO . Les MG et les PO sont libres d'établir entre eux un protocole d'accord, permettant à leur échelle de formaliser la réalisation des BPM. Nécessité d'avoir un espace de confidentialité dédié à l'officine.	(18,24)
Description	Réalisation d'un premier entretien de recueil entre le PO et le patient, lors duquel le patient apporte son ordonnance, ses dernières analyses biologiques ainsi que les traitements hors prescription médicale. Une analyse détaillée du contenu de l'ordonnance est réalisée par le PO en prenant en compte l'ensemble des éléments et le profil du patient (évaluation de l'observance, identification des effets indésirables et des interactions médicamenteuses). Le PO rend par la suite un compte-rendu au MG avec d'éventuels conseils d'adaptation de traitement. Le MG reste le seul décideur final. Après échange entre PO et MG, un entretien-conseil est effectué avec le patient, toujours par le PO, permettant de faire une synthèse des éventuelles adaptations de traitement. Par la suite, des entretiens de suivi d'observance peuvent être réalisés.	(E4, E15)
Financement	Rémunération du PO à hauteur de 60 euros pour le bilan de médication initial , puis de 20 à 30 euros dans le cadre du suivi pour un patient.	(E4, E15)
Evaluation	Les BPM semblent avoir un effet sur la réduction de la polymédication. Mais une évaluation avec un haut niveau de preuve est encore difficile à réaliser du fait d'une hétérogénéité des pratiques.	(24)

2.1.4. Réunion de concertation pluridisciplinaire

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Démocratisation de la RCP en soins primaires depuis 2017 via le regroupement en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), suite à l'instauration de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) obligeant les MSP à rendre compte de leurs activités.	(E1, E7, E8)
Objectif	Favoriser les échanges entre professionnels et faciliter la prise en charge coordonnée des patients.	(E1, E7, E8, E12)
Patients Concernés	Tout patient dont la prise en charge est jugée complexe par les professionnels de santé.	(E1, E2, E7, E8)
Structuration	La RCP est inscrite au cahier des charges d'une MSP . Elle a lieu en général de façon mensuelle, mais chaque MSP est libre d'établir sa propre organisation. L'ensemble des professionnels de santé faisant partie de la MSP est convié pour y participer. La RCP se déroule dans une salle de réunion dédiée, qui peut appartenir aux locaux de la MSP. Cependant, une RCP peut aussi être organisée par un ensemble de professionnels exerçant sur un même territoire sans être forcément regroupés en MSP. Ce dispositif est notamment repris par les ESP CLAP développés en Pays de la Loire. L'organisation des RCP semble assez hétérogène .	(E1, E2, E7, E8) (18)
Description	Une situation de prise en charge complexe d'un patient est présentée à l'ensemble du groupe, permettant des échanges et d'éventuelles pistes d'amélioration de la prise en charge . Selon les situations et les équipes pluriprofessionnelles, le patient peut parfois être également convié à la RCP le concernant, ou à défaut son représentant légal.	(E1, E2, E7, E8)
Financement	Il n'y a pas de rémunération individuelle. Le financement de cette activité est intégré au montant versé à la MSP par la CPAM.	(E1)
Evaluation	Nous n'avons eu accès à aucun rapport d'évaluation de RCP. Cependant, les RCP sont évaluées sur 3 critères : - La pertinence des classements (entre simple présentation de cas et demande de discussion). - L'adéquation entre décisions et recommandations. - La concordance entre le traitement recommandé et le traitement réellement délivré.	(25)

2.1.5. Le plan personnalisé de santé

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Projet élaboré par l'HAS en 2012, initialement appelé Parcours de soins personnalisés. Bien que revisité en 2013, c'est en 2014 que son utilisation prend de l'ampleur car il devient un élément central du dispositif PAERPA . À ce titre, l'HAS a diffusé des aides et modèles de PPS, facilitant son utilisation.	(E2)(26)
Objectif	Le but premier du PPS est de simplifier et d'organiser le parcours de soins en mobilisant les différents professionnels.	E2, (27)
Patients Concernés	Tout patient dont la prise en charge est jugée complexe par les professionnels de santé concernés. Dans le cadre particulier de PAERPA, le PPS s'adressait à des personnes de 75 ans et plus en situation de fragilité.	E2
Structuration	Le PPS peut être élaboré au cours d'une RCP, au sein d'une équipe de soins primaires, par les professionnels concernés dont font partie le MG et le PO. L' un des professionnels est désigné référént du PPS. Par défaut ce professionnel est le MG, le MG est un élément central du PPS car aucun PPS ne peut se tenir sans MG. Le PPS fait suite à une évaluation approfondie de la situation du patient, prenant en compte les dimensions médicales, psychologiques et sociales. Un PPS est donc obligatoirement précédé par une évaluation et fait suite à une action/prise en charge . Une réévaluation est ensuite nécessaire afin de déterminer l'efficacité de l'intervention.	(26)
Description	Selon l'HAS, le PPS s'organise autour de dix points clefs : 1. Désigner un référént du PPS 2. Identifier les situations à problème sur la base d'une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne 3. Prioriser les situations où une intervention est à la fois nécessaire et possible 4. Recueillir les préférences et attentes du patient, et en tenir compte 5. Négocier des objectifs communs avec le patient 6. Planifier des interventions pour atteindre ces objectifs 7. Désigner des effecteurs chargés de la réalisation de ces interventions 8. Déterminer des critères permettant d'évaluer les processus et les résultats 9. Fixer des dates de révision des interventions 10. Organiser des procédures d'alerte en cas de problème intercurrent ou de difficultés dans l'exécution du PPS Une fois le PPS mis en place, ce dernier peut utiliser d'autres outils tels que ; des outils de communication entre les professionnels concernés (PAACO Globule en Nouvelle Aquitaine), des bilans partagés de médication.	(26,28)

Financement	Les PPS n'ont pas fait l'objet d'une rémunération dès leur mise en place. Les sources les plus anciennes évoquant une rémunération datent de 2017, souvent dans le cadre de l'extension du dispositif PAERPA . Cette rémunération est de 100 euros à diviser entre les différents intervenants. La facturation est individuelle sauf dans le cadre d'une MSP où l'acte est remboursé intégralement à la MSP qui répartit ensuite l'enveloppe selon des décisions internes. Tous les PPS sont financés par la CPAM .	(29)
Evaluation	Outre l'évaluation interne au PPS (évaluation de l'efficacité pour chaque patient), ou l'évaluation du protocole PAERPA nous n'avons pas d'information concernant une potentielle évaluation généralisée et centralisée des PPS.	x

2.1.6. Protocoles nationaux de coopération

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Élaboration initiale de protocoles en 2018 par des équipes pluriprofessionnelles du département de l'Ain avec le soutien d'AVECSanté, puis reconnaissance nationale par l'HAS suite à la parution des arrêtés nationaux au Journal Officiel du 6 mars 2020, et dernière actualisation datant du 10 septembre 2020. Il existe 6 protocoles dont 4 concernent les MG et les PO .	(E4, E11)
Objectif	Améliorer l'accès aux soins pour les soins non programmés et favoriser la coopération interprofessionnelle.	(E4, E6, E11, E12) (30)
Patients Concernés	Les critères d'inclusion et d'exclusion sont différents selon les protocoles.	(E4, E6, E11, E12) (30)
Structuration	Le projet des protocoles nationaux de coopération est piloté par le Comité national des coopérations interprofessionnelles (CNCI) qui fournit la liste des protocoles autorisés aux professionnels. L'utilisation des PNC est réservée aux professionnels regroupés dans une MSP adhérente à l'ACI ou au Centre de Santé (CDS) soumis à un accord national . Ces structures ont l'obligation de faire une déclaration auprès de leur ARS pour pouvoir mettre en pratique un PNC. La mise en place des PNC est ensuite sous la responsabilité de la structure de soins, celle-ci peut mettre en place des temps de formation des professionnels à l'utilisation des PNC. Le MG généraliste déléguant doit mettre à disposition du PO des prescriptions préétablies par le PNC, permettant à celui-ci d'assurer à la fois la prescription et la délivrance du traitement concerné au patient. La description de chacun des PNC est disponible sur le site internet de legifrance.gouv.fr où l'on retrouve les fiches de projets, les algorithmes, ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion aux PNC. Il n'y a pour le moment pas de durée définie limitant leur mise en place, celle-ci sera dépendante des évaluations rendues.	(E4) (30)

Activités	Délégation de tâche entre le MG et le PO selon 4 protocoles établis : - Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans - Prise en charge de l'odynophagie - Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans - Prise en charge chez l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse	(E4, E6, E11, E12) (30)
Description	Un patient peut être inclus aux PNC : lors de la prise de rendez-vous dans la structure de soins, s'il présente un des motifs inclus dans les PNC, dans ce cas l'intégration au protocole lui est proposée ; ou en se présentant directement à l'officine. Après accord du patient, c'est le PO délégué qui effectue l'analyse clinique et selon les critères d'inclusion et d'exclusion, le PO peut utiliser une des prescriptions préétablies ou réorienter vers le MG si nécessaire.	(E4) (30)
Financement	La rémunération est versée par la CPAM à la structure de soins sous forme de forfait d'un montant de 25 euros par patient inclus dans le PNC. Ce montant est ensuite partagé librement au sein de la MSP entre les professionnels impliqués. Cette rémunération forfaitaire inclut : le temps de consultation à l'officine par le PO, l'éventuelle consultation avec le MG, les temps de coordination interprofessionnelle et de formation aux PNC. En cas d'exclusion d'un patient du protocole, il n'y a pas de facturation possible.	(E4)
Evaluation	Les équipes pluriprofessionnelles utilisant des PNC doivent transmettre annuellement certaines informations au CNCI leur permettant d'évaluer ce dispositif.	(E4)

2.1.7. Projet ETOPPIA

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Mis en place par l' Université Santé d'Angers en collaboration avec l'URPS des PO en 2013 . La MSP de Cantenay Epinard a décidé de poursuivre cette action en 2021 et d'impliquer les MG, pharmaciens et diététiciennes.	(E1)(31,32)
Objectif	Prévenir la récurrence des infarctus du myocarde et autonomiser les patients dans la prise en charge de leur maladie.	(E1)(31)
Patients Concernés	Tous les patients ayant eu un infarctus du myocarde ou syndrome coronarien aigu.	(E1)(31)
Structuration	Mis en place à la MSP de Cantenay Epinard. Les entretiens et séances ont lieu au cabinet médical et sont animés par des professionnels de la MSP formés à l'ETP soit : 2 MG, 1 pharmacienne, 1 diététicienne. Pour une des séances un membre extérieur à la MSP est recruté, il s'agit d'un enseignant en Activité Physique Adapté (APA).	(E1) (32)
Description	Le recrutement des patients est réalisé par les MG. Après accord du patient, celui-ci est inclus au dispositif. Premièrement, un premier entretien individuel est proposé : c'est le diagnostic éducatif . Par la suite, des séances collectives sont organisées, au cours desquelles des sujets tels que l'apprentissage de sa maladie, la gestion de son alimentation, de ses traitements et de l'anxiété sont abordés. Enfin, il est de plus proposé des séances de marche sportive.	(E1)(31)
Financement	L'ARS a attribué initialement en 2013 une subvention de 37 000 euros à l'URPS dans le cadre du budget FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins).	(31)
Evaluation	A la MSP de Cantenay Epinard : 4 patients ont été recrutés. Un questionnaire de satisfaction a été distribué à la fin des 7 séances. Le retour serait très positif.	(E1)

2.1.8. Intervention pharmaceutique

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Concept introduit au début des années 2000 à l'échelle nationale.	(20)
Objectif	Résolution des problèmes associés à la gestion thérapeutique d'un patient spécifique.	(20)
Description	C'est un avis motivé édité par le PO , portant sur la pertinence pharmaceutique d'une ordonnance, d'un test ou d'une demande du patient. Il doit être impérativement communiqué au MG , qui est appelé à se prononcer sur cet avis (acceptation ou refus avec justification). Le PO peut refuser la délivrance d'un traitement en passant par ce biais.	(20)
Financement	Des nouveaux honoraires pour le PO seraient en cours de négociation avec les syndicats pour cet acte. (2023)	(33)
Evaluation	Nous n'avons pas trouvé d'évaluations pertinentes de ce dispositif.	x

2.1.9. Groupe d'analyse de pratique ou groupe de pairs

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Ce dispositif a été créé en 1987 et labellisé par la SFMG (Société Française de Médecine Générale). Il a par la suite été reconnu et encadré par l'HAS dès 2006. <i>*Aussi appelés groupe de qualité ou groupe d'analyse de pratique entre pairs.</i>	(E4)(E9)
Objectif	Former les différents professionnels participants et s'accorder sur une prise en charge commune et coordonnée.	(E4)(E9)
Structuration	Ils sont organisés en moyenne 6 à 12 fois par an sur des problématiques précises et déterminées en avance . Six de ces problématiques sont imposées par des URPS. Les invitations se font par mail.	(E4)(E9)

Description	Les séances durent environ 2h et se découpent en 3 temps : <i>1er temps</i> : Etude de cas cliniques qui se veut réflexive et interactive. Ce sont des cas cliniques réels tirés aléatoirement dans un dossier médical servant de support aux réflexions. Chaque professionnel expose à tour de rôle sa prise en charge suivant une grille préétablie. L'organisateur rappelle à la fin de chaque cas les problèmes soulevés et structure les questions ou échanges. <i>2nd temps</i> : Analyse du parcours et coordination des soins. Vise à améliorer les protocoles et procédures de soins et l'efficacité du système de santé local. <i>3ème temps</i> : Temps libre laissé pour chaque groupe selon leur fonctionnement. Peut être lié à des audits sur des sujets précis, des présentations bibliographiques etc... Ces groupes limitent généralement le nombre de participants pour faciliter les échanges (une dizaine de praticiens). Un secrétaire note un compte rendu de la séance.	(E4)(E9)
Financement	Les sujets imposés sont financés par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Les réunions étant initialement prévues pour les MG, eux seuls sont rémunérés (à hauteur de 100e/réunion). Les autres professionnels de santé ne sont pas rémunérés. Une rémunération complémentaire peut faire suite à un acte découlant du groupe de qualité mais ne concerne pas directement ce dispositif. Par exemple en cas de rédaction d'un PPS ou d'un protocole de coopération suite à une réunion de pairs. Le professionnel sera alors indemnisé pour cet acte uniquement.	(E4)(E9)
Evaluation	Il existe dans ce dispositif une évaluation extérieure organisée par QUALIMED qui porte sur le travail et la production de groupe. Cette évaluation peut se baser sur les grilles remplies par les MG ou le compte rendu. Une évaluation sur site est également possible. Il est important de noter que de nombreux projets similaires peuvent avoir vu le jour mais dont les modalités varient selon le contexte. Les modalités de recrutement des participants, le lieu où prend place la réunion, la durée de ces dernières, le nombre de participants peuvent varier.	(E4)

2.2. DISPOSITIFS EXPÉRIMENTAUX AVEC SOUTIEN NATIONAL

Huit dispositifs expérimentaux avec soutien national ont été identifiés, dont 2 étaient issus de la revue de littérature, et 6 étaient issus des entretiens. Parmi ces dispositifs, 5 sont des projets d'expérimentation article 51. Les dispositifs détaillés sont les suivants :

- Protocole ESPREC
- Campagne de dépistage DIA-DEP
- Réseau des correspondants
- Projets article 51 :
 - OCTAVE
 - OSYS
 - PAERPA
 - IATROPREV
 - SP-A Depress.

2.2.1. Protocole ESPREC

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Projet élaboré par la Fédération française des maisons et pôles de santé en collaboration avec la Fédération nationale des centres de santé (FNCS) et l'Union nationale des réseaux de santé (UNR). Protocole approuvé par l'HAS en 2012 , c'est un projet expérimental ; clôturé en décembre 2014 .	(18)
Objectif	Organiser et améliorer le suivi de patient	(18)
Patients Concernés	Les patients doivent être porteur d'une pathologie chronique : - Patients atteints d'un diabète de type 2 et présentant deux HbA1c consécutives espacées de trois mois supérieurs à 8 %, une aggravation ou la survenue d'une complication depuis un an - Patients atteints des pathologies cardiovasculaires suivantes : - o Hypertension artérielle sévère nécessitant au moins une trithérapie - o Hypertension artérielle compliquée de myocardiopathie ou d'insuffisance cardiaque - o Hypertension artérielle associée avec trois facteurs de risque cardiovasculaire - Personne âgée fragile selon une échelle gériatrie <i>Short emergency geriatric assesment</i> (SEGA).	(18)
Structuration	Organisation de suivi de cas complexes pendant 1 an par une équipe pluriprofessionnelle de premier recours, obligatoirement constituée d'un MG, d'un PO et d'un infirmier. Un des professionnels est désigné comme référent pour chaque patient.	(18)
Description	Le patient est inclus dans le protocole avec son accord. Une première réunion a lieu entre les acteurs de santé pour définir les objectifs de suivi du patient, puis un suivi renforcé est mis en place avec organisation de consultations et/ou contacts téléphoniques réguliers environ une à deux fois par mois par le professionnel référent. Au cours de l'année, une seconde réunion a lieu pour réadapter les objectifs et le suivi si nécessaire.	(18)
Financement	Un montant forfaitaire de 250 euros par patient était versé à l'équipe par la Sécurité Sociale , qui se charge de la répartition entre les acteurs, ainsi qu'un forfait de 1000 euros versé aux MSP pour la formation des professionnels. Le financement du projet s'est fait sur les dotations prévues dans le cadre de l'ENMR, un fond finançant des méthodes de rémunérations alternatives et expérimentales au paiement à l'acte.	(18)
Evaluation	Un questionnaire d'évaluation était prévu à la fin du projet avec évaluation de certains indicateurs de suivi et évaluation de la satisfaction du patient. L'évaluation du dispositif ESPREC dans sa globalité devait se faire au terme de l'expérimentation par un groupe de chefs de cliniques en collaboration avec le Fayr GP	(34)

	(French Association of Young Researchers in General Practice). Cependant, aucun rapport d'évaluation n'a été trouvé et il est supposé que le projet ESPREC ait laissé sa place au projet PAERPA.	
--	--	--

2.2.2. Campagne de dépistage du diabète de type 2 par le pharmacien : DIA-DEP

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Plusieurs campagnes de dépistages ont été menées dans la région Grand-Est, dont la première en 2017 et la seconde réalisée du 15 octobre 2019 au 15 février 2020. Actuellement, se déroule la 3e campagne de dépistage prévue pour s'étendre du 14 novembre 2022 au 14 juin 2024.	(35,36)
Objectif	Optimiser le diagnostic précoce de diabète de type 2	(35)
Patient Concerné	Patient de plus de 35 ans ayant un IMC > 25 kg/m ² , non diabétique connu	(35)
Structuration	Ce protocole de dépistage du diabète de type II est mis en place sur la base du volontariat dans les officines du territoire de la région Grand-Est et est soutenu par les URPS des médecins et des pharmaciens, ainsi que par l'ARS de la région du Grand Est. En amont de la participation au dispositif, chaque PO est amené à participer à un webinaire de présentation/formation.	(35)
Description	Identification par le PO des patients à risque de diabète via le questionnaire FINDRISC , avec l'accord du patient. Si le score est en faveur d'un risque de diabète, le PO peut réaliser un test de glycémie capillaire . Si celui-ci est anormal, il peut directement fournir une ordonnance pour que le patient réalise une glycémie veineuse. Les résultats sont envoyés au médecin traitant qui s'assurera de la suite de la prise en charge (traitement du diabète, éducation thérapeutique...). Tout au long de l'entretien avec le patient, le PO doit remplir un formulaire pour chaque patient qui est ensuite envoyé en ligne à l'ARS, qui récapitule les informations recueillies.	(35,36)
Financement	Pas de notion de rémunérations spécifiques sur les deux premières campagnes. La 3e campagne prévoit une rémunération du PO à hauteur de 80 euros pour la participation au webinaire , ainsi qu'une rémunération de 10 euros par formulaire-patient rempli en ligne.	(35,36)
Evaluation	Des évaluations ont été systématiquement prévues à l'issue de chaque campagne : - Concernant la première édition en 2017 : Sur les 1937 patients dépistés, 261 avaient un résultat de glycémie capillaire anormale. Seulement 39 par la suite sont allés voir leur médecin traitant pour une confirmation/infirmation du diagnostic par bilan biologique. - Concernant la deuxième édition : proposition d'amélioration du dispositif (ordonnance de glycémie veineuse directement fournie par le PO si glycémie capillaire anormale).	(35,36)

	De façon générale, les points à améliorer étaient : - Alléger le protocole pour un dépistage plus pérenne - Manque de communication sur l'évènement. Les points positifs ressortis sont : - Ce dispositif permet à une grande partie de la population d'être dépistée - L'amélioration de la communication MG-PO était soulignée. Les résultats d'évaluation pour la 3e campagne ne sont pas encore disponibles.	
--	---	--

2.2.3. Réseau des correspondants

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Un dispositif expérimental à l'échelle nationale à l'initiative de 4 partenaires (ANSM, Collège de la médecine générale (CMG), Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF) et l'Union de syndicats de PO (USPO)) débuté en juin 2022 pour une durée de 3 ans.	(E16)
Objectif	Enrichir les réflexions des experts de l'ANSM à partir d'expériences de terrain apportées par chaque binôme (pratiques, difficultés rencontrées...).	(E16)
Structuration	Il regroupe 50 binômes PO - MG travaillant sur un même territoire	(E16)
Description	Diffuser de courtes enquêtes à l'ensemble des binômes du réseau des correspondants. Le thème et les questions sont décidés en concertation entre les 4 partenaires (ex: Bon usage des fluoroquinolones). Chaque binôme doit remplir une déclaration de lien d'intérêt.	(E16)
Financement	Une rémunération est a priori prévue mais notre interlocuteur ne connaît pas encore les modalités.	(E16)
Evaluation	A l'heure actuelle, le PO du binôme interrogé n'a reçu qu'une seule question. Elle portait sur l'usage des fluoroquinolones. Il a donc relancé l'ANSM lors du dernier congrès de la médecine, toujours en attente d'une nouvelle question.	(E16)

2.2.4. Articles 51

L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2018 est une procédure permettant d'expérimenter de nouvelles organisations et de nouveaux modes de financement en santé. Il vise à soutenir l'innovation dans le système de santé français et à améliorer la qualité des soins (E11)(37).

Pour être éligible à l'article 51, un projet doit répondre à deux conditions :

- Il doit s'inscrire dans l'une des trois catégories suivantes :
 - Modes de financements innovants : par exemple, l'expérimentation d'un nouveau modèle de rémunération des professionnels de santé, ou l'utilisation de nouvelles technologies pour financer les soins.
 - Organisations innovantes : par exemple, la mise en place d'un parcours de soins coordonné entre plusieurs professionnels de santé, ou l'expérimentation d'une nouvelle forme de prise en charge des patients.
 - Pertinence des produits de santé : par exemple, l'évaluation de l'efficacité et de l'utilité d'un nouveau médicament ou d'un nouveau dispositif médical.
- Il doit avoir un impact potentiel sur l'amélioration de la qualité, de l'efficacité ou de l'efficience du système de santé.

Le parcours d'un projet d'expérimentation article 51 se déroule en plusieurs étapes (37):

1. Préparation du projet : le porteur de projet doit rédiger et envoyer au ministère de la santé et de la prévention, une lettre d'intention qui décrit la nature et les objectifs de l'expérimentation. Il doit également constituer un dossier de candidature qui comprend un cahier des charges détaillé, un budget et un plan de communication.
2. Validation de l'expérimentation : la lettre d'intention et le dossier de candidature sont examinés par un comité technique composé d'experts du système de santé. Si le projet est validé, il est transmis à l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour approbation.
3. Mise en œuvre de l'expérimentation : le porteur de projet met en œuvre l'expérimentation dans un territoire donné. Il est chargé de collecter les données nécessaires à l'évaluation du projet.
4. Évaluation de l'expérimentation : à l'issue de l'expérimentation, le porteur de projet rédige un rapport d'évaluation qui présente les résultats de l'expérimentation. Ce rapport est transmis à l'ARS et au comité technique.

Financement : Le Fonds pour l'Innovation du Système de Santé (FISS) et le Fond d'Intervention Régional (FIR) sont les deux sources de financement d'un projet d'expérimentation article 51 par l'assurance maladie. Elles sont versées en fonction du cahier des charges initialement validé.

a) OCTAVE

Caractéristiques	Données	Sources
Création	L'expérimentation a été lancée en juillet 2020 et se déroule sur trois ans. Elle est coordonnée par l'Agence régionale de santé (ARS) des Pays de la Loire et la Fédération des Unions régionales des professionnels de santé (URPS) et Pharmaciens de Pays de la Loire et Bretagne.	(E9)(E11)(38)
Objectif	Lutter contre l' iatrogénie médicamenteuse et les risques liés à la polymédication chez les sujets âgés, sécuriser l' accompagnement médicamenteux .	(E9)(E11)
Patients Concernés	Patients âgés de 65 ans (et plus) et pris en charge pour une intervention chirurgicale programmée.	(E9)(E11)
Structuration	L'organisation du projet s'étend sur l'ensemble du parcours du patient, de la planification de son hospitalisation à sa sortie. Cette organisation repose sur une collaboration étroite entre les professionnels de santé, qui partagent des informations sur la prise en charge médicamenteuse du patient, via des outils numériques sécurisés. Ces informations sont partagées à toutes les étapes du parcours, y compris en amont et en aval de l'hospitalisation.	(E9)(E11)
Description	1. Inclusion du patient : Le patient est adressé dans l'établissement de santé par son médecin traitant. 2. Bilan médicamenteux : Le PO réalise un bilan médicamenteux du patient, afin d'identifier les risques d'interactions médicamenteuses ou d'allergies. 3. Coordination des soins : Le PO partage les résultats du bilan médicamenteux avec le médecin traitant et l'établissement de santé, afin de garantir une prise en charge médicamenteuse cohérente. 4. Arrêt des médicaments à risque : Le médecin traitant et le PO peuvent décider d'arrêter certains médicaments du patient, en fonction des risques identifiés. 5. Suivi du patient : Le PO assure le suivi du patient avant, pendant et après l'hospitalisation. Il vérifie la bonne prise en charge médicamenteuse du patient et alerte les professionnels de santé en cas de problème.	(E9)(E11)(38)

Financement	Il est assuré par le Fonds d'Innovation du Système de Santé (FISS) complété par le Fond d'Intervention Régional (FIR).	(E9)(E11)
Evaluation	L'évaluation du projet OCTAVE repose sur une approche globale, intégrant des études de différentes natures, réalisées tout au long de la mise en œuvre du projet. Les objectifs de l'évaluation sont de : - S'assurer que l'action a été bien mise en œuvre - Évaluer l'impact du projet sur les déterminants visés - Évaluer l'impact du projet sur les résultats attendus Les indicateurs utilisés pour l'évaluation comprennent : - Des indicateurs de moyens, tels que le nombre de professionnels de santé équipés, le nombre d'établissements de santé connectés, le nombre de professionnels de santé libéraux formés - Des indicateurs de processus, tels que la fréquence des échanges d'informations entre professionnels de santé - Des indicateurs de résultats, tels que les taux de consultation aux urgences, de réhospitalisation, de mortalité à 30 jours L'évaluation du projet OCTAVE permettra de déterminer son impact réel sur la sécurisation de la prise en charge thérapeutique des patients, la traçabilité des informations de la prise en charge médicamenteuse, la participation des usagers, la satisfaction des patients et des professionnels de santé, ainsi que les coûts et bénéfices du projet pour les différents partenaires.	(E9)(E11)(38)

b) OSYS

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Expérimentation créée en 2021 et portée par l'Agence régionale de santé (ARS) Bretagne, en partenariat avec l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) des médecins libéraux de Bretagne et l'URPS des pharmaciens d'officine de Bretagne. Elle s'est déroulée en deux phases : la première de janvier 2021 à 2023, puis la deuxième de janvier 2023 à janvier 2024.	(E11)
Objectif	Apporter une réponse en matière de gestion des affections bénignes lorsque l'accès à un MG est difficile. Désengorger les urgences , soulager les MG en zone de sous-densité médicale. Encadrer, sécuriser et homogénéiser la pratique des PO.	(E6)(E10) (E11)
Patients Concernés	Patient se présentant à l'officine et présentant des symptômes pouvant répondre aux critères des protocoles prédéfinis.	(39)
Structuration	74 pharmacies bretonnes sont impliquées dans l'expérimentation. Réalisation en collaboration MG, PO d'arbres décisionnels permettant la prise en charge de pathologie bénigne. - En phase 1 : 13 pathologies initialement - En phase 2 : expérimentation recentrée sur 6 pathologies à savoir les plaies simples, les piqûres de tiques, les cystites, les brûlures du 1er degré, les douleurs pharyngées et les conjonctivites. Tous les pharmaciens sont formés préalablement.	(E6)(E1) (E11)(39)
Description	Application par le PO des situations de triage selon les protocoles définis pour chaque pathologie : - Soit prise en charge à l'officine avec prescription par le PO - Soit orientation vers médecin traitant - Soit orientation vers les services d'urgences	(E6)(E10) (E11)
Financement	Il est assuré par le Fonds d'innovation du système de santé (FISS) complété par le Fond d'intervention régional (FIR). Le financement de cette expérimentation se fait sur un modèle forfaitaire de 12,50 € par triage .	(E6)(E10) (E11)(39)
Evaluation	A la suite de l'évaluation phase 1, certaines modifications du cahier des charges ont été réalisées : - Expérimentation recentrée sur 6 pathologies les plus pertinentes pour améliorer leur arbre de triage et faciliter leurs inclusions dans les pharmacies - Renforcement du plan de communication à destination des médecins et des patients car inclusion en dessous des attentes. - Adaptation de la rémunération du PO à 12,50 € / triage au lieu de 15 €, car le dispositif représentait un surcoût global de 22% à l'assurance maladie	(39)

c) PAERPA

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Mis en place en 2014 (à la suite du protocole ESPREC) sur 9 territoires pilotes, il s'est étendu dès 2016 sur l'ensemble du territoire Français. L'expérimentation s'est terminée en 2019 sans interruption du projet.	(E4), (E14) (40)
Objectif	Réorganiser les parcours de santé des 75 ans et plus pour : - Renforcer le maintien à domicile - Améliorer la coordination des interventions et intervenants - Sécuriser la sortie de l'hôpital - Eviter les hospitalisations inutiles - Mieux utiliser les médicaments	(E4), (E14)
Patients Concernés	Patients âgés de 75 ans et plus dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social.	(E4), (E14)
Structuration	PAERPA est un projet impliquant l'intégralité des acteurs de santé du territoire. Ces professionnels, suite à un engagement conventionnel, seront dirigés par leur ARS et d'autres acteurs tels que l'assurance maladie, les URPS et autres acteurs locaux. Cette gouvernance, visant à l'application d'un cahier des charges précis. Pour faciliter la communication, l'ARS nomme un chef de projet qui sera l'intermédiaire entre les professionnels de terrain et les instances décisionnaires.	
Description	Le MG a la charge de former une Coordination Clinique de Proximité (CCP) qui est une équipe de soins de proximité regroupant les principaux acteurs du soins primaire (MG, PO, infirmier et un autre acteur tel que le kinésithérapeute par exemple). Ce noyau de professionnel doit ensuite s'entourer d'acteurs sanitaires et sociaux regroupées dans les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) qui ont pour mission d'épauler les groupes de coordination de soins en leur fournissant des réponses et des solutions à la prise en charge de leurs patients. Lorsqu'un patient entre dans la boucle de prise en charge, sur identification des principaux facteurs d'hospitalisation (iatrogénie, chute, dépression, dénutrition), il bénéficie de la réalisation d'un Plan personnalisé de santé (PPS). C'est ce PPS rédigé par le CCP qui détermine la marche à suivre. Il peut porter sur des aides, des soins, des entretiens thérapeutiques ou de la revue de médication voire de l'éducation thérapeutique. Le protocole PAERPA s'adresse également aux établissements de santé (hospitaliers, EHPAD) et cible dans ce cadre la transmission d'information afin de faciliter les transitions (ville-hôpital, hôpital-ville, EHPAD-hôpital). On y recommande l'utilisation de messagerie sécurisée, du DMP, des services d'orientation voire de la télémédecine.	(E4), (E14) (40)

Financement	Le financement passe par la réalisation d'actes déjà rémunérés tels que la revue de médication ou le PPS . Elle passe donc par l'assurance maladie. Dans les territoires pilotes, des dispositifs novateurs complémentaires peuvent être mis en place et bénéficier, à l'instar des articles 51, d'un financement de la part du FIR (Fond d'Intervention Régionale). Le projet aurait coûté 19 millions d'euros par an au FIR.	(E4, E14)
Evaluation	L'évaluation nationale du projet PAERPA, présidée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) comporte trois objectifs principaux : - Suivre le déploiement des projets dès 2014. - Comprendre les facteurs de succès et d'échec de la généralisation en 2016. - Mesurer l'impact des dispositifs sur la qualité de vie et les coûts de prise en charge des patients, principalement sur les territoires pilotes. Les essais ont démontré une influence modeste mais notable dans la réduction des risques d'iatrogénie médicamenteuse et des visites aux urgences, cependant, ils ne semblent pas avoir un impact sur les hospitalisations des personnes âgées.	(E4, E14)(41)

d) IATROPREV

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Expérimentation créée en 2021 par les CHU Amiens-Picardie et Lille, en collaboration avec les URPS Médecins libéraux et Pharmaciens des Hauts-de-France. Elle est soutenue par l'ARS Hauts-de-France et la CNAM.	(E11),(E9)
Objectif	Réduire l'iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées	(E11), (E9)
Patients Concernés	Personnes âgées de 75 ans et plus et polymédiquées (10 molécules)	(E11), (E9)
Description	Le parcours se déroule en plusieurs étapes : - Repérage de patient : Les patients à risque sont repérés par les professionnels de santé hospitaliers ou libéraux. - Réévaluation thérapeutique : Une équipe pluridisciplinaire hospitalière (MG, PO, infirmiers, ...) réalise une réévaluation de la prescription médicamenteuse du patient. Cette réévaluation est basée sur des critères tels que l'utilité, l'efficacité, la sécurité, et la cohérence de la prescription et est transmise par messagerie sécurisée au MG et PO. - Réunion de concertation pluridisciplinaire ville – hôpital (RCP) : Une RCP est organisée entre l'équipe	(E11), (E9)

	hospitalière, le MG et le PO pour discuter de la prise en charge du patient et de la validation des propositions de modification de la prescription. - Suivi du patient : Des bilans de médication partagés et des entretiens d'observance sont réalisés par les professionnels de ville, qui s'assurent de la mise en œuvre des recommandations de la RCP.	
Financement	Il est assuré par le Fonds d'innovation du système de santé (FISS) complété par le Fond d'intervention régional (FIR). Total du forfait d'optimisation médicamenteuse : 350€ au total dont 200€ pour la composante hôpital, 100€ pour la ville et 50€ pour la coordination	(E11), (E9) (42)
Evaluation	L'évaluation du projet IATROPREV vise à mesurer son impact sur la prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées. Les indicateurs utilisés pour l'évaluation sont des indicateurs indirects d'efficacité, associés à un meilleur devenir des patients. Ces indicateurs comprennent : - Le taux de prescriptions inappropriées - Le taux d'hospitalisation pour fracture - Le taux de passage aux urgences Ces indicateurs seront comparés avant et après l'expérimentation. De plus, les modalités de suivi des recommandations de traitement comprendront le recueil de données prospectives et/ou rétrospectives dans le cadre de thèses d'exercice en médecine et en pharmacie. Ces travaux croiseront des données quantitatives et qualitatives pour explorer les raisons de suivi ou non de ces recommandations.	(E11),(E9) (42)

e) SP-A Depress

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Expérimentation créée en 2020 par le service de psychiatrie du CHU d'Angers et développée en collaboration avec deux Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) situées en Mayenne et en périphérie d'Angers.	(E11)
Objectif	- Améliorer le diagnostic, la prise en charge des épisodes dépressifs ainsi que l'information des patients et/ou des familles sur cette maladie et son traitement. - Faciliter la coordination des professionnels de santé engagés dans la prise en charge de la dépression.	(E11)
Patients Concernés	- Patient présentant un syndrome dépressif sévère à modéré avec antécédent et/ou tentative de suicide. - Patient présentant une dépression légère à modérée sans antécédent.	(E11)
Structuration	Collaboration entre professionnels de santé des MSP (MG, PO principalement...), les psychiatres du CHU d'Angers et les autres professionnels impliqués dans la prise en charge de la dépression	(E11)
Description	Prise en charge de la dépression par les professionnels des soins primaires dans le cadre d'un parcours de soins coordonné. - Formation par les psychiatres au préalable de tous les professionnels du parcours de soins concernés (MG, PO, IDE...). - Identification du syndrome dépressif par le médecin généraliste au cabinet, puis évaluation de son intensité, qui détermine ou non la prescription d'un traitement et l'envoi d'un courrier au PO. - Entretien pharmaceutique lors de la première délivrance afin d'expliquer les traitements - Consultation répétée avec le MG selon un protocole défini sur une durée de 8 mois et selon l'intensité de la dépression. - Le patient peut être amené à consulter selon ses besoins : une infirmière de psychiatrie, un psychiatre ou neuropsychologue. Les délais de consultation par l'intermédiaire de ce parcours de soins peuvent être réduits.	(E11)(43)
Financement	Il est assuré par le Fonds d'innovation du système de santé (FISS) complété par le Fond d'intervention régional (FIR) Budget attribué pour chaque patient en fonction de l'intensité de la dépression - 700€, dépression légère et modérée sans antécédent - 1220€, dépression modérée avec antécédents ou sévère	(E11)(43)

Evaluation	Différents indicateurs sont proposés : - Les indicateurs d'activités pour évaluer la répartition du forfait et au suivi du coût global. - Les indicateurs d'impacts pour évaluer l'efficacité de la prise en charge des patients dépressifs dans cette expérimentation. - Les indicateurs de résultats.	(E11)(43)
------------	--	-----------

2.3. DISPOSITIFS DE DÉPLOIEMENT D'INITIATIVE LOCAL SANS PERSPECTIVE DE GÉNÉRALISATION NATIONALE

Dans cette partie, 13 dispositifs ont été identifiés, dont 5 étaient issus de la revue de littérature, 7 étaient issus uniquement des entretiens, et 1 apparaissait dans les deux.

Les dispositifs détaillés sont les suivants :

- DROMARDIAB
- Protocole d'adaptation des doses d'AVK
- Vaccination officinale
- Réseau pluridisciplinaire Millesoins
- Cercles de qualité
- Protocole de coordination de révision des ordonnances des patients âgés polypathologiques
- Protocoles de prise en charge des cystites hors cadre d'exercice coordonné
- ESP-CLAP
- Protocoles établis en exercice coordonné :
 - o Prise en charge des patients sous AVK, des plaies chroniques, de la non-observance (intégrés aux ESP-CLAP)
 - o Prise en charge des patients hypertendus
- Réunion Prescrire.

2.3.1. DROMARDIAB

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Créé en 2003 par l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) médecins libéraux Auvergne-Rhône-Alpes en partenariat avec l'Agence régionale de santé (ARS). Les premières inclusions de patients ont été faites en 2005.	(44)
Objectif	Réduire la gravité des complications des diabètes de type I et de type II.	(44)
Patients Concernés	Personnes présentant un diabète de type I et II , âgées de 18 à 75 ans et résidant dans la zone géographique du réseau.	(44)
Structuration	Il s'agit d'un réseau pluridisciplinaire regroupant des professionnels libéraux et hospitaliers de la région Rhône Alpes. Ces professionnels de santé sont formés à l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Il regroupe des MG, PO, diététiciens, infirmiers, psychologues, ergothérapeutes, éducateurs sportifs. Tout professionnel souhaitant être intégré à l'annuaire du réseau doit signer une charte et une convention.	(44)
(44)Description	Le patient peut demander à être inclus à sa demande ou sur les conseils de son médecin traitant. Le médecin traitant adresse un bilan d'inclusion à l'équipe médicale et paramédicale de coordination du réseau qui l'étudie pour inclure ou non le patient. Si le patient est inclus il reçoit un classeur de suivi personnalisé rempli par les différents professionnels de santé. Ce classeur lui permet d'accéder à certaines prestations financées par le réseau. Elles comprennent : - Bilan éducatif partagé (BEP) : c'est un entretien réalisé avec le patient et destiné à mieux le connaître afin de définir ses objectifs d'apprentissage. Il permet à tous les professionnels de santé qui accompagnent le patient d'effectuer le suivi éducatif. - Des séances individuelles et collectives : bilan diététique, éducation thérapeutique, activité sportive, atelier cuisine...	(44)
Formation	Les professionnels sont encouragés à participer à une formation visant à les familiariser avec le fonctionnement du réseau. En complément, le réseau propose en option des formations pluriprofessionnelles portant sur le diabète. Ces formations englobent divers modules, notamment la physiopathologie et la prise en charge de la maladie, ainsi que des formations pluriprofessionnelles en éducation thérapeutique.	(44)
Financement	Fonds d'Intervention Régional (FIR). Ce sont des fonds délivrés par la sécurité sociale dans le but d'allouer des ressources aux réseaux de santé.	(44)
Evaluation	Nous n'avons pas trouvé d'évaluations pertinentes de ce dispositif.	x

2.3.2. Adaptation des doses d'AVK par l'IDE, le biologiste ou le pharmacien

Caractéristiques	Données	Sources
Création	" <i>Adaptation des doses d'anticoagulant par l'infirmière, le biologiste ou le pharmacien d'officine constitués en équipe de soins de ville et partage des informations de prise en charge (y compris biologiques)</i> " est un dispositif expérimental, à l'échelle locale (département de la Lorraine), soumis à l'HAS en 2014 pour validation.	(21)
Objectif	Déléguer l'ajustement du dosage de l'antivitamine K (AVK) à une équipe de soins de ville composée d'infirmier(e)s, d'un pharmacien correspondant et de biologistes médicaux. Puis partage des informations relatives à la prise en charge du patient avec les MG prescripteurs.	(21)
Evaluation	Avis non favorable de l'HAS à l'autorisation du protocole de coopération du fait d'une assurance qualité et d'une sécurité du protocole jugée insuffisante.	(45)

2.3.3. La vaccination officinale : action de prévention

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Exemple d'action de prévention présentée au cours des entretiens. La vaccination officinale a débuté en 2017 à titre expérimental. En 2022 les PO sont habilités à vacciner pour un total de 16 vaccins incluant la grippe et le covid 19. Cette nouvelle habilitation voit naître une collaboration nouvelle orientée sur la prévention en organisant localement les vaccinations entre infirmiers, MG et PO.	(E1),(E8)
Objectif	• Améliorer la couverture vaccinale pour la COVID, le vaccin tétravalent/ l'HPV/ pneumocoque • L'intérêt était à l'origine de vacciner les populations en incapacité d'aller vers les centres de vaccination en raison de leur état de santé, de leur situation de précarité ou des difficultés à se déplacer vers les centres de vaccination	(E1),(E8)
Patients Concernés	Les patients de la MSP éligible à la vaccination.	(E1),(E8)
Structuration	Réalisé à l'échelle locale au sein de MSP.	(E1),(E8)
Description	- Permanence de vaccination anti-COVID, débutée en février 2021, impliquant les MG, les PO et les infirmières. Organisation pour que chaque professionnel vaccine chaque jour de la semaine. Le recrutement des patients se fait par les professionnels de santé lors des consultations, soins ou lors d'un passage à la pharmacie. - Forte sensibilisation à la vaccination par les médecins, les PO et infirmières sur une période de 1 mois dans l'année. Sur cette période les professionnels sensibilisent les jeunes adultes au vaccin tétravalent, l'adolescent à la vaccination contre le virus HPV, et les personnes âgées et fragiles à la vaccination contre le pneumocoque.	(E1),(E8)
Financement	Pas de financement connu à ce jour hormis celui prévu par l'assurance maladie pour l'acte de vaccination.	(E1),(E8)
Evaluation	- Suivi du nombre de vaccination au niveau de la MSP. - Évaluation faite en fonction des sorties officinales par rapport à l'année précédente	(E1),(E8)

2.3.4. Réseau pluridisciplinaire Millesoins

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Réseau pluridisciplinaire mis en place depuis 2014 , couvrant le territoire du Parc Naturel régional des Millevaches (Région du Limousin). Responsable du projet : L'ADRES Montagne Limousine	(46)
Objectif	- Conforter la coordination, la continuité, et la permanence des soins de premiers recours - Pallier la désertification médicale en offrant des plateformes de services de soins aux patients - Développer le champ de l'exercice professionnel notamment dans le domaine de la prévention et de l'information - Favoriser la formation des professionnels	(46)
Patients Concernés	La patientèle appartenant à la MSP.	(46)
Structuration	Regroupement de quatre maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) avec des cabinets partagés sur les différents territoires tous reliés par un système d'information partagé.	(46)
Description	Le réseau permettrait la mise en place de différents projets de collaboration. Certains déjà préexistants : - Protocoles de prise en charge de pathologies chroniques dans un cadre de concertation pluriprofessionnelle comprenant une évaluation et un échange des pratiques. - RCP - Protocoles de délégation de tâche MG-PO - Séance éducation thérapeutique - Entretiens pharmaceutiques - Bilan de médication D'autres, plus spécifiques au réseau, ont pour but de pallier certains problèmes qui ne trouvent pas leur réponse dans des protocoles existants. Par exemple : - Compte rendu de dispensation à domicile effectué par le PO pour des patients dans l'incapacité de se déplacer (santé, âge, isolement géographique). Cette dispensation à domicile préviendrait le mésusage des traitements et les risques iatrogéniques associés. L'action donnerait suite à un compte rendu rattaché au dossier patient et à destination du MG.	(46)
Financement	Les documents à notre disposition ne permettent pas de déterminer précisément l'intégralité des organismes finançant le réseau Millesoins. Cependant, nous savons que la structure, ayant monté un dossier de Pôle d'Excellence Rurale (PER) a bénéficié de financements européens (et potentiellement nationaux) afin de construire certains locaux et d'acheter du matériel informatique et d'urgence. L'ARS a également à charge le salaire du coordinateur de réseau. Pour finir, la structure ayant acquis le titre de MSP, reçoit comme toute MSP, des financements par la CPAM afin de	(46)

	couvrir ses frais de fonctionnement. Ajoutons qu'en termes de rémunération des professionnels de santé exerçant, le réseau Millesoins prend place dans le cadre de l'ENMR (Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération).	
Evaluation	Le document nous servant de source principale d'information date d'une période où le réseau Millesoins était un projet, nous n'avons pas de certitude quant à la mise en place concrète de leurs objectifs. Néanmoins, l'évaluation régulière du projet concerne l'efficacité de la prise en charge des patients, l'attractivité des professionnels et les pratiques cliniques occupent une place fondamentale dans le projet. Cette évaluation est réalisée par le comité de pilotage regroupant des professionnels de santé libéraux, des collectivités territoriales, des services à la personne et de soins à domicile, des universités ou écoles de formation et des établissements publics et privés de santé. Ce comité est entre autres chargé d'élaborer les indicateurs de suivi de l'activité du réseau et d'évaluer ce dernier grâce à ces indicateurs spécifiques.	(46)

2.3.5. Cercle de qualité

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Les cercles de qualité sont des dispositifs étrangers (suisse) créés en 1997 puis adaptés en France dans des initiatives locales. Le premier cercle de qualité Français était un projet expérimental lancé en 2018 dans l'Yonne. Le projet a ensuite été arrêté et de nouvelles expérimentations ont vu le jour en 2019 et 2021 sur 9 sites témoins répartis à travers la France. Ces expérimentations menées pour une durée de 18 mois devaient définir l'avenir de la pratique en France.	(E5)(47-50)
Objectif	Les objectifs des cercles de qualité MG-PO sont multiples : - Développer des soins de qualité en obtenant des consensus autour de pratiques optimales ; - Améliorer les relations entre MG et PO au niveau local ; - Offrir une formation continue pluridisciplinaire basée sur les recommandations nationales et internationales ; - Contribuer à la diminution des coûts liés à la prescription médicamenteuse.	(E5)(47,50,51)
Structuration	Ces cercles de qualité MG-PO réunissent des groupes de professionnels de santé volontaires. Peu d'informations ont été retrouvées sur leur structuration et l'articulation avec les instances de santé et les différents acteurs en raison de son application très localisée actuellement.	(E5)
Description	Les professionnels de santé échangent des données scientifiques, cliniques et thérapeutiques actualisées, adaptées à leur pratique quotidienne, autour de thèmes définis. Les aspects économiques des prescriptions sont également pris en compte.	(E5)(47,48,50)
Financement	Aucune rémunération spécifique à ce jour en France.	(E5)
Evaluation	Des questionnaires sont également utilisés avant et après chaque cercle pour recueillir les retours des personnes concernées	(E5)

2.3.6. Protocole de coordination de révision des ordonnances des patients âgés polypathologiques

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Initialement créé et mis en place durant 1 an en 2016 dans un pôle de santé de l'Ain, puis repris et adapté dans la MSP de Steenvoorde de 2018 à 2019.	(52)
Objectif	Réduire les prescriptions médicamenteuses inappropriées chez les sujets âgés polypathologiques et limiter les risques d'iatrogénie.	(52)
Patients Concernés	Patients de 75 ans et plus polypathologiques , suivis par les MG de MSP de Steenvoorde et par les deux PO participants.	(52)
Structuration	Protocole de révision d'ordonnances pendant 1 an, avec participation de quatre MG et deux PO.	(52)
Description	Dans un premier temps, l'ensemble des informations concernant les patients inclus ont été répertoriées (antécédents médicaux, traitements chroniques, données biologiques). - La première étape d'analyse médicale nécessite que le médecin traitant remplisse une grille pour chaque patient et justifie chaque traitement prescrit. - La deuxième étape est l'analyse de l'ordonnance réalisée par le PO sur une seconde grille, avec commentaire sur les contre-indications éventuelles, les interactions et l'observance s'il en a connaissance. Les deux professionnels sont invités à faire des propositions de modifications de l'ordonnance. - La troisième étape consiste à mettre en commun les deux analyses au cours d'une réunion pluriprofessionnelle entre le PO et le MG, pouvant amener à des modifications de l'ordonnance.	(52)
Financement	L'analyse pharmaceutique pouvait être apparentée à un bilan de médication partagé et être rémunérée comme tel pour le PO (cf. Le BPM). Absence de rémunération spécifique pour le MG pour l'analyse médicale. Les temps de réunion pluriprofessionnelle pouvaient être rémunérés au titre du travail en MSP (versement de la CPAM à la MSP avec partage entre les professionnels au choix).	(52)
Evaluation	Pas d'évaluation disponible dans nos sources.	x

2.3.7. Protocole de prise en charge des cystites hors cadre d'exercice coordonné

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Dispositif expérimental ayant débuté en 2023 pour une durée de 2 ans.	(E13)
Objectif	Expérimenter hors d'un cadre d'exercice coordonné le protocole national sur la prise en charge des cystites (applicable actuellement uniquement dans le cadre des exercices coordonnés : MSP, CPTS, ESP et CDS).	(E13)
Patients Concernés	Patiente présentant des signes fonctionnels urinaires (pollakiurie, brûlures et douleurs à la miction), ne présentant pas de facteur de risque tels que la grossesse, les anomalies de l'arbre urinaire, l'insuffisance rénale sévère, l'immunodépression grave et un âge supérieur à 65 ans, associés à au moins trois critères de Fried (perte de poids, vitesse de marche lente, faible endurance, faiblesse et fatigue, activité physique réduite).	(E13)
Structuration	Peu d'informations sur la structuration en raison de son application très localisée et expérimentale.	(E13)
Description	Mise en place en dehors du cadre de l'exercice coordonné d'un protocole sur la prise en charge de la cystite en pharmacie, inspiré du PNC de prise en charge de la cystite, validé par la CPAM (<i>cf. Protocoles nationaux de coopération</i>) : - Ecartement de tout facteur de risque (douleur lombaires, fièvre, cystites récidivantes) et orientation vers un MG si au moins 1 facteur est présent. - Réalisation bandelette urinaire - Délivrance de l'antibiotique si répond à tous les critères.	(E13)
Financement	Pas d'information disponible dans nos sources.	x
Evaluation	Pas d'évaluation disponible dans nos sources.	x

2.3.8. Équipe de Soins Primaires Coordonnée Localement Autour du Patient (ESP-CLAP)

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Mis en place depuis 2018 , expérimentation initialement annoncée pour une durée de 2 ans. En 2023, le projet est toujours en cours.	(E2)
Objectif	Établir un exercice coordonné à échelle locale entre les professionnels de santé d'un même territoire	(E2)
Patients Concernés	Patientèle commune des professionnels de santé appartenant à l'ESP-CLAP.	(E2)
Structuration	Projet expérimental en Pays de la Loire soutenu par l'ARS et les URPS des Pays de la Loire, permettant l'association à échelle locale de professionnels de santé libéraux de premier recours partageant une patientèle commune. Il n'y a pas d'obligation de regroupement géographique, ni de structuration juridique. La gestion administrative et financière est effectuée par l'association régionale des ESP-CLAP. En mai 2022, il y avait 69 ESP-CLAP sur le territoire des Pays de la Loire.	(E2)
Description	L'équipe doit être composée au minimum de deux professionnels de santé dont un MG . Les professionnels de santé composant l'équipe sont en majorité des MG, des PO, des IDE et des kinésithérapeutes (mais d'autres professions peuvent en faire partie). L'équipe constituée doit partager une messagerie sécurisée commune , ainsi qu'un projet de santé commun établi au préalable et présenté à l'ARS Pays de la Loire, avec des thématiques choisies. L'équipe doit entreprendre de réaliser des actions de coordination pluriprofessionnelles en réponse à ce projet.	(E2)
Financement	C'est l'ARS Pays de la Loire qui finance les actions de coordination des ESP-CLAP. Une dotation de 10 000 euros par an a été allouée à chaque ESP-CLAP. Puis selon les actions réalisées, il existe des montants de rémunération par professionnels : par exemple les MG et PO sont rémunérés chacun d'un montant de 75 euros par participation à une réunion pluriprofessionnelle.	(E2)
Evaluation	Pas d'évaluation disponible dans nos sources.	x

2.3.9. Protocoles pluri professionnels dans un cadre coordonné

a) Protocoles intégrés aux ESP-CLAP

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Tous les protocoles pluriprofessionnels présentés ci-dessous ont été créés dans le cadre d'ESP-CLAP, mais nous n'avons pas d'information quant à leur date précise de mise en place.	(E2)
Structuration	Ces protocoles sont établis par l'association régionale des ESP-CLAP, constituée de plusieurs professionnels de santé. Ils sont ensuite proposés aux différentes ESP-CLAP sous forme d'un document récapitulatif du protocole envoyé par messagerie sécurisée. Ce document détaille notamment les rôles de chaque professionnel. Ce sont les membres des ESP-CLAP concernés par chaque protocole qui valident ensuite l'application de ce protocole dans leur pratique courante.	(E2)

1er exemple : "Prise en charge pluriprofessionnelle de patients sous AVK"

Caractéristiques	Données	Sources
Objectif	Prise en charge coordonnée des patients sous AVK : - Optimiser la prise en charge des patients sous AVK - Éviter la survenue d'effets indésirables - Établir une coordination entre les membres de l'ESP CLAP	(E2)
Patients Concernés	Patients sous traitement par AVK au long cours.	(E2)
Description	Un patient peut être inclus au protocole, avec son accord, soit par le MG, le PO ou l'IDE : - Le MG est le prescripteur de l'AVK, il précise la zone cible de l'INR et il peut prescrire la gestion des AVK par l'IDE et/ou orienter vers le PO pour un accompagnement thérapeutique ; - Le PO propose des entretiens d'accompagnement, il alerte sur les interactions médicamenteuses et peut orienter vers une consultation médicale si nécessaire ; - L'IDE assure la gestion du traitement par AVK à domicile.	(E2)
Financement	Financé par l'ARS Pays de la Loire (cf. ESP-CLAP).	(E2)
Evaluation	Celle-ci a été prévue dans l'établissement du protocole. Elle prend forme au cours d'une réunion de concertation pluriprofessionnelle 6 mois après la mise en place du protocole. L'objectif étant d'identifier les problématiques d'application du protocole pour améliorer la prise en charge des patients.	(E2)

2e exemple : " Prise en charge pluriprofessionnelle d'une plaie chronique"

Caractéristiques	Données	Sources
Objectif	- Organiser une prise en charge pluriprofessionnelle de patients atteints de plaies chroniques ; - Définir le rôle de chaque membre de l'ESP dans la prise en charge ; - Établir une coordination entre les membres de l'ESP.	(E2)
Patients Concernés	Patient porteur d'une plaie chronique, d'ulcère artériel-veineux ou chez un patient diabétique.	(E2)
Description	Protocole se déroulant en deux phases : - Phase 1 : Evaluation de la plaie et mise en place du premier pansement - o Patient évalué par le MG qui conseille et redirige - o Le patient se rend à la pharmacie qui délivre et conseille également - o Un infirmier vient à domicile pour évaluer la plaie, faire le pansement, évaluer les mesures à adapter et conseiller - o Une aide à domicile peut être mise en place notamment en cas de port de bas de contention - Phase 2 : Suivi de l'évolution de la plaie - o Réévaluation à 10 jours par l'infirmier à domicile. ▪ Absence de problème : réévaluation de la plaie à chaque pansement par l'infirmier ▪ Problème : redirection vers le MG. • Pas de signes d'alerte : le MG donne des directives et adapte les soins • Signe d'alerte : RCP avec le patient et mise en place d'un plan d'action	(E2)
Financement	Financé par l'ARS Pays de la Loire (cf. ESP-CLAP)	(E2)
Evaluation	Réévaluation du protocole en concertation pluri-professionnelle d'amélioration de pratiques et de prises en charge, 4 mois après sa mise en place.	(E2)

3e exemple : Protocole en cas de non-Observance médicamenteuse

Caractéristiques	Données	Sources
Objectif	Améliorer l'observance médicamenteuse - Dépister la non-observance médicamenteuse - Repérer les causes de non-observance médicamenteuse du patient - Suivre le patient pour améliorer l'observance	(E2)
Patients Concernés	Patients avec une prescription médicamenteuse importante , Patients complexes avec un traitement au long cours, Patients atteints de pathologie dégénérative ou de troubles cognitifs.	(E2)
Description	Protocole se déroulant en 4 phases : - Phase 1 : à la suite d'un rendez-vous le MG confirme un problème d'observance médicamenteuse chez un patient suspecté ou non par IDE et/ou PO. - Phase 2 : MG, PO et IDE vérifient les indicateurs de non-observance (effets secondaires, polymédication, trouble cognitif...) et mettent en commun les causes éventuelles. - Phase 3 : s'en suit différents axes d'amélioration, une évaluation cognitive ou neurologique et/ou un PPS et/ou une prescription d'administration journalière du traitement et/ou d'autres actions non détaillées. - Phase 4 : elle concerne la réévaluation de l'observance du patient, si le problème persiste, retour à la phase 2.	(E2)
Financement	Financé par l'ARS Pays de la Loire (cf. ESP-CLAP)	(E2)
Evaluation	Réévaluation du protocole en concertation pluri-professionnelle d'amélioration de pratiques et de prises en charge, 4 mois après sa mise en place.	(E2)

b) Autre exemple de protocole en MSP

Prise en charge des patients hypertendus

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Ce protocole est mis en application au pôle de santé des Allymes, créé en 2012	(18)
Objectif	Dépistage et amélioration de la PEC des patients hypertendus	(18)
Patients Concernés	Patients hypertendus : PAS > ou égale 135 et/ou PAD > ou égale 85 sur au moins 2 mesures au repos avec intervalle, puis confirmé par automesure.	(18)
Structuration	Ce pôle de santé regroupe maintenant une soixantaine de professionnels de santé parmi lesquels MG, PO, podologue, orthophoniste, diététicienne et sage-femme. La création de protocole s'effectue majoritairement pendant une réunion pluriprofessionnelle.	(18)
Description	N'importe quel professionnel de santé membre du pôle de santé des Allymes peut initier le protocole, nous prendrons ici l'exemple du PO : Consultation du PO avec un patient hypertendu non connu pour un simple contrôle : Le professionnel réalisant le protocole remplit alors une fiche d'évaluation initiale en mentionnant la valeur déterminée lors de cette mesure. - Si la valeur est supérieure aux normes de l'OMS, il propose la réalisation d'automesures à son domicile pendant 3 jours. - Le PO évalue également le nombre de facteurs de risque cardio-vasculaires (fumeur, poids, diabète...) : - o S'il possède des facteurs de risques, les mesures hygiéno-diététiques lui seront transmises ainsi qu'une fiche conseils alimentaire et un bilan biologique lui sera recommandé. Le patient consultera le MG le mois suivant avec tous les résultats ; - o S'il ne possède pas de facteur de risque, le patient reviendra à l'officine avec ses résultats d'automesures, et en fonction de la moyenne il sera réorienté vers un MG.	(18)
Financement	Pas d'information disponible dans nos sources.	(18)
Evaluation	A ce jour ce protocole est en phase d'application, des réunions permettent de faire ressortir des problèmes méthodologiques ou d'applications.	(18)

2.3.10. Réunion Prescrire

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Depuis 2014 , mise en place à l'échelle locale dans une MSP du Maine et Loire.	(E1)
Objectif	- Assurer une partie de la formation continue - Accorder les pratiques et discours des professionnels de santé	(E1)
Structuration	Les réunions sont organisées au sein de la MSP , Les membres toujours présents sont les MG et les PO. Tous les professionnels de santé des alentours sont conviés : 9 professions de santé sont représentées. Lors de chaque réunion, il y a une relecture des 2 dernières publications de la revue Prescrire. Un compte-rendu est ensuite rédigé et diffusé à l'ensemble de l'équipe permettant ainsi à ceux qui ne pouvaient pas venir d'avoir un retour.	(E1)
Description	Regroupement bimestriel entre professionnels de santé pour discuter autour de la revue Prescrire. Les échanges concernent les pratiques professionnelles de diagnostic, de prescriptions médicamenteuses ou de messages de prévention et de dépistage.	(E1)
Financement	Pas de rémunération/financement, financement par ressources personnelles. Possibilité d'évolution avec l'intégration des frais dans le budget de la MSP.	(E1)
Evaluation	Aucune évaluation officielle, la pratique évolue selon les besoins du moment. Il semble y avoir de bons retours des participants, les personnes ne viennent que si le sujet les intéresse et les échanges sont riches. Cependant, il est parfois difficile d'approfondir certains sujets lorsqu'il y a trop de participants.	(E1)

3. A L'ETRANGER

Quatorze dispositifs étrangers ont été identifiés, tous sont issus de la revue de littérature. Six dispositifs proviennent de Suisse, dont :

- Cercle de qualité
- Assistance pharmaceutique dans les établissements médico-sociaux
- Réseau Delta
- Projet NetCare.
- Bilan de médication
- Colloques entre chefs de clinique et pharmaciens

Les 8 dispositifs restants proviennent de pays étrangers divers, nous avons répertoriés les suivants :

- Bilan de médication à domicile en Allemagne
- Bilan de médication en EHPAD en Autriche
- Revue de médication en Nouvelle-Zélande.
- Collaboration Drug Therapy Management (CDTM) aux Etats-Unis
- Ordonnances collectives au Québec
- Home Médication Review en Australie
- Protocole d'action coordonnée pour le dépistage précoce des troubles cognitifs en Espagne
- Practice-Based Small Group Learning (PBSGL) en Ecosse

3.1. Suisse : Cercles de qualité

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Créé à Fribourg en Suisse en 1997 puis s'est progressivement élargi. Plus de 70 cercles en 2009.	(47,49-51)
Objectif	- Assurer une formation continue, interdisciplinaire gérée par les professionnels eux même. - Améliorer la qualité de la prescription médicamenteuse. - Sécuriser et réduire le coût de la prescription médicale, afin de répondre à l'attente des autorités politiques et des assurances maladies, sans renoncer à la qualité des soins. - Améliorer les relations entre MG et PO à l'échelle locale.	(47,49-51)
Description	Groupe de travail composé de 5 à 15 MG et 1 à 3 PO se réunissant 4 à 6 fois par an. Ces groupes appartiennent au même réseau local ou régional. La séance est préparée par les PO ayant accès aux données statistiques des MG participants. Le PO détaille les habitudes de prescription des MG, les analyse et les compare aux recommandations de pratique clinique internationale puis établit un consensus conjoint de bonne pratique de prescription. Ceci permet au MG de réfléchir sur la spécificité de sa pratique, justifiant ou non ses habitudes de prescriptions, de bénéficier d'informations pharmacologiques pertinentes. Cela permet au PO de bénéficier de l'expérience clinique des MG.	(47-49,51)
Financement	Initialement sur la base du volontariat puis ont ensuite été reconnus comme structures de formations continues par de nombreuses instances qui leur ont apporté un soutien financier afin d'assurer la pérennité du dispositif (L'organisme national des assurances maladies Santé suisse, société suisse de médecine générale et de pharmacie)	(47),(51)
Evaluation	Réalisation chaque année d'étude d'impact par les PO pour présenter au MG les succès obtenus et les améliorations à poursuivre dans leur pratique quotidienne. Plusieurs avantages ont été identifiés : - Economies sur le volume prescrit par les MG du cercle de qualité par rapport aux MG non liés au cercle, sans concession sur la qualité de soin - Majoration de la délivrance des génériques - Objectivité accrue face aux campagnes de marketing de l'industrie pharmaceutique Amélioration de la confiance entre professionnels de santé - Meilleur suivi des recommandations internationales - Meilleure prise en charge du patient, diminution de la mortalité (sans déplacement de charge constaté en direction de l'hôpital).	(47,49-51)

3.2. Suisse : Assistance pharmaceutique dans les établissements médicaux sociaux (EMS)

Caractéristiques	Données	Sources
Création	A Fribourg, canton Suisse en 2002 .	(18)
Objectif	Assurer la sécurité, efficacité et économie des traitements médicamenteux dans les EMS.	(18)
Patients Concernés	Patients des EMS.	(18)
Description	Méthode de travail proche de celle des cercles de qualité en incluant, en plus des MG et PO, les infirmiers et directeurs administratifs des EMS ; ils se réunissent 2 à 3 fois par an. Le PO récupère les données concernant la consommation en médicaments de l'EMS dont il est responsable. Celui-ci analyse les données de prescription , identifie des priorités de rationalisation, afin de réaliser un consensus thérapeutique. Il peut ensuite établir des rapports d'expertise : bilan semestriel ou annuel, une liste des médicaments de premier choix.	(18)
Financement	Un financement serait alloué aux professionnels selon un forfait par résident et par jour. Pas d'information sur l'organisme financeur dans nos sources.	(18)
Evaluation	L'évaluation de ce dispositif a mené aux conclusions suivantes : - Diminution du coût annuel des médicaments par résident ; - Baisse de la mortalité sans augmentation des hospitalisations.	(18)

3.3. Suisse : Réseau Delta

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Application en Suisse, créée en 1992 .	(51)
Objectif	- Faire progresser la coordination des soins et l'interdisciplinarité afin d'améliorer le suivi des patients. - Limiter le coût des frais de santé	(51)
Patients Concernés	Les critères d'inclusion sont les suivants : Être patient d'un MG Delta permet de bénéficier d'une prime de base plus avantageuse ainsi que de certains services et programmes de prévention.	(51)
Structuration	Réseau de soins de Suisse, regroupant 1000 MG, 270 000 affiliés. C'est le plus grand réseau de soins en Suisse Romande.	(51)
Description	- Formations continues des professionnels de santé (lecture ECG, groupe de travail sur la prescription, stratégies de prévention primaire) - Outils informatiques communs de communication - Participation aux cercles de qualité - Développement d'itinéraires cliniques pour une pathologie chronique précise. Le patient a un MG de premier recours, un PO et une infirmière référente, formés à l'entretien motivationnel, suivant les mêmes recommandations, répétant ainsi les mêmes messages aux patients. Ceci permet au patient de mieux connaître sa maladie et ainsi d'améliorer son observance, et de diminuer le risque d'hospitalisation.	(51)
Financement	Partenariat avec la caisse d'assurance maladie.	(51)
Evaluation	Une étude d'impact est prévue concernant les itinéraires cliniques.	(51)

3.4. Suisse : Projet NetCare

Caractéristiques	Données	Sources
Création	En 2012 par PharmaSuisse, société suisse des PO.	(18,30)
Objectif	- Éviter aux patients sans MG de se rendre aux urgences pour des problèmes de santé qui ne le nécessitent pas. - Améliorer l'accès aux soins de santé, améliorer la qualité des soins	(18,30)
Structuration	Le projet regroupe plus de 400 PO ayant suivi une formation spécifique. Vingt-quatre protocoles présentés sous forme d'arbres décisionnels ont été créés. Chaque protocole est validé en collaboration avec des MG et PO. Ces protocoles reprennent les pathologies les plus fréquentes en médecine de premier recours : cystite aiguë, pharyngite, sinusite, reflux gastro-œsophagien, conjonctivite allergique.	(18,30)
Description	1) Le patient se présente sans rendez-vous à la pharmacie ; 2) Triage initial par le PO basé sur un arbre décisionnel après description des symptômes par le patient. Il peut ensuite selon les résultats : - Orienter directement vers un MG ou les urgences - Proposer directement un traitement - Proposer une consultation de télémedecine	(18,30)
Financement	Tout est directement facturé au patient : par exemple l'entretien avec le PO coûte 15 francs suisse et la consultation télémedecine 48 francs suisse.	(18,30)
Evaluation	Un bilan a été fait après deux ans de mise en place du dispositif : - La cystite aiguë a été la plus concernée par ce dispositif ; - 4100 triages ont été réalisés dont 884 téléconsultations. 81% des cas suivis ont pu être pris en charge par le PO et seulement 11% ont été orientés vers un MG ou les urgences.	(18,30)

3.5. Suisse : Bilans de médication

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Mise en place en Suisse depuis 2010 .	(20)
Objectif	Optimiser l'efficacité et la sécurité des traitements médicamenteux	(50,53)
Patients Concernés	Les patients ciblés sont des patients polymédiqués ayant au moins 4 traitements chroniques ou plus.	(20,50)
Structuration	Le bilan de médication s'articule sous forme d'entretiens entre le PO et le patient : deux entretiens par an sont remboursés au patient, selon un accord avec les organismes de sécurité sociale du pays.	(20)
Description	Avec l'accord du patient, un entretien est réalisé par le PO pour identifier plusieurs informations telles que les connaissances et représentations du patient quant à son traitement, l'observance, et d'éventuels effets indésirables. Ces informations sont complétées par certaines données médicales fournies par le médecin traitant, comme des résultats biologiques ou les antécédents.	(50,53)
Financement	La rémunération du PO est basée sur un système de « rémunération basée sur les prestations », instaurée en Suisse depuis 2001. Cette rémunération est dissociée du prix des médicaments, mais le PO est rémunéré selon les actes réalisés, parmi ces actes les entretiens du bilan de médication. Cette rémunération est assurée par la sécurité sociale suisse.	(20)
Evaluation	Selon nos sources, des études d'évaluation ont été menées sur les analyses de médication en Suisse. Celles-ci mettraient en évidence un effet positif sur les coûts médicamenteux . Les évaluations n'auraient pas encore démontré un impact de la collaboration interprofessionnelle sur la morbi-mortalité en ambulatoire.	(50)

3.6. Suisse : Colloques entre chefs de clinique et pharmaciens

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Pas d'information disponible dans nos sources.	x
Objectif	Déterminer la place d'un médicament dans la prise en charge des patients à Unisanté.	(20)
Patients Concernés	Réunion de concertation entre MG et PO sur des sujets choisis conjointement. Elles peuvent inclure des nouvelles thérapies, des questions de pharmacovigilance ou des cas cliniques spécifiques. Une discussion interprofessionnelle s'établit à la suite d'une présentation, du nouveau médicament, par un représentant de la firme le commercialisant et d'une brève présentation complémentaire sur les recommandations de pratique clinique et les données de la littérature faite par le PO.	(20)
Description	Pas d'information disponible dans nos sources.	x
Financement	Pas d'information disponible dans nos sources.	x
Evaluation	Pas d'information disponible dans nos sources.	x

3.7. Allemagne : Bilan de médication à domicile

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Présentation d'un protocole d'étude en Allemagne, publié en 2013 .	(54)
Objectif	Développer des procédures et des instruments d'aide à la mise en place de bilan de médication à domicile	(54)
Patients Concernés	Patients déments de plus de 70 ans vivant à domicile.	(54)
Description	Un bilan de médication est réalisé à domicile , sous forme d'entretien individuel avec l'aide d'un logiciel, par des infirmières qualifiées. Selon l'état cognitif du patient les informations peuvent être complétées avec l'aide du MG ou de l'aidant principal. Les données recueillies concernent : les médicaments pris ; leur stockage ; leur administration ; leur observance ; et les éventuels événements indésirables. Le PO récupère les données et propose des recommandations thérapeutiques qui seront proposées au MG .	(54)
Financement	Le document ne fournit pas d'informations spécifiques sur la source de financement.	(54)
Evaluation	Pas d'information disponible dans nos sources.	x

3.8. Autriche : Bilan médication en EHPAD

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Description du protocole d'étude SiMbA de 2018 ("safety of drug therapy in nursing home residents) essai contrôlé non randomisé. Étude expérimentale prévue pour une durée de 2 ans et demi. Nous n'avons pas de date précise.	(55)
Objectif	- Mise en place d'un processus structuré de réalisation de bilan de médication pour les résidents des maisons de retraite afin d'améliorer leur qualité de vie et de limiter les risques d'hospitalisation liés aux effets indésirables des médicaments. - Améliorer la communication et la collaboration entre MG, PO et infirmières.	(55)
Patients Concernés	Patient de plus de 65 ans ayant donné son consentement pour participer à l'étude (ou consentement du représentant légal) ayant au moins une ordonnance, et n'ayant pas une pathologie aiguë pouvant mettre en jeu le pronostic vital ou une maladie infectieuse multirésistante nécessitant un isolement. Patients recrutés par leur médecin traitant.	(55)
Structuration	Utilisation d'un logiciel commun sécurisé sur lequel les ordonnances et autres données des patients sont fournies : les MG, PO et IDE y ont accès, les PO donnent leur avis, les MG et IDE mettent à jour les informations relatives à l'état de santé du patient. Logiciel accessible à distance via une application mobile.	(55)
Description	Le MG réalise/modifie une ordonnance via le logiciel commun puis le PO en est informé et réalise un bilan de médication. Ensuite, les MG peuvent suivre les recommandations proposées par le PO. Les modifications apportées à la médication peuvent être transférées immédiatement au personnel infirmier. Un suivi des résidents est réalisé tous les jours pendant 5 jours via un formulaire et les informations sont transmises via le logiciel. Les MG et les infirmières peuvent demander un bilan de médication chaque fois qu'ils en voient la nécessité.	(55)
Financement	Groupe Senecura, gestionnaire d'établissement de santé en Autriche.	(55)
Evaluation	Pas d'information disponible dans nos sources.	x

3.9. Nouvelle-Zélande : Revue de médication

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Essai contrôlé randomisé réalisé en 2011 en Nouvelle Zélande.	(53,56)
Objectif	Déterminer si la participation des PO entreprenant des bilans de médication en travaillant avec des MG améliorerait les résultats thérapeutiques liés aux médicaments pour les patients.	(53,56)
Patients Concernés	Patient de plus de 65 ans polymédiqués (> 5 traitements) (soit 498 patients inclus dans l'étude).	(53,56)
Description	Le PO réalise un bilan de médication et rencontre le MG du patient pour discuter des recommandations sur d'éventuels changements de médicament. Les patients ont été suivis tous les 3 mois. Le groupe témoin a reçu les soins habituels.	(53,56)
Financement	Etude financée par <i>Health Funding Authority of New Zealand</i> .	(53,56)
Evaluation	Il semble y avoir une amélioration de la pertinence du traitement des patients, et une amélioration de la qualité de vie du patient.	(53,56)

3.10. USA : Collaborative Drug Therapy Management (CDTM)

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Mise en place en 1997 et étendue aux différents états américains en 2003, méthode soutenue par l' <i>American College of Clinical Pharmacy</i> , <i>American Pharmacists association</i> .	(30,49)
Objectif	Amélioration de l'usage des médicaments , des risques liés aux médicaments et l'observance des traitements.	(30,49)
Structuration	Gestion collaborative des traitements médicamenteux entre MG et PO.	(30,49)
Description	Les PO peuvent, selon des protocoles déterminés en commun par les équipes de soins, initier, modifier ou gérer un schéma thérapeutique pour une maladie ou un état pathologique spécifique.	(30,49)
Financement	Pas d'information disponible dans nos sources.	x
Evaluation	Pas d'information disponible dans nos sources.	x

3.11. QUÉBEC : Ordonnances collectives

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Introduite en 2003 , différents projets de loi ont permis d'élargir le champ d'activité du PO notamment en 2013.	(49,57)
Objectif	Faciliter l'accès aux soins , afin de leur garantir une prise en charge efficace et de qualité .	(49)
Patients Concernés	Patients atteints de maladies chroniques .	(49)
Description	L'ordonnance collective permet à différents professionnels de santé dont le PO, de prescrire des traitements pour les patients atteints de maladies chroniques selon des situations prédéterminées ;telles que le diabète, l'hypertension ou l'asthme, de modifier la posologie ou de prescrire des examens biologiques. L'ordonnance collective doit être rédigée par un MG ou un groupe de MG. Elle doit être datée et signée, et elle doit préciser les médicaments ou les traitements qui peuvent être prescrits par le PO. Le PO se charge d'informer le MG de toutes décisions qu'il prend dans la prise en charge du patient.	(49,57)
Financement	Pas d'information disponible dans nos sources.	x
Evaluation	Pas d'information disponible dans nos sources.	x

3.12. Australie : Home medication review

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Étude publiée en 2009 en Australie. Essai contrôlé randomisé, de cohorte, rétrospective.	(53,59)
Objectif	Évaluer l'efficacité du bilan de médication au domicile chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque.	(53,59)
Patients Concernés	Vétérans de plus 65 ans et traité par bêta bloquant pour une insuffisance cardiaque.	(53,59)
Description	- Le MG inclus les patients dans l'étude et les orientent vers le PO - Le PO effectue une visite à domicile, il identifie tout problème lié aux médicaments : sous ou sur-utilisation, les événements indésirables, les problèmes d'observances et de connaissances. - Le PO réalise son bilan de médication et transmet un rapport qui est discuté avec le MG. - Le MG est chargé d'élaborer le plan de gestion des médicaments, de le communiquer au patient et d'en assurer le suivi.	(53,59)
Financement	Pas d'information disponible dans nos sources.	x
Evaluation	Les résultats ont montré une réduction du taux d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque .	(53,59)

3.13. Espagne : Protocole d'action coordonnée pour le dépistage précoce des troubles cognitifs.

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Étude comparative réalisée dans la région de Valence en Espagne en 2020 .	(58)
Objectif	- Améliorer le pronostic et retarder l'évolution des troubles cognitifs de la personne âgée - Développer un protocole d'action permettant une collaboration étroite MG-PO pour la détection précoce des troubles cognitifs.	(58)
Patients Concernés	281 sujets recrutés ; âgé de 50 ans et plus, présentant une plainte subjective de trouble de la mémoire et acceptant de participer à l'étude. Les patients ne doivent pas avoir comme antécédent un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou de démence.	(58)
Structuration	Il existe une communication bidirectionnelle entre les différents professionnels de santé : le MG oriente ses patients suspects de troubles cognitifs vers les pharmacies où ils sont invités à rejoindre l'étude.	(58)
Description	Trois tests de dépistage de trouble de la mémoire sont réalisés par le PO . Si au moins un des tests est positif, le patient est orienté vers le médecin traitant qui orientera par la suite si besoin chez le neurologue.	(58)
Financement	Université de <i>Catedra DeCo Micof-UCH</i> et <i>Fundación Domus</i> , <i>Centre d'investigation du CIBERNED</i> , dons de Consuelo Cervera Yuste et Juan Manuel Moreno Cervera.	(58)
Evaluation	Pas d'information disponible dans nos sources.	x

3.14. Ecosse: Practice-Based Small Group Learning (PBSGL)

Caractéristiques	Données	Sources
Création	Le PBSGL, ou "Pratique Basée sur l'Apprentissage en Petits Groupes", a été conçu en 1980 au Canada et initié en Écosse en 2003.	(60)
Objectif	Le programme vise à fournir un environnement d'apprentissage sûr et ouvert pour les participants, leur permettant de réfléchir à leur pratique actuelle, d' identifier des stratégies pour apporter des changements positifs, et de s'engager à modifier leur pratique.	(60)
Patients Concernés	Depuis 2003, en Ecosse, le programme s'est depuis considérablement développé et compte actuellement 3 400 membres issus de MG, d'infirmières, de PO et d'autres professions	(60)
Description	Il s'agit d'un programme de formation continue pour les cliniciens de soins de santé primaires, tels que les MG, les infirmières et les PO. Les PBSGL comprennent la réunion en petits groupes, la discussion de cas réels basés sur des expériences de pratique, l' identification des besoins d'apprentissage, et l' évaluation des modules disponibles proposé par les PBSGL.	(60)
Financement	Le financement initial du PBSGL a été assuré par NHS Scotland, et le programme repose maintenant sur les contributions des membres.	(60)
Evaluation	Pas d'information disponible dans nos sources.	x

4. Identification des facteurs influençant la collaboration

Les facteurs influençant la collaboration entre MG et PO ont été identifiés dans les articles inclus à l'étude et répertoriés dans le **Tableau V**. Ils sont classés par fréquence d'apparition.

Tableau V : Facteurs influençant la collaboration

Représentations (N = 27)	• Perception du métier de l'autre (18,19,21,30,49,61-71) • Confiance (18-20,35,46,62-65,67,71-77) • Attentes des professionnels (63-65,68,72,75,76,78,79)
Partage d'informations (N = 25)	• Outils de communication (18-20,22,49,62,63,66,69,80,81) • Modalités des échanges (20,22,61,63-65,67-73,75,76,78,79,82) • Gestion du secret médical (20,22,46,61,63,65,68-72,75,76,78)
Gestion du temps (N = 20)	(18-20,22,46,49,61-64,67,69,71,72,75,76,78,79,83)
Définition d'un cadre collaboratif (N = 18)	• Rôles (62,63,66-69,71,73,75) • Structures de soins (19,49,61,64,70,77,83) • Gouvernance (18,20,49,71)
Organisation géographique (N = 15)	• Démographie (18,22) • Aménagement du territoire (18-20,62,63,65,66,71,72,75,78,83,84)
Rémunération (N = 15)	(19,20,22,49,61,63,64,68,69,71-73,75,76,78)
Formation (N = 14)	(18-20,46,49,61,63,64,66,68,71,72,77,79)
Caractéristiques individuelles des professionnels (N = 9)	(49,63,64,66-68,72,74,76)
Offre de soins (N = 4)	(63,68,69,76)
Contexte sanitaire (N = 3)	(71,75,83)
Comportement des patients (N = 3)	(64,78,84)

Les nombres en gras et en italique sont les références bibliographiques des articles
N : nombre d'articles cités sur la ligne concernée.

La représentation est le facteur le plus cité, notamment concernant la perception du métier de l'autre. Certains travaux (18,61) mettent en avant le cloisonnement ancien des professions de santé, notamment entre les PO et les MG. En découle une méconnaissance du métier de l'autre qui est un frein à la collaboration, et cet aspect est décrit dans le travail de thèse de S. Herzberger et M. Thiot (64). Par ailleurs, plusieurs travaux rappellent la perception encore ancrée de certains MG envers les PO qu'ils perçoivent comme ambivalents : ayant à la fois un rôle de commerçant et de soignant. Cette perception est directement corrélée à la méconnaissance mutuelle des professions. Un article de Rubio-Valera M. publié en 2012 de la revue BMC Health Services Research (79) souligne le fait que les perceptions négatives des professionnels semblent émaner uniquement de MG ou PO n'ayant pas d'expérience collaborative. Ainsi, avoir déjà eu une expérience collaborative, rend plus favorable les collaborations ultérieures entre MG et PO (75), en raison de la mise en place d'une relation de confiance entre les professionnels. Par ailleurs, les MG et PO peuvent avoir des attentes parfois divergentes envers leurs pairs ou le patient (78,79). Ces attentes différentes peuvent constituer un frein à la collaboration, d'où l'importance d'une communication active, dans le but de proposer un discours commun.

En ce sens, les modalités de partage d'informations, étant le second facteur le plus cité, semblent également conditionner la collaboration MG et PO et ainsi l'utilisation des dispositifs de collaboration. Un article australien (78) met en avant deux éléments importants constituant la communication entre MG et PO, reconnus par les deux professions : le contenu des échanges et la méthode de communication. Selon cet article, le contenu des échanges diffère entre MG et PO. Les MG attacheraient plus d'importance au contenu clinique, factuel et synthétique, alors que les PO seraient plus centrés sur l'aspect personnel des échanges et à leurs formulations. Ce point est directement corrélé aux attentes des professionnels parfois divergentes, mentionnées précédemment.

Concernant les méthodes de communication, elles existent sous différentes formes. D'après notre travail, les moyens de communication les plus fréquents et les plus appréciés seraient la communication en face-à-face et les échanges téléphoniques (63).

La gestion du secret médical au cours des échanges semble également être une problématique soulevée par certains auteurs, par exemple dès 2013, D.V.Kelly (51) identifiait comme problématique ce transfert d'informations concernant le patient et

craignait une perte du secret médical et une divulgation d'information de santé. Cette constatation est directement liée à la problématique des outils de communication.

Un autre facteur cité est le manque de temps des professionnels pour s'investir dans les dispositifs de collaboration. La dimension temporelle est souvent citée comme étant limitante dans les études. On retrouve par exemple dans un article de A. Albassam datant de 2020 (68), que sur un échantillon de 230 MG et 217 PO, le manque de temps avait été identifié comme le facteur limitant le plus important car il a été cité par 84% des sujets.

Comme le souligne notre tableau, la définition claire et précise du cadre collaboratif pour un dispositif donné apparaît nécessaire. En effet, certains articles tels que la revue de littérature rédigée par A. Bollen en 2018 (63) soulignent le fait que les mauvaises définitions des rôles de chacun peuvent entraîner une incompréhension et freiner la collaboration. A l'inverse, le fait qu'un dispositif de collaboration soit mis en place en structure de soins (MSP, ESP, CPTS...) est un élément facilitateur à sa mise en place. De fait, comme le démontre le travail de thèse de E. Clet en 2020 (36), parmi les professionnels interrogés, les MG et PO exerçant dans des MSP "ont la perception d'échanger plus régulièrement" et partagent "un point de vue plus favorable concernant les soins, les décisions et les attentes professionnelles du partenaire", notamment parce que les rôles de chacun et les objectifs sont mieux définis dans ces structures.

L'organisation géographique a également un impact sur la collaboration. Beaucoup d'articles s'accordent sur le fait que le rapprochement géographique améliore le développement de la collaboration, au contraire l'éloignement géographique nuit à ce même développement. Nous pouvons citer par exemple la revue de littérature de A. Bollen (63) ou la thèse de M. Quercron (19). Ces deux travaux concluent de manière générale à un manque de lieux dédiés à la coopération. Il paraît cependant important de noter que parmi les documents à notre disposition, seul M. d'Elbée cite en 2017 (22) un manque de personnel, constituant un frein à la collaboration. Un autre point peu identifié réside en la répartition "harmonieuse" des pharmacies en France, un facteur favorisant la collaboration, identifié uniquement dans la thèse de N. Anglard publiée en 2014 (18). Outre leur répartition, la taille de l'officine est parfois citée (20,83) comme un facteur d'influence : les petites pharmacies ayant souvent moins de ressources (temps, espace, argent) que les pharmacies plus grandes, il leur est plus difficile de s'investir dans des dispositifs de collaboration.

La rémunération des professionnels de santé constitue un facteur d'influence important pour la participation à un dispositif de collaboration. Ce facteur, souvent cité (19,22,49,61,63,66,68,72,75,76,78) mais rarement approfondi traduit à la fois un ressenti global de sous valorisation du travail coopératif et une difficulté à trouver des solutions concrètes et universelles à la question de la rémunération. Cette complexité réside dans la difficulté d'établir une rémunération adéquate des différents acteurs et amène à l'émergence de différents systèmes de rémunération qui manquent parfois de clarté, ce qui peut limiter la collaboration comme le souligne notamment les thèses de S.Herzberger et M.Thiot en 2018 (64) ou de O.Icard en 2021 (71). Enfin, seule la thèse de S.Morlaes (20) mentionne qu'une différence de rémunération entre les différents acteurs constitue une limite à la collaboration.

La formation initiale des professionnels de santé quant à la collaboration interprofessionnelle en est à ses débuts et semble comporter des lacunes. La thèse de L. Algayres et C. Fournier datant de 2017 (61) est le seul travail répertoriant l'ensemble des enseignements interprofessionnels mis en place dans les universités françaises, notamment entre MG et PO. Dans cette étude, 13 universités de santé ont déjà mis en place des enseignements communs, mais la plupart du temps les enseignements ne sont pas obligatoires et ainsi peu d'étudiants semblent y participer. L'article de A. Albassam de 2020 (68) évoque le fait que le manque de formation conjointe entre les MG et PO est un frein à la collaboration. La thèse de S. Morlaes de 2015 (20), parle d'objectif de décroisement des professions pour favoriser la collaboration, par le biais de formations initiales communes.

Par ailleurs, les caractéristiques individuelles des professionnels de santé semblent avoir un impact sur leur participation aux dispositifs de collaboration :

- Le genre : les femmes seraient plus réceptives au travail en collaboration interprofessionnelle, c'est notamment une des conclusions de l'étude de N.Pojkic (72) menée en Ontario en 2011 sur près de 850 médecins ;
- L'âge : l'étude de N.Pojkic (72) conclut également que les plus jeunes travailleraient plus en collaboration ;
- L'esprit de "leader" est une caractéristique citée à plusieurs reprises (49,64,66) qui semble être nécessaire à l'instauration de dispositifs de collaboration.

L'offre de soin est présentée ici comme étant un frein, en effet certains professionnels craignent une possible fragmentation de la prise en charge, pouvant au final desservir le patient. C'est notamment ce que souligne D.V Kelly en 2013 (69) ainsi que L. Duban en 2017 (76).

Le contexte sanitaire fait essentiellement référence à la pandémie de Covid-19, qui semble avoir eu un impact positif sur la collaboration interprofessionnelle. Selon M. Waszyk-Nowaczyk (75) la pandémie a accru l'importance de la collaboration MG-PO. Par ailleurs, la thèse de C. Bardoulat (83) semble confirmer qu'en France, la crise de la COVID 19 a majoré la collaboration entre MG et PO.

Enfin, peu d'articles abordent le frein à la collaboration que peut représenter le comportement des patients. La thèse de S. Herzberger et M.Thiot (64) souligne les limites qu'impose le nomadisme médicale et pharmaceutique à une prise en charge conjointe tandis que l'article de F. Sake (84) soulève davantage la question de la réceptivité à la prise en charge coordonnée, arguant que certains patients préfèrent se confier à leur MG plus qu'à leur PO, créant une asymétrie d'information et ne considérant pas les deux professions comme parties intégrantes d'une prise en charge collaborative.

L'ensemble des points de réflexion cités sont décrits à la fois dans les articles français et étrangers. La majorité des facteurs trouvés dans ce travail sont présents dans l'article de revue de A. Bollen, publié en 2019 (63), qui est une revue systématique de la littérature permettant l'identification des facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle entre MG et PO dans le monde. Nos résultats communs sont en cohérence.

DISCUSSION

1. Résumé des résultats

En France, notre recherche a permis d'identifier 30 dispositifs.

En termes de dates, 19 ont été créés après 2016 dont 7 après 2019. Ces deux dates étant des dates clefs (9,11) des réformes du système de santé français. En termes de sources de données, 15 dispositifs ont été identifiés grâce aux entretiens uniquement ; 8 dans les articles uniquement ; et 7 dans les articles et les entretiens.

En termes de cible, la plus grande partie des dispositifs de collaboration (19 dispositifs) a pour but de répondre à une situation autour de patients souffrant de pathologies chroniques à forte prévalence (gestion du diabète, prise en charge de la personne âgée, polymédication...). Trois dispositifs ont pour objectif de répondre à des situations liées à des problèmes aigus, non programmés mais fréquents, sous forme par exemple de délégations de tâches entre MG et PO, dans le but de faciliter l'accès aux soins. Les autres dispositifs identifiés répondent à des problématiques de prévention, de formation et d'amélioration des pratiques (réunions Prescrire, réseaux des correspondants, cercles de qualités...), ou cherchent à répondre à une problématique organisationnelle locale, comme le réseau MilleSoins.

En termes de formes, cette collaboration interprofessionnelle entre MG et PO peut se décliner de différentes manières, par exemple : réunion pluriprofessionnelle, échange d'informations formalisé, ou encore élaboration de protocoles.

La moitié des dispositifs ne peut s'appliquer que dans le cadre d'un exercice coordonné.

Concernant les évaluations, nous avons identifié des rapports d'évaluation pour 3 dispositifs.

A l'étranger, nous avons identifié 14 dispositifs dont 6 sont des dispositifs mis en place en Suisse. La plus grande partie des dispositifs de collaboration étrangers identifiés (12 dispositifs) ont pour but de répondre à une situation autour de patients souffrant de pathologies chroniques à forte prévalence : bilan de médication, cercle de qualité, réunion de concertation pluriprofessionnelle.

La première partie de la discussion concerne les dispositifs français. Les résultats relatifs à l'étranger seront exposés à la fin de la discussion.

2. Interprétation

2.1. Complexité du recensement des dispositifs : la recherche en soins primaires en France

Nous avons identifié 30 dispositifs en France. Nous supposons cependant qu'une partie des dispositifs n'a pas été identifiée. De plus, peu d'informations sur les dispositifs proviennent de la littérature académique française. La majorité des informations disponibles proviennent d'entretiens, de sites locaux ou nationaux. Dans la littérature académique, les principales informations sur des dispositifs français nous viennent de thèses françaises. Ces situations peuvent s'expliquer par différents facteurs présentés ci-dessous.

D'une part, les articles de recherche ne s'adressent pas directement aux professionnels de santé et ne cherchent pas à décrire en détail les dispositifs évoqués. Les informations concernant des projets locaux de collaboration en santé sont diffusées par des canaux locaux et nationaux (HAS, ARS, URPS, revue Prescrire...).

Nous pouvons aussi incriminer le biais de notification et plus précisément le biais de publication qui affecte la sélection des études publiées. Les études avec des résultats positifs ont tendance à être plus souvent publiées que les études avec des résultats négatifs ou non significatifs. Probablement à cause de la culture du succès et de la pression de la publication dans le monde académique qui privilégie des études aux résultats positifs (85). Ceci expliquerait pourquoi nous n'avons identifié qu'un seul projet avorté. Les résultats simples et généralisables sont plus souvent publiés que les résultats spécifiques/locaux/complexes.

De plus, en France les professionnels de santé en soins primaires sont moins formés à la recherche et ont peut-être moins de temps et moins de financement à consacrer à cette activité. Selon le chapitre, « Recherche en médecine générale » (86), en France la recherche scientifique se développe principalement au sein des CHU et favorise donc la recherche hospitalo-universitaire. Depuis une dizaine d'années seulement, le développement de la filière universitaire de médecine générale a permis de faire évoluer la recherche en soins primaires. De même pour la recherche en pratique officinale en France, celle-ci tend à croître progressivement mais reste encore sous-développée. (87)

A l'échelle mondiale, en termes de production d'articles de recherche, la France se positionne au 7ème rang avec 3,4% des publications en 2015, derrière les Etats-Unis et certains pays européens (le Royaume-Uni, l'Allemagne et l'Italie)(88). La France n'est donc pas globalement en retard en termes de publication scientifique, cependant elle publie peu dans le domaine spécifique des soins primaires.

2.2. Une stratégie pour la prise en charge des maladies chroniques et aiguës

Les pathologies chroniques constituent le principal domaine d'application des dispositifs de collaboration MG-PO que nous avons répertoriés, à l'image d'Octave, des RCP, des bilans de médication ou Etoppia qui cherchent à améliorer la prise en charge et diminuer la iatrogénie. Cette tendance reflète l'évolution des soins de santé dont l'objectif est de répondre à la prévalence croissante des pathologies chroniques, au vieillissement de la population et à la multiplication des déserts médicaux. Dans une revue de littérature portant sur l'évaluation de la collaboration interprofessionnelle en soins primaires (89), l'auteur montre l'intérêt de cette collaboration, notamment dans la prise en charge des pathologies chroniques (BPCO, diabète, dépression, gériatrie). Elle permet une diminution des dépenses de santé (diminution du nombre d'examens, du nombre d'hospitalisations) et une fluidification du système de soins. Il expose des effets positifs pour les patients atteints de ces pathologies chroniques : meilleur impact sur le long terme de la gestion de leur pathologie, qu'il décrit notamment avec le diabète (amélioration des objectifs de l'HbA1c, de la connaissance de leur maladie, de l'autogestion du diabète). L'engouement pour le développement de dispositifs dédiés aux pathologies chroniques s'explique donc par une amélioration potentielle d'accès aux soins, de la prise en charge des pathologies complexes, une autonomisation des patients.

Les dispositifs répondant à des problématiques de soins aigus sont moins représentés. Il s'agit d'OSYS, des protocoles nationaux de coopération, protocole cystite hors exercice coordonné. Ils ont tout de même des enjeux importants : favoriser l'accès au soin, limiter le recours inapproprié aux services d'urgence et libérer du temps pour les MG. Selon les données de l'IRDES de 2017 (90), le taux élevé de recours aux urgences non suivis d'hospitalisation questionne sur l'accessibilité et l'efficience des soins ambulatoires. Il décrit une augmentation de plus de 50% entre 2000 et 2015 du nombre de passages aux urgences. La disponibilité et l'accessibilité aux soins primaires, notamment au MG sont des déterminants du recours aux urgences. Il met l'accent sur l'intérêt de développer les ressources au niveau local en favorisant la collaboration pluri-

professionnelle, la délégation de tâches afin d'éviter des ruptures de soins pouvant provoquer le passage aux urgences. C'est donc dans cette optique que les dispositifs répondant à une problématique de soins aigus ont été développés néanmoins l'adoption de ces dispositifs étant récente, leur efficacité dans la résolution des enjeux visés n'a pas encore été pleinement évaluée.

De plus, le contexte sanitaire récent avec la pandémie COVID-19 a montré l'importance de collaborer autour de la prise en charge de pathologies aiguës. Comme le souligne un article de la Santé Publique, la COVID 19 a mis en avant de nombreuses failles dans notre système de santé telles que « *la trop faible place laissée à la prévention, le cloisonnement entre les divers champs de la santé (soin, prévention, psychosocial...) et la défaillance des dispositifs de coordination entre leurs intervenants ou encore l'insuffisant recours aux données probantes et aux instances de concertation en santé dans la décision et la définition des interventions* »(91). Néanmoins, par la suite, cette pandémie a permis de favoriser et pérenniser la collaboration entre MG et PO en développant la communication et les moyens logistiques (83).

2.3. L'essor de l'exercice coordonné pour la collaboration entre professionnels de santé : atouts, limites et disparités territoriales

Dix-huit des trente dispositifs ont été créés après 2016, période où l'on note une accélération des moyens mis en place par l'Etat pour permettre le développement de la collaboration entre professionnels de santé, notamment grâce à la loi de Modernisation du système de santé de 2016 (9), pour laquelle les principaux axes d'amélioration étaient : favoriser la prévention, faciliter l'accès aux soins et consolider le système de santé. Par la suite, la loi de 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé qui s'articule quant à elle sur les thèmes du décroisonnement des parcours et formations des professionnels de santé, du développement du numérique, de la création d'un collectif de soins au service des patients et de la restructuration de l'offre de soins dans les territoires (11). Ces lois tendent à promouvoir la coordination des soins en développant les structures permettant l'exercice coordonné telles que les ESP, les MSP, les CPTS, comme présentées en introduction (39).

Selon nos résultats, la moitié des dispositifs de collaboration ne peuvent être mis en place qu'en structures pluriprofessionnelles. Voici quelques exemples de dispositifs prenant place nécessairement au sein de ces regroupements : les pharmaciens

correspondants, les RCP, les protocoles nationaux de coopération ou encore les protocoles pluriprofessionnels en MSP.

L'exercice coordonné est présenté comme un moyen de favoriser la collaboration interprofessionnelle entre MG et PO. Comme nous avons pu l'identifier dans les facteurs influençant les dispositifs de collaboration, la collaboration au sein de regroupements pluriprofessionnels semble comporter certains avantages : le partage d'informations et la communication entre les professionnels sont facilités en raison de la mise en place, la plupart du temps, d'une messagerie sécurisée commune ; la proximité géographique des acteurs permet de faciliter les échanges ; la mise en place de réunions ou de formation est simplifiée en raison d'un accès matériel (ordinateur, salle de réunion..) ; une rémunération prévue pour les professionnels. Cette idée semble confirmée par la DREES lorsqu'elle affirme que « Le développement de l'exercice pluriprofessionnel est en partie porté par l'augmentation du nombre de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) » (92). Cette source nous indique également que « les médecins plus jeunes exercent plus souvent dans une MSP » : 24% des praticiens de moins de 50 ans sont concernés, contre 17 % des 50-59 ans et 12% des 60 ans ou plus ; ce qui corrobore nos résultats.

En revanche, l'exercice coordonné semble sous-représenté en milieu urbain. En effet, comme le montrent ces données de l'Irdes de 2021, les regroupements pluriprofessionnels sont répartis de façon inégale sur le territoire français (93). Entre 2008 et 2014, 32,6% des MG hors centre-ville ont choisi d'exercer en MSP contre seulement 13,4% des MG installés en centre-ville. Les MG choisissent plus de travailler en MSP dans les espaces périurbains, en périphérie de grandes agglomérations, à l'inverse cela est moins vrai en centre-ville ou en zone rurale isolée.

Cependant, la collaboration interprofessionnelle entre MG et PO ne se réduit pas seulement à ces formes d'exercice coordonné. L'autre moitié des dispositifs français identifiés ne s'inscrit pas obligatoirement dans un cadre d'exercice coordonné, comme par exemple : les entretiens pharmaceutiques, les BPM, ou encore les groupes de pairs. Ainsi, la collaboration pluriprofessionnelle entre MG et PO existe aussi en dehors de structures pluriprofessionnelles, sous forme de dispositifs formalisés et validés par le système de santé.

2.4. Collaboration formalisée et informelle : au-delà des structures pluriprofessionnelles, une diversité de formes et d'enjeux

La collaboration formalisée entre MG et PO se décline sous différents modes organisationnels au travers des différents dispositifs identifiés. Par collaboration formalisée, on entend une collaboration organisée entre les différents professionnels de santé impliquant la définition claire des rôles de chacun dans le cadre d'un objectif commun. Le niveau d'implication de chaque partie prenante peut varier, mais l'objectif global reste le même. Au cours de notre travail, nous avons observé que la définition claire et précise du cadre collaboratif pour un dispositif donné est un élément nécessaire pour favoriser la collaboration (63). Ces différents modes organisationnels peuvent être séparés en plusieurs approches. Y. Bourgueil propose une approche organisationnelle dissociant la diversification de la substitution (94). Afin de compléter sa vision nous y ajouterions la collaboration par concertation.

La concertation : il s'agit d'une mise en commun d'expertises et de compétences complémentaires dans le but de prendre une décision partagée et d'atteindre des objectifs que l'on ne peut pas atteindre seul. C'est par exemple, le cas pour les RCP, les PPS et les créations de protocoles.

La diversification : cette forme permet d'élargir la gamme de services offerts aux patients en développant ou en reconnaissant de nouvelles compétences chez certains groupes professionnels. C'est l'exemple des bilans de médication en officine.

La substitution : il s'agit de transférer des tâches précédemment effectuées par un groupe de professionnels à un autre comme par exemple la délégation de tâche. Nous remarquons que dans le cadre de la délégation de tâches la collaboration se fait le plus souvent de façon unilatérale : du MG vers le PO. C'est notamment le cas avec la mise en place de protocoles nationaux et du pharmacien correspondant. Ceci s'explique du fait que l'accès à un MG est plus complexe sur le territoire en comparaison de l'accès à la pharmacie. En effet, nos recherches nous ont permis de conclure à une répartition plus harmonieuse des pharmacies en France (18). Cette facilité d'accès couplée aux connaissances du PO permet l'orientation des patients, dont l'objectif est de désengorger les cabinets médicaux et de faciliter l'accès au soin. On peut par exemple citer le dispositif OSYS qui a recours au PO dans ce sens (39). Bien que la délégation de tâche se développe et est encouragée de nouveau par le plan " Ma santé 2022" (95), elle ne fait pas l'unanimité parmi les MG et les PO (20). Dans le travail de thèse de

Bernardin M. de 2020 (96), les MG reconnaissent le potentiel de la collaboration avec les PO, mais ils émettent des réserves quant à la délégation de tâches. Ils sont ouverts à la délégation de certaines tâches aux PO comme la vaccination antigrippale, mais ils émettent des inquiétudes concernant la responsabilité et la délégation des actes à visée diagnostique ou la prescription de médicaments.

Dans ce sens, le transfert de tâche peut se développer et remplacer la délégation de tâche, comme nous le montre la thèse de M. Bernardin (96). La principale différence résidant dans le fait que l'intégralité de la responsabilité revient à celui qui effectue l'acte. Les deux situations dans lesquelles le transfert de tâche est validé actuellement sont : la prise en charge des angines et des cystites à l'officine. Cependant, le transfert de tâche pourrait mener à une perte du lien collaboratif entre le MG et le PO.

La collaboration informelle est une forme de collaboration qui se superpose aux autres, elle existe à tout niveau de collaboration que cela soit en structure de soins ou non. Au cours de nombreux entretiens, ces échanges informels sont ressortis et ont permis de faire naître l'envie de travailler ensemble. Or, dans la revue de littérature, nous n'avons pas identifié de résultats concernant la collaboration informelle. En 2022, le travail de G. Chauvot et M. Benoit portant sur la collaboration informelle entre MG et infirmière a été publié (97). Les auteurs y soulignent le rôle crucial des interactions informelles et conviviales pour promouvoir l'efficacité professionnelle et le bien-être au travail, même s'il n'est pas spécifique à la collaboration MG-PO. Ils démontrent que ces liens informels renforcent les compétences collaboratives en favorisant la cohésion d'équipe (meilleure connaissance mutuelle, entraide, diminution des rapports hiérarchiques), une communication plus fluide et adaptée, une optimisation de l'organisation du travail (concertation permettant une résolution plus rapide des problèmes complexes) et une amélioration du bien-être au travail (évite l'isolement). Cependant, ils mettent également en garde contre les limites potentielles de ces échanges informels : risque de conflit entre les exigences professionnelles et les relations informelles, risque de rupture du secret professionnel, diminution de l'objectivité du fait d'un investissement émotionnel trop important, envahissement de la vie privée (surinvestissement, débordement d'horaire). La collaboration informelle, effectuée dans de bonnes conditions, est donc une base d'encrage à la formalisation de la collaboration.

2.5. Le défi de la communication MG-PO : exemple de la messagerie sécurisée

Selon nos résultats, les modalités de communications préférentielles des MG et PO seraient les échanges téléphoniques ou en face-à-face. En effet, on peut qualifier ces modalités d'échanges comme étant synchrones, celles-ci offrent une capacité de partage d'informations instantané, de délibération et facilitent la gestion de situations complexes (98). Cependant ce type d'échange soulève des problématiques : les PO soulignent la difficulté à joindre les MG et les deux professions mettent en avant un manque de temps pour les échanges d'autant plus en face-à-face (63). Un autre moyen nettement moins cité et moins utilisé pour les échanges entre MG et PO existe ; c'est la messagerie sécurisée. Celle-ci constitue à l'inverse une forme d'échange asynchrone, qui permet principalement une meilleure gestion du temps des professionnels, comme le souligne l'étude de 2021 de Meenakshi Jhala et Rahul Menon (99). L'utilisation d'une messagerie sécurisée par les MG et les PO serait une piste intéressante pour faciliter la communication et la collaboration.

La numérisation du système de santé en France est un projet qui a débuté en 1995 avec la création d'Apicrypt qui est la première messagerie sécurisée de santé et qui est encore largement utilisée (100). Depuis 2019, la stratégie nationale du numérique en santé est conduite par l'Agence du Numérique en Santé (ANS). L'ANS a mis en place les échanges d'informations via l'espace de confiance MSSanté qui permet les échanges entre professionnels même s'ils n'ont pas la même messagerie sécurisée. Selon les données de l'ANS plus de 300 000 professionnels de santé libéraux en sont équipés (101). Malheureusement les données concernant spécifiquement les MG ou les PO ne sont pas disponibles, et d'après notre travail, nous pouvons supposer que ce n'est pas un outil largement utilisé pour la communication entre MG et PO. Selon le travail de thèse de Arriuberge P. en 2022 (100) portant sur l'utilisation de l'espace MSSanté par les MG libéraux des Landes, plusieurs avantages à l'utilisation de messageries sécurisées sont avancés ainsi que certains inconvénients. Ces résultats sont en cohérence avec ceux trouvés dans notre recherche. Les avantages cités sont le gain de temps, la sécurisation et la facilitation des échanges. Parmi les inconvénients soulignés, il y a notamment la multiplication des supports d'échanges qui peut présenter un risque de perte d'informations ou donner plus de travail pour retrouver celle-ci et l'intégrer au dossier patient.

Ce risque de perte d'information rapporté par les professionnels interrogés dans cette thèse, rejoint une problématique que nous avons également retrouvée : la gestion du secret médical et de la confidentialité quant au partage d'informations. En effet, la confidentialité est une des préoccupations des MG(63), et cela constitue un frein réel à la collaboration entre MG et PO. Selon le Code de la Santé Publique, tout professionnel de santé intervenant dans la prise en charge d'un patient est soumis à ce secret. Toutefois, les professionnels d'une même équipe de soins peuvent échanger des informations médicales nécessaires au suivi médico-social du patient : c'est la notion de secret médical partagé. Cependant, malgré cela les MG insistent sur l'importance de respecter la confidentialité des patients, soulignant que : « les patients peuvent ne pas vouloir partager certaines informations avec les pharmaciens »(63). Le développement de la collaboration MG-PO pourrait modifier les aprioris des patients concernant les différents professionnels de santé, les considérant davantage comme une équipe soudée que comme des professionnels individualisés.

2.6. La rémunération, un levier clé : vers un modèle optimal

Dans nos résultats, la rémunération des professionnels est clairement identifiée comme un levier fort et reconnu car citée dans près d'un tiers des articles. Il semble s'agir d'un facteur d'influence majeur mais sans consensus ou discussion plus approfondie sur comment rémunérer au mieux les professionnels. Dans nos dispositifs on remarque une tendance similaire : la grande majorité (24/30) des dispositifs français abordés sont rémunérés de manière différente : certains à l'acte (vaccination, entretiens pharmaceutiques ou bilan partagé de médication), ou par capitation (comme le pharmacien correspondant), d'autres utilisent un système mixte avec une base forfaitaire modulable (comme dans les MSP, le réseau Mille Soins ou les ESP CLAP). Nous remarquons qu'il n'est pas possible de dégager un consensus dans les modèles de rémunération des différents dispositifs. Cette absence de consensus nous permet d'émettre l'hypothèse qu'il n'y a pas une seule bonne solution mais un ensemble de méthodes différentes et complémentaires à utiliser au mieux. Enfin, l'analyse de nos résultats ne nous permet pas de retracer efficacement une évolution des modèles de rémunération.

Bien qu'il soit difficile d'identifier dans nos résultats un début pour la rémunération des dispositifs de collaboration, il semble que la réflexion autour de cette problématique date de la fin des années 2000, avec dès 2008 (102) le vote d'une

expérimentation sur les nouveaux modes de rémunérations (ENMR). Mise en place en 2011, cette expérimentation est une preuve de l'engagement de la sécurité sociale dans cette direction (103). Ayant reçu une évaluation positive, cette expérimentation trouve sa forme finale dans l'« Arrêté du 23 février 2015 portant l'approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité », qui assure la rémunération de certaines structures pluriprofessionnelles dont les MSP.

Cette position de la rémunération comme facteur d'influence incitant les professionnels de santé à modifier leur pratique apparaît en effet clairement dans des sources extérieures(104,105). En effet, la rémunération du PO dans la réalisation de TROD pour les angines, la participation à la vaccination, la réalisation d'entretiens pharmaceutiques permet d'orienter et de diversifier son activité professionnelle.

Selon nos résultats, il n'existe pas de solution unique à la rémunération ce qui rejoint le point de vue de l'Assurance Maladie (106). Celle-ci affirme qu'il n'y a pas un seul bon système de paiement des professionnels. Différents modes de rémunération semblent coexister et présentent des forces et faiblesses spécifiques, d'où l'intérêt d'utiliser simultanément plusieurs modes de rémunération. Par exemple, le paiement à l'acte peut inviter à multiplier les actes au détriment de la qualité, et peut donc inciter à réaliser des actes inappropriés ou en excès (105). Les rémunérations forfaitaires (ou salariat) comme mises en place dans les centres de santé accusent un problème d'incitation à l'effort car le salaire du professionnel n'est pas corrélé à l'intensité de son activité (105). La capitation (rémunération selon la taille de la patientèle) présente deux défauts principaux : contenter le patient de sorte à ce qu'il reste fidèle au MG ce qui induit une concurrence entre MG et promouvoir l'augmentation de soins de manière parfois injustifiée afin de conserver une patientèle conséquente. Il existe même un risque d'incitation à l'évincement des cas complexes des patientèles car leur gestion plus chronophage n'est pas valorisée avec ce système.

Enfin, l'assurance maladie conclut que selon les tendances internationales et les résultats de la littérature, les modèles les plus efficaces sont les modèles de rémunération mixtes mélangeant la capitation, le paiement à l'acte et forfaitaire avec la spécificité d'inclure une incitation financière additionnelle à la qualité (et non sur l'efficacité), mesurée avec des critères de performances prédéfinis(106). Il convient de spécifier qu'à notre connaissance aucun des dispositifs que nous avons pu répertorier ne bénéficie d'un tel système de rémunération.

2.7. Évaluation de la collaboration MG-PO : un objectif crucial pour une pratique fondée sur des preuves

Nous avons identifié peu d'évaluations de dispositifs de collaboration MG-PO. Outre les résultats d'enquêtes de satisfaction et les évaluations dont les résultats ne sont pas ressortis, seuls trois dispositifs (Osyp, PAERPA, DIAPED) font état de résultats concrets d'évaluation tels que la réduction des risques iatrogéniques, et la diminution du passage aux urgences avec PAERPA. Une revue de littérature récente a évalué l'efficacité de la collaboration entre MG et PO mais les résultats ressortis n'ont identifié que des résultats d'expériences étrangères. Elle souligne un manque d'évaluation pertinente de nos systèmes de collaboration comparé à l'étranger, un constat que nous retrouvons dans nos recherches (89). Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce résultat.

D'une part, le développement des dispositifs de collaboration en France est encore récent, et nous n'avons pas encore assez de recul pour évaluer leur efficacité. Les dispositifs les plus récents tels que les articles 51 comportent systématiquement une étape d'évaluation prévue, mais ils sont, pour la plupart, actuellement en cours d'évaluation. Pour les trois dispositifs identifiés ci-dessus, dont deux sont des articles 51, l'évaluation est prévue en amont et sa mise en place est instaurée de manière méthodologique dès le début de l'application du dispositif puis une analyse approfondie des résultats des évaluations est effectuée.

D'autre part, il est difficile de mesurer les effets de la collaboration sur les différents acteurs (patients, professionnels de la santé et systèmes de santé); à cause notamment de l'hétérogénéité des pratiques, la difficulté de les comparer et la nécessité d'inclure un nombre important de patients pour obtenir des résultats robustes. C'est par exemple le cas pour les RCP dont leur application n'est pas homogénéisée. Chaque MSP est libre d'établir sa propre organisation et elle ne regroupe pas toujours les mêmes professionnels. Dans l'étude de M. Geurts, l'analyse de 83 articles portant sur ce sujet n'a identifié que 9 résultats statistiquement significatifs, soulignant un manque de données probantes robustes (53). La faible taille des échantillons dans la plupart des études est pointée du doigt comme un obstacle majeur à l'évaluation fiable de l'efficacité de cette collaboration dans un contexte de soins primaires.

Enfin, l'évaluation est une activité coûteuse et chronophage, ce qui nécessite des ressources et des compétences spécifiques que les professionnels de la santé n'ont pas toujours. Comme cité ci-dessus (86), en France les professionnels de santé en soins primaires sont moins sensibilisés à la recherche et donc à l'application de méthodologie d'évaluation fiable et valide. Néanmoins certains dispositifs identifiés ont eu des évaluations mais celles-ci étaient peu formalisées, comme les enquêtes de satisfaction. Il y avait aussi des dispositifs pour lesquels des évaluations étaient prévues mais leurs résultats ne sont pas ressortis. Par ailleurs, certains articles de recherche ne mentionnent pas d'évaluation, mais cela ne signifie pas qu'il n'y en ait pas eu par la suite.

2.8. Diversité des pratiques internationales : une analyse comparative

A l'étranger, la Suisse est le pays le plus représenté parmi les dispositifs mis en évidence par notre recherche bibliographique. Or selon l'Ordre national des pharmaciens, ce sont les pays anglo-saxons qui sont le plus avancés en matière de pratique collaborative (Etats-Unis, Canada, Royaume-Uni) (12).

Plusieurs facteurs ont pu influencer ce résultat. De fait, un de nos critères d'inclusion était la disponibilité en français ou en anglais des articles. Même si nous avons traduit nos mots clés et équations de recherche en anglais pour les bases de données internationales, les mots utilisés initialement et notre façon de les assembler étaient directement inspirés de la langue française. La Suisse étant un pays francophone, notre recherche nous a probablement orienté en priorité vers des articles francophones. Par ailleurs, de nombreuses publications associent au moins 2 auteurs de nationalité différentes, et la France et la Suisse sont deux pays qui co-publient fréquemment ensemble. Enfin, la Suisse est un des pays européens francophone qui a un fort impact international. Tous ces éléments peuvent expliquer la surreprésentation de ce pays dans nos résultats (88).

Les problématiques de santé semblent être similaires en France et à l'étranger. C'est pourquoi on retrouve des dispositifs analogues dans de nombreux pays.

Les réunions de concertations pluriprofessionnelles (Suisse, Ecosse) et les bilans de médicaments (Suisse, Allemagne, Australie, Autriche, Nouvelle-Zélande) sont les dispositifs les plus fréquemment mis en place. Chaque dispositif répond néanmoins à

une organisation et des besoins spécifiques qui peuvent différer d'un pays à l'autre. Ce sont des dispositifs qui ont prouvé leur efficacité, qui peuvent s'adapter facilement à une organisation de soin. Ils permettent d'améliorer la qualité, l'organisation des soins et de limiter leur coût.

La France s'inspire de dispositifs étrangers. C'est le cas du projet OSYS (article 51) dont la création est directement liée au dispositif suisse NetCare et dont l'objectif est d'améliorer la prise en charge de pathologies aiguës et bénignes et de faciliter l'accès aux soins.

Les Cercles de qualité suisses sont aussi un exemple de modèle repris en France. En effet, les cercles de qualité suisses existent depuis 1997 et sont aujourd'hui répandus dans la plupart des cantons et se sont même étendus aux établissements médico-sociaux. Le premier cercle de qualité français a débuté en 2018 et est toujours en cours d'expérimentation. Les cercles de qualité suisses et français ont pour objectif d'améliorer la qualité des soins et la prise en charge des patients. Ils permettent aux professionnels de santé de se rencontrer pour échanger sur leurs pratiques, identifier les risques et les opportunités d'amélioration, et mettre en place des actions correctives. Les cercles de qualité suisses et français sont organisés de manière similaire. En Suisse, les cercles de qualité sont généralement rémunérés par les cantons ou les caisses maladie à l'inverse de la France.

A l'inverse, des dispositifs spécifiques à un pays existent. En Suisse, un exemple de projet efficient a vu le jour en 1992 : le réseau DELTA qui est actuellement un des plus grands réseaux du pays. Ce réseau fonctionne bien pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il a un soutien financier et logistique important des cantons et des caisses maladie. Ce soutien permet de financer les activités du réseau (formations, mise à disposition de ressources pédagogiques, et l'organisation de réunions). De plus, le réseau DELTA est organisé de manière structurée et efficace. Il dispose d'une équipe administrative dédiée, d'un conseil d'administration, et d'un réseau de professionnels formés à la démarche qualité. Enfin, ce réseau est fondé sur une dynamique de collaboration forte entre les professionnels de santé, notamment via la mise en place des cercles de qualité. Les résultats des évaluations de ce réseau sont un argument supplémentaire pour affirmer que c'est un modèle de réussite en matière d'amélioration de la qualité des soins (107). Néanmoins, même si ce dispositif a montré une réelle efficience en Suisse, il ne le serait pas pour autant en France ou dans un autre pays car les systèmes de santé ne sont pas les mêmes.

Enfin, au Canada et aux Etats-Unis, le PO a un champ de compétence très élargi, notamment sur la gestion des ordonnances. Ils peuvent modifier des ordonnances, faire des prescriptions, dans certains cas prescrire des bilans biologiques selon des protocoles bien définis.

3. Analyse de la méthodologie : forces et faiblesses

Cette thèse constitue à notre connaissance un travail original et ce sur plusieurs points.

Dans cette étude, les différents dispositifs de collaboration entre MG et PO ont été présentés de façon égale indépendamment du nombre de sources d'informations les citant et sans tenir compte de leurs applications respectives en pratique.

Notre travail se veut une synthèse fonctionnelle des différentes informations produites sur le sujet de la collaboration MG-PO. Nous n'avons identifié aucun document visant à identifier et classer un maximum de dispositifs impliquant la collaboration MG-PO. D'une manière générale peu de travaux avaient pour objectif de décrire différents dispositifs. Le travail portait soit sur une description précise d'un dispositif (que ce soit en général ou sur une application particulière), soit sur la collaboration MG-PO en général.

Notre approche méthodologique mêlant revue de littérature et étude qualitative lie de façon complémentaire deux méthodes de recherche d'information distinctes. En effet, cette méthode permet de mettre en relation des informations complémentaires, nous permettant d'identifier des dispositifs de nature variée y compris qui n'ont pas fait l'objet de publication dans des bases de données de recherche universitaire.

Cette méthodologie présente néanmoins des limites. Une limite importante à citer est la différence entre les niveaux de preuve des différentes sources. Il existe déjà une grande variance entre les niveaux de preuves des différents articles, elles vont de la méta analyse à l'entretien semi-dirigé.

Pour la revue de littérature, la question se pose de savoir si les sources les plus pertinentes ont été sélectionnées. Notre travail se base sur Embase, PubMed, LiSSa et Sudoc, elles correspondent à des bases de données standards sur lesquelles nous retrouvons des informations concernant la recherche médicale. Deux des bases de données ne publient que des travaux de recherches français (LiSSa et Sudoc). D'autres sources auraient été envisageables (BioMed, Cairn, Cochrane...) mais la quantité d'information aurait été excessive. La principale question ne repose cependant pas sur quelle revue de publication de recherche médicale privilégier mais sur la pertinence des publications de recherche dans ce cadre. Il apparaît finalement que pour traiter la question des dispositifs nationaux les sources à privilégier sont peut-être des sources nationales sans visée de recherche universitaires (citons l'HAS, les ARS, le ministère de la santé, le quotidien du pharmacien, prescrire, l'Egora...). Ces sources, plus proches

des professionnels de santé, semblent en effet renfermer plus d'informations sur les dispositifs concernant ces mêmes professionnels de santé. Y trouver les informations que l'on recherche est simple mais il est complexe d'élaborer une méthodologie de recherche solide car ces bases de données ne sont pas destinées à un travail de recherche et ne permettent souvent pas l'élaboration d'équations de recherche. Ce sont d'excellentes sources de complétion d'informations mais la recherche primaire de textes sur les dispositifs de collaboration donne des résultats non satisfaisants.

Ces questions nous amènent aussi à discuter des sources choisies pour identifier les articles dans la revue de littérature. Nos bases de données centrées sur le territoire national français sont le Sudoc et LiSSa et les autres bases proposent des sources à l'échelle internationale (Embase et PubMed). N'aurait-il pas été pertinent de plus centrer notre recherche sur des bases de données françaises et de se limiter à une seule base de données internationale ?

Concernant les entretiens individuels, ce sont des sources subjectives, car ils reflètent la vision des personnes interrogées dans leur contexte particulier. De même concernant les entretiens, nous avons comme limite géographique : le territoire français, mais nous avons interrogé principalement des personnes situées en Pays de Loire et Bretagne. Ceci s'explique du fait de notre implantation personnelle en Pays de Loire et de l'utilisation de l'effet boule de neige.

Enfin, l'aspect interprofessionnel que revêt notre thèse tant dans les thématiques abordées que dans la formation des doctorants car nous sommes pour rappel une équipe pluriprofessionnelle constituée de deux étudiants en pharmacie officinale et deux en médecine générale. Cette complémentarité des points de vue, des connaissances comme des compétences a permis la mise en place de binômes médecins-pharmaciens permettant de diminuer le biais de subjectivité. Le fait que nous soyons quatre a permis aux binômes d'évoluer, nous permettant ainsi de croiser tous les points de vue et d'effectuer un travail de recherche plus étendu.

Le travail à quatre a présenté de nombreux avantages, mais il a nécessité également une organisation rigoureuse. Il a fallu coordonner nos agendas, se réunir régulièrement pour partager les avancées et parvenir à un consensus sur les résultats. Le travail de relecture a également été important, car il permet de garantir la qualité du travail mais a été un travail supplémentaire non négligeable.

Ce travail a aussi été enrichissant personnellement car il nous a permis de développer notre capacité à travailler en équipe pluriprofessionnelle.

Enfin, notre position de soignants nous donne une vision privilégiée des enjeux actuels de la collaboration interprofessionnelle et nous permet de comprendre l'intérêt de la collaboration.

4. Perspectives

Ce travail recense de nombreux dispositifs de collaboration entre MG et PO, mais il ne mesure pas leur impact réel. Une évaluation de l'utilisation de ces dispositifs serait utile pour mieux comprendre la place de la collaboration dans la pratique quotidienne.

De plus, ce travail nous amène à constater que de nombreux dispositifs coexistent en France mais que pour la majorité ils sont peu connus et diffusés. La création d'une base de données nationale accessible aux professionnels de santé et regroupant les différents dispositifs collaboratifs existants pourrait être innovante. Cette base de données pourrait se matérialiser sous la forme d'un site internet actualisé directement par les structures coordonnées ou par les structures évaluatrices de projets. Un système de recherche par thématique (*exemple : recherche un modèle de protocole pour la prise en charge du diabète*) et par région (*exemple: identification des protocoles mis en place à proximité du lieu d'exercice afin de s'y associer ou d'y orienter les patients*) pourrait être intégré. Certes tout projet implique des ressources mais il ressort de notre analyse que les professionnels disposent de nombreux outils afin d'exercer leur profession différemment et en collaboration. Ce qu'il nous manque aujourd'hui c'est de la visibilité et des bases de données centralisées et actualisées.

Enfin, suite à la réalisation de notre travail, il nous semble que la formation est un élément majeur dans le développement et l'évolution de la collaboration entre MG et PO. En effet, nous considérons que les métiers de MG et de PO vivent un tournant depuis une dizaine d'années, et qu'il s'agisse de la formation initiale ou continue il est important d'adapter la formation afin de répondre aux nouvelles modalités d'exercice. Certaines universités ont d'ailleurs fait des progrès dans ce sens mais ces initiatives isolées (séminaire interprofessionnel, échange lors d'une journée de stage, TD bilan de médication) ne sont peut-être pas suffisantes et pourraient être complétées et généralisées. Parmi les propositions que nous avons pu noter, il paraît intéressant à plusieurs égards de faire des cours communs sur des matières partagées, proposer plus de journées de stage interdisciplinaire. D'une part cela permettrait de resserrer les liens entre filières très tôt mais également cela permettrait une meilleure compréhension de l'étendue des domaines de connaissance de chacun.

CONCLUSION

Notre travail dresse un tableau des différents dispositifs de collaboration entre MG-PO en France. La collaboration entre MG-PO est une tendance croissante dans les systèmes de santé modernes mais elle reste encore récente. Elle est un levier essentiel pour améliorer la prise en charge des patients. Les dispositifs identifiés ont pour objectifs de renforcer la coordination des soins entre les deux professionnels, d'améliorer le suivi des patients, de réduire les risques d'erreurs de prescriptions ou de dispensation et de favoriser l'observance des patients.

Ces dispositifs ne cessent de se développer et sont en phase avec les évolutions du système de santé qui tend vers une plus grande coordination des soins. Le déploiement de mesures incitatives telles que les rémunérations attractives, les outils de communication adaptés et de partage des données ainsi que l'accompagnement des professionnels tel que les formations, les espaces de rencontre et les outils de soutien à la collaboration semblent indispensables à leur extension. La collaboration entre MG et PO est un objectif ambitieux qui nécessite une réflexion et des actions concertées.

BIBLIOGRAPHIE

1. Les Agences régionales de Santé (ARS). Lexique des parcours de A à Z. 2016 janv p. 92.
2. Amour D d', Sicotte C, Lévy R. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. Sci Soc Santé. 1999;17(3):67-94.
3. Organisation mondiale de la santé (OMS). Framework for action on interprofessional education & collaborative practice [En ligne]. [6 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
4. Organisation mondiale de la santé (OMS). Déclaration d'Alma-Ata [En ligne].1978. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/347880/WHO-EURO-1978-3938-43697-61473-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Société Française de Médecine Générale. Fiche n°3 - Les soins primaires [EN ligne]. [14 avr 2023]. Disponible sur: https://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/805/fichier_fiche3_soins_primaires51e8e.pdf
6. Bourgueil Y., Ramond-Roquin A., Schweyer FX. Recherche en médecine générale. In: Saint-Lary O., Imbert P., Perdrix C. Médecine générale pour le praticien. Issy-les-Moulineaux. Elsevier Masson. 2022. p. 553-6.
7. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Soins de santé primaires [En ligne]. 2021 [14 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care#:~:text=Les%20soins%20de%20sant%C3%A9%20primaires%20garantissent%20que%20les%20personnes%20re%C3%A7oivent,possible%20de%20leur%20environnement%20quotidien>
8. Anguis M., Bergeat M., Jacques P., Vergier N., Chaput H.. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique? Constat et projections démographiques [En ligne]. DREES; 2021. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf>
9. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
10. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
11. Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

12. Adenot I. Coopération interprofessionnelle. Décloisonner pour améliorer le parcours de soins : 10 exemples concrets [En ligne]. Ordre national des pharmaciens ; 2016 [6 juill 2023]. Disponible sur : <https://www.calameo.com/read/00244939513baf568150b>
13. Portail d'accompagnement des professionnels de santé Pays de la Loire. L'exercice coordonné. [En ligne]. [20 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.paysdelaloire.paps.sante.fr/lexercice-coordonne-136>
14. Joly F. Le Dossier médical partagé [Mémoire]. France, Rennes : Université de Rennes ; 2018.
15. Techer L. La collaboration entre pharmaciens d'officine et médecins généralistes : le point de vue des pharmaciens [Thèse d'exercice]. France, Paris : Université Paris Cité. 2020.
16. Bardet JD, Bouchez T, Bourgueil Y. Développer la recherche dans le domaine des soins primaires : Quelles questions? Quelles approches ? [En ligne]. 2018 [13 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.avecsante.fr/wp-content/uploads/2019/03/actes-developper-la-recherche-en-soins-primaires-sppir-2019-1.pdf>
17. Mateo S. Procédure pour conduire avec succès une revue de littérature selon la méthode PRISMA. Kinésithérapie la Revue. 2020 ;20(226) :29-37.
18. Anglard N. Coopération pharmaciens-médecins : à partir d'expériences en France et en Suisse, élaboration de voies d'avenir [Thèse d'exercice]. France, Lyon : Université Claude Bernard ; 2014.
19. Quercron M. Coopération interprofessionnelle : regards croisés médecin généraliste-pharmacien d'officine [Thèse d'exercice]. France, Nantes : Nantes Université. 2019.
20. Morlaes S. La collaboration entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine autour de la prescription médicamenteuse. Enquête réalisée auprès de pharmaciens d'officine dans le sud des Landes [Thèse d'exercice]. France, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2015.
21. Miget P. Nouvelles missions du pharmacien d'officine et collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine : enquête sur la perception des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. France, Nancy : Université de Lorraine ; 2017.
22. d'Elbée M, Baumevieille M, Dumartin C. Missions de coopération introduites par la loi « hôpital, patients, santé et territoires » : participation des pharmaciens d'officine en Aquitaine. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. 2017 ;65(3) :231-9.

23. Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Consignes et aide à la facturation [En ligne]. 2017 [1 avr 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/maine-et-loire/pharmacien/sante-prevention/accompagnements/accompagnement-pharmaceutique-patients-chroniques/consignes-aide-facturation>
24. Qassemi S, Mouchoux C, Eyvrard F, Tesquet N, Rouch L, McCambridge C, et al. Le bilan de médication en soins primaires chez les plus de 65 ans. *Actualités Pharmaceutiques*. 2018 ; 57(572) :37-9.
25. Haute Autorité de Santé (HAS). Réunion de concertation pluridisciplinaire. [En ligne]. [24 mars 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806878/fr/reunion-de-concertation-pluridisciplinaire
26. Haute Autorité de Santé (HAS). Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA [En ligne]. [1 avr 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa
27. Haute Autorité de Santé (HAS). Promouvoir les parcours de soins personnalisés pour les malades chroniques [En ligne]. [1 avr 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1247611/fr/promouvoir-les-parcours-de-soins-personnalisés-pour-les-malades-chroniques
28. Haute Autorité de Santé (HAS). Élaboration du guide et des outils parcours de soins pour une maladie chronique [En ligne]. 2012. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-05/methode_parcours_de_soins_web.pdf
29. Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Doubs. Facturation d'un plan personnalisé de santé [En ligne]. 2017. Disponible sur : [https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/media/18592/download?inline#:~:text=40%20%E2%82%AC%20pour%20le%20m%C3%A9decin,ou%20pharmacien%20d'officine\).&text=Le%20PPS%20est%20le%20seul,liquid%C3%A9%20en%20tant%20que%20structure.](https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/media/18592/download?inline#:~:text=40%20%E2%82%AC%20pour%20le%20m%C3%A9decin,ou%20pharmacien%20d'officine).&text=Le%20PPS%20est%20le%20seul,liquid%C3%A9%20en%20tant%20que%20structure.)
30. Le Nguyen MH. Dispensation sous protocole en cas de cystite aiguë : quelles sont les préférences d'orientation en soins primaires des pharmaciens d'officine, des médecins et des étudiants en santé ? [Thèse d'exercice]. France, Grenoble: Université Grenoble Alpes; 2020.
31. Vandangeon M. Évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient post-infarctus à l'officine : le programme ETOPPIA. [Thèse d'exercice]. France, Angers : Université Angers; 2016.
32. Le Gac B. URPS des pharmaciens des Pays de la Loire. État des lieux sur les pratiques en ETP des pharmaciens et infirmiers libéraux Ligériens formés aux 40h via

- les URPS [En ligne]. 2020. Disponible sur : https://urpspharmaciens-pdl.com/wp-content/uploads/2020/09/rapport_etatdeslieuxetp_pdl_urps_ph_idel.pdf
33. Bonte M.. Le Quotidien du Pharmacien. De nouveaux honoraires en vue. [En ligne]. 2023 [2 avr 2024]. Disponible sur : <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/exercice-pro/de-nouveaux-honoraires-en-vue>
34. Thomas É. Prise en charge coordonnée de la complexité en soins primaires et qualité de vie perçue : évaluation quantitative du protocole proposée par l'équipe pluriprofessionnelle SENS au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) à La Réunion [Thèse d'exercice]. France, Saint-Pierre : Université de la Réunion.2019.
35. Sbaa A. La place du médecin généraliste dans une campagne de dépistage expérimentale du diabète de type 2 en officine : enquête qualitative menée auprès de 12 médecins généralistes du Haut-Rhin à propos d'une campagne de dépistage du diabète de type 2 en officine [Thèse d'exercice]. France, Strasbourg: Université de Strasbourg; 2020
36. URPS pharmaciens Grand Est, ARS Grand Est. DIA-DEP : Expérimentation de dépistage du diabète en officine, CPOM 2 2022-2024 [En ligne]. 2022. Disponible sur : <https://www.urpspharmaciensgrandest.fr/fr/articles/194>
37. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Livret d'accompagnement pour les porteurs de projet article 51 [En ligne]. 2022. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/article51_livret_accompagnement_porteur_010720.pdf
38. Arrêté du 23 juillet 2020 relatif à l'expérimentation d'une Organisation et coordination des traitements âgé ville établissements de santé (OCTAVE). Journal Officiel, n°0186 du 30 juillet 2020, page 358.
39. Agence régionale de santé Bretagne (ARS). Orientation dans le Système de Soins (OSyS) Projet d'expérimentation sur la restructuration du parcours de soins et la dispensation pharmaceutique encadrée Prise en charge du premier recours par le pharmacien d'officine-Cahier des charges version 7.4 [En ligne]. 2023. Disponible sur : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/media/110766/download?inline>
40. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Le parcours santé des aînés (Paerpa) [En ligne]. 2024 [6 avr 2024]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/>
41. Bricard D, Or Z, Penneau A. Evaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa). Rapport Irdes 2020. 78. [En ligne] ; Disponible sur : <https://www.irdes.fr/recherche/2020/rapport-575-evaluation-d-impact-de-l-experimentation-parcours-sante-des-aines-paerpa.html>

42. Arrêté du 17 Octobre 2019 portant autorisation d'expérimentation « optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée, dans l'objectif final de réduire le risque iatrogène ». R32-2019-10-17-002. Agence régionale de santé (ARS) Hauts-de-France.
43. Arrêté du 23 janvier 2020 relatif au projet d'expérimentation « Parcours coordonné du patient dépressif entre le premier recours et la psychiatrie (SP-ADepress) ». Agence régionale de santé Pays de la Loire (ARS).
44. Quenot T. Le pharmacien d'officine au sein du réseau DROMARDIAB: rôle, collaboration et évolution selon la perspective des médecins et des IDE [Thèse d'exercice]. France, Grenoble : Université Grenoble Alpes; 2016.
45. Avis du 25 juin 2014 du Collège de la Haute Autorité de Santé relatif au protocole de coopération « Adaptation des doses d'anticoagulant par l'infirmière, le biologiste ou le pharmacien d'officine constitués en équipe de soins de ville et partage des informations de prise en charge (y compris biologiques) ». Haute Autorité de Santé (HAS). 2014.1 Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/a_2014_0070_protocole_pc_059.pdf
46. Prioux A. Réseau de santé pluridisciplinaire milleSoins : rôle du pharmacien dans les enjeux territoriaux de santé publique [Thèse d'exercice]. France, Limoges : Université de Limoges. 2013.
47. Bugnon O, Jotterand S, Niquille Charrière A, Ruggli M, Herzig L. Cercles de qualité médecins-pharmaciens, pour une responsabilité partagée de la liberté de prescription. Revue Médicale Suisse. 2012 ;8(341) : 1042-48.
48. Gouveia A, Berger J, Staeger P, Bugnon O. L'interprofessionnalité médecins-pharmaciens dans les soins ambulatoires : un potentiel à exploiter. Revue Médicale Suisse. 2019 ;15(669) :1962-6.
49. Le Corre T. Rôle des pharmaciens d'officine des maisons de santé pluriprofessionnelles au travers des protocoles pluriprofessionnels en Loire-Atlantique et Vendée en 2020 : étude descriptive transversale multi-méthodes. [Thèse d'exercice]. France, Nantes : Nantes Université. 2021.
50. Locca JF, Niquille A, Krähenbühl JM, Figueiredo H, Bugnon O. Qualité de la prescription médicamenteuse : des progrès grâce à la collaboration médecins-pharmaciens. Revue Médicale Suisse. 2009 ;5(227):2382-4, 2386.
51. Spechbach H, Besson M, Forni JL. Médecins de premier recours et pharmaciens d'officine : un tandem amené à se renforcer et à se (re)centrer sur le patient ? : Médecine Ambulatoire. Revue Médicale Suisse. 2011 ;7(310) : 1864-70.

52. Vandenabeele M. Révision d'ordonnance chez les patients âgés polypathologiques : étude de faisabilité et impact d'un protocole de coordination pluriprofessionnelle médecins généralistes / pharmaciens d'officine à la maison de santé de Steenvoorde. [Thèse d'exercice]. France, Lille: Université de Lille; 2019.
53. Geurts MME, Talsma J, Brouwers JRB, de Gier JJ. Medication review and reconciliation with cooperation between pharmacist and general practitioner and the benefit for the patient : A systematic review. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2012 ;74(1):16-33.
54. Fiß T, Thyrian JR, Wucherer D, Aßmann G, Kilimann I, Teipel SJ, et al. Medication management for people with dementia in primary care : description of implementation in the DelpHi study. *BMC Geriatrics*. 2013 ;13:121.
55. Schaffler-Schaden D, Pitzer S, Schreier M, Dellinger J, Brandauer-Stickler B, Lainer M, et al. Improving medication appropriateness in nursing home residents by enhancing interprofessional cooperation: A study protocol. *Journal of Interprofessional Care*. 2018;32(4):517-20.
56. Michot P, Catala O, Supper I, Boulieu R, Zerbib Y, Colin C, et al. Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique de la littérature. *Santé Publique : revue multidisciplinaire pour la recherche et l'action*. 2013;25(3):331-41.
57. Institut national de santé publique du Québec. Les ordonnances collectives : s'outiller autrement [En ligne]. 2011. Disponible sur : <https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/les-ordonnances-collectives-s-outiller-autrement>
58. Ramos H, Pardo J, Sánchez R, Puchades E, Pérez-Tur J, Navarro A, et al. Pharmacist-Physician Interprofessional Collaboration to Promote Early Detection of Cognitive Impairment: Increasing Diagnosis Rate. *Frontiers in Pharmacology*. 2021 ;12.
59. Roughead EE, Barratt JD, Ramsay E, Pratt N, Ryan P, Peck R, et al. The effectiveness of collaborative medicine reviews in delaying time to next hospitalization for patients with heart failure in the practice setting : Results of a cohort study. *Circulation Heart Failure*. 2009 ;2(5):424-8.
60. Cunningham DE, Zlotos L. Practice-Based Small Group Learning (PBSGL) in Scotland : the past, the present and the future. *Education for Primary Care*. 2019 ;30(6):337-41.
61. Algayres L, Fournier C. Conception d'un stage ambulatoire afin de favoriser la collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine. [Thèse d'exercice] France, Grenoble : Université Grenoble Alpes ; 2017.

62. Le Tourneur A. Enquête d'opinion auprès de 75 médecins spécialistes en médecine générale à propos de leur collaboration avec les pharmaciens d'officine. [Thèse d'exercice] France, Grenoble : Université Grenoble Alpes; 2016.
63. Bollen A, Harrison R, Aslani P, van Haastregt JCM. Factors influencing interprofessional collaboration between community pharmacists and general practitioners-A systematic review. *Health and Social Care in the Community*. 2019 ;27(4):189-212.
64. Herzberger S, Thiot M. Identification des freins et leviers d'une coopération du médecin généraliste et du pharmacien d'officine dans la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées sur le pays voironnais. [Thèse d'exercice] France, Grenoble : Université Grenoble Alpes; 2018.
65. Bradley F, Ashcroft DM, Noyce PR. Integration and differentiation: A conceptual model of general practitioner and community pharmacist collaboration. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2012 ;8(1) :36-46.
66. Goldman J, Meuser J, Rogers J, Lawrie L, Reeves S. Interprofessional collaboration in family health teams : An Ontario-based study. *Canadian Family Physician*. 2010 ;56(10) :368-74.
67. Löffler C, Koudmani C, Böhmer F, Paschka SD, Höck J, Drewelow E, et al. Perceptions of interprofessional collaboration of general practitioners and community pharmacists - a qualitative study. *BioMed Central health services research*. 2017 ;17(1):224.
68. Albassam A, Almohammed H, Alhujaili M, Koshy S, Awad A. Perspectives of primary care physicians and pharmacists on interprofessional collaboration in Kuwait : A quantitative study. *Public Library of Science one*. 2020 ;15(7).
69. Kelly DV, Bishop L, Young S, Hawboldt J, Phillips L, Keough TM. Pharmacist and physician views on collaborative practice: Findings from the community pharmaceutical care project. *Canadian Pharmacists Journal*. 2013;146(4):218-26.
70. Rigby D. Pharmacists in GP practices : The benefit of interdisciplinary teams. *Australian Journal of Pharmacy*. 2014 ;95(1124):61-3.
71. Icard O. Que pensent les médecins généralistes de la délégation de nouvelles missions aux pharmaciens d'officine ? Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 16 médecins généralistes de la région Auvergne-Rhône-Alpes. [Thèse d'exercice]. France, Lyon: Université Claude Bernard; 2021.
72. Pojskic N, Mackeigan L, Boon H, Ellison P, Breslin C. Ontario family physician readiness to collaborate with community pharmacists on drug therapy management. *Research in social and administrative pharmacy*. 2011 ;7(1):39-50.

73. Gordon C, Unni E, Montuoro J, Ogborn DB. Community pharmacist-led clinical services: physician's understanding, perceptions and readiness to collaborate in a Midwestern state in the United States. *The International Journal of pharmacy practice*. oct 2018;26(5):407-13.
74. Wüstmann AF, Haase-Strey C, Kubiak T, Ritter CA. Cooperation between community pharmacists and general practitioners in eastern Germany : Attitudes and needs *International journal of clinical pharmacy*. 2013 ;35(4):584-92.
75. Waszyk-Nowaczyk M, Guzenda W, Kamasa K, Pawlak K, Bałtrusiewicz N, Artyszuk K, et al. Cooperation Between Pharmacists and Physicians - Whether It Was Before and is It Still Ongoing During the Pandemic? *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2021 ;14 :2101-10.
76. Dubán L, Fazekaš T, Fulmeková M, Snopková M, Oleárová A, Kuželová M. Identifying the interprofessional agreement between community pharmacist's and general practitioner's views on collaborative practice in Slovakia. *Czech and Slovak Pharmacy*. 2017 ;66(2):67-75.
77. Clet E. Impact du regroupement pluriprofessionnel en maison de santé sur la collaboration entre les médecins et les pharmaciens d'officine. [Thèse d'exercice] France, Grenoble : Université Grenoble Alpes; 2020.
78. Dey RM, De Vries MJW, Bosnic-Anticevich S. Collaboration in chronic care: Unpacking the relationship of pharmacists and general medical practitioners in primary care. *The International Journal of pharmacy practice*. 2011;19(1):21-9.
79. Rubio-Valera M, Jové AM, Hughes CM, Guillen-Solà M, Rovira M, Fernández A. Factors affecting collaboration between general practitioners and community pharmacists: a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2012 ;12:188.
80. Geurts MM, Ivens M, van Gelder E, de Gier JJ. Development of a web-based pharmaceutical care plan to facilitate collaboration between healthcare providers and patients. *Informatics in primary care*. 2013 ;21(1):53-9.
81. Santschi V, Würzner G, Chiolerio A, Burnand B, Paradis G, Burnier M. Améliorer la prise en charge de l'hypertension artérielle en favorisant la collaboration avec les pharmaciens et les infirmières : Hypertension. *Revue Médicale Suisse*. 2012 ;8(353).
82. Côté L, Normandeau M, Maheux B, Authier L, Lefort L. Collaboration between family physicians and community pharmacists: opinions of graduates in family medicine. *Canadian Family Physician*. 2013 ;59(9):413-420.
83. Bardoulat C. La première vague de la Covid-19 et son influence sur les relations interprofessionnelles. [Thèse d'exercice]. France, Angers: Université d'Angers; 2021.

84. Sake FTN, Wong K, Bartlett DJ, Saini B. Integrated primary care insomnia management in Australia. *Research in social and administrative pharmacy*. 2018 ;14(2) :170-9.
85. Chevalier P., van Driel M., Vermeire E. Biais de publication : identification et essai de correction. *Minerva*. 2007 ;6(9) :144.
86. Jean-Philippe Joseph, Cedric Rat. Recherche en médecine générale. In: Saint-Lary O, Imbert P, Perdrix C, Médecine générale pour le praticien. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux ; 2022. p. 553-6.
87. Hamard N. La recherche en pratique officinale en France : état des lieux, comparaison avec les pays anglo-saxons, perspectives [Thèse d'exercice]. France, Rennes ; Université de Rennes. 2021.
88. De La Laurencie A, Laville F, Sachwald F. Le positionnement de la France dans le domaine de la recherche biomédicale à travers ses publications scientifiques. *L'Etat de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche en France*. 2017;(10): Fiche 48.
89. Adam M. Évaluation de la collaboration interprofessionnelle dans le système de soins primaires et de l'implication du pharmacien : une revue systématique [Thèse d'exercice]. France, Nantes : Université de Nantes ; 2023.
90. A. Penneau, Z. Or. Analyse des déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation. *IRDES* ; 2017. 24. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/072-analyse-des-determinants-territoriaux-du-recours-aux-urgences-non-suivi-d-une-hospitalisation.pdf>
91. La santé publique en France à l'épreuve de la COVID-19. *Santé Publique : revue multidisciplinaire pour la recherche et l'action*. 2020 ;32(1):5-7.
92. Bergeat M, Vergier N, Verger P. Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022. *DRESS* ; 2022.
93. Cassou M, Mousquès J, Franc C. Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes. *Questions d'économie de la santé*. *IRDES*. 2021;(258).
94. Bourgueil Y. Les apports des expériences internationales : entre substitution et diversification. *Actualité et dossier en santé publique*. 2010 ; (70) :30-2
95. Ministère des solidarités et de la santé. Le Dossier d'information « Ma santé 2022 » - Un engagement collectif. 2018. 52. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
96. Bernardin M. Représentation des médecins généralistes sur la délégation de tâches médicales aux pharmaciens : étude qualitative auprès de médecins généralistes de Lorraine [Thèse d'exercice]. France, Nancy : Université de Lorraine ; 2020

97. Chauvot G, Benoit M. Collaboration interprofessionnelle : étude des échanges informels et conviviaux entre médecins et infirmiers en médecine ambulatoire. [Thèse d'exercice]. France, Grenoble : Université de Grenoble Alpes ; 2022.
98. Canivec S, Cahier ML. Proximité et distance, communication synchrone et asynchrone. Chaire Fit2 : futurs de l'industrie et du travail. 2021 (1) : 12
99. Jhala M, Menon R. Examining the impact of an asynchronous communication platform versus existing communication methods: an observational study. BMJ Innovations. 2021;7(1):68-74.
100. Arriuberge P. Messageries Sécurisées de Santé et échanges d'informations médicales : enquête de pratique auprès de médecins généralistes libéraux du département des Landes. [Thèse d'exercice]. France, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2022.
101. Agence du Numérique en Santé. MSSanté. [En ligne]. [14 avr 2024]. Disponible sur : <https://esante.gouv.fr/produits-services/mssante>
102. Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité. Journal officiel n° 49 du 27 février 2015.
103. Direction de la sécurité sociale. Expérimenter une alternative au paiement à l'acte : les ENMR. [En ligne] 2011. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/08_Wanecq.pdf?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTAAAR3yYkfxGcYxKwaEa43wrKf9ZbhZK_toGKQCEXn4GD5i2PU9v9RVTuNI0e0_aem_AWqInJRGfoS7yZMdfDG7yANW6q32y9sfMuG8sXvG5MYMyFa9Vqw7JDoSPMjMizsB2vs1QF1hGhjXnQLHTIDjvA6p
104. Laboureux JP. Les Comptes de la sécurité sociale. Sécurité sociale. 2020 : 312, 126-9. Disponible sur : <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2020/RAPPORT%20CCSS-Sept%202020.pdf>
105. Albouy V, Déprez M. Mode de rémunération des médecins. Économie Prévision. 2009 ;188(2) :131-9.
106. Polton D, Bousquet F. Les modèles de rémunération : un regard international [En ligne]. 2011. Disponible sur :
107. Réseau Delta. Réseau Delta pour les médecins [En ligne]. [décembre 2023] Disponible sur : <https://www.reseau-delta.ch/reseau-delta-pour-les-medecins/>

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1 : Diagramme de flux des articles</i>	13
<i>Figure 2 : Dates de publication des articles : parallèle entre les publications à l'étranger et en France</i>	15

LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau I : Mots clés et équations de recherche</i>	8
<i>Tableau II : Caractéristiques des articles pour l'objectif principal</i>	14
<i>Tableau III : Caractéristiques des articles pour l'objectif secondaire</i>	16
<i>Tableau IV : Caractéristiques des participants.....</i>	17
<i>Tableau V : Facteurs influençant la collaboration</i>	69

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE.....	D
SERMENT DE GALIEN	E
INTRODUCTION	2
1. Préambule : définition des concepts de « coopération » et « collaboration »	2
2. Contexte.....	3
MÉTHODES	7
1. Revue de littérature	7
2. Etude qualitative	10
3. Analyse commune des données	11
4. Justification de présentation des résultats	12
RÉSULTATS	13
1. Description du corpus	13
1.1. Caractéristiques des articles issus de la revue de littérature	13
1.2. Caractéristiques des entretiens	16
2. Identification des dispositifs de collaboration en France.....	18
2.1. DISPOSITIFS D'ENVERGURE NATIONALE.....	18
2.1.1. Pharmacien correspondant	19
2.1.2. Entretiens pharmaceutiques	19
2.1.3. Bilan partagé de médication	21
2.1.4. Réunion de concertation pluridisciplinaire	22
2.1.5. Le plan personnalisé de santé	23
2.1.6. Protocoles nationaux de coopération	24
2.1.7. Projet ETOPPIA	26
2.1.8. Intervention pharmaceutique	27
2.1.9. Groupe d'analyse de pratique ou groupe de pairs.....	27
2.2. DISPOSITIFS EXPÉRIMENTAUX AVEC SOUTIEN NATIONAL	29
2.2.1. Protocole ESPREC	30
2.2.2. Campagne de dépistage du diabète de type 2 par le pharmacien : DIA-DEP	31
2.2.3. Réseau des correspondants	32
2.2.4. Articles 51	33
a) OCTAVE.....	34
b) OSYS	36
c) PAERPA	37
d) IATROPREV	38
e) SP-A Depress.....	40
2.3. DISPOSITIFS DE DÉPLOIEMENT D'INITIATIVE LOCAL SANS PERSPECTIVE DE GÉNÉRALISATION NATIONALE	42
2.3.1. DROMARDIAB	43
2.3.2. Adaptation des doses d'AVK par l'IDE, le biologiste ou le pharmacien...44	
2.3.3. La vaccination officinale : action de prévention.....	45

2.3.4. Réseau pluridisciplinaire Millesoins	46
2.3.5. Cercle de qualité	48
2.3.6. Protocole de coordination de révision des ordonnances des patients âgés polypathologiques	49
2.3.7. Protocole de prise en charge des cystites hors cadre d'exercice coordonné 50	
2.3.8. Équipe de Soins Primaires Coordonnée Localement Autour du Patient (ESP-CLAP)	51
2.3.9. Protocoles pluri professionnels dans un cadre coordonné	52
a) Protocoles intégrés aux ESP-CLAP.....	52
b) Autre exemple de protocole en MSP	55
2.3.10. Réunion Prescrire.....	56
3. A L'ETRANGER.....	57
3.1. Suisse : Cercles de qualité	58
3.2. Suisse : Assistance pharmaceutique dans les établissements médicaux sociaux (EMS)	59
3.3. Suisse : Réseau Delta	60
3.4. Suisse : Projet NetCare.....	61
3.5. Suisse : Bilans de médication.....	62
3.6. Suisse : Colloques entre chefs de clinique et pharmaciens	63
3.7. Allemagne : Bilan de médication à domicile	63
3.8. Autriche : Bilan médication en EHPAD.....	64
3.9. Nouvelle-Zélande : Revue de médication.....	65
3.10. USA : Collaborative Drug Therapy Management (CDTM)	65
3.11. QUÉBEC : Ordonnances collectives.....	66
3.12. Australie : Home medication review	66
3.13. Espagne : Protocole d'action coordonnée pour le dépistage précoce des troubles cognitifs.....	67
3.14. Ecosse: Practice-Based Small Group Learning (PBSGL)	68
4. Identification des facteurs influençant la collaboration	69
DISCUSSION	74
1. Résumé des résultats.....	74
2. Interprétation	75
2.1. Complexité du recensement des dispositifs : la recherche en soins primaires en France	75
2.2. Une stratégie pour la prise en charge des maladies chroniques et aiguës 76	
2.3. L'essor de l'exercice coordonné pour la collaboration entre professionnels de santé : atouts, limites et disparités territoriales	77
2.4. Collaboration formalisée et informelle : au-delà des structures pluriprofessionnelles, une diversité de formes et d'enjeux	79
2.5. Le défi de la communication MG-PO : exemple de la messagerie sécurisée 81	
2.6. La rémunération, un levier clé : vers un modèle optimal	82
2.7. Évaluation de la collaboration MG-PO : un objectif crucial pour une pratique fondée sur des preuves	84
2.8. Diversité des pratiques internationales : une analyse comparative.....	85
3. Analyse de la méthodologie : forces et faiblesses.....	88

4. Perspectives	91
CONCLUSION.....	92
BIBLIOGRAPHIE.....	93
LISTE DES FIGURES	103
LISTE DES TABLEAUX.....	104
TABLE DES MATIERES	105
ANNEXES.....	I
a) Annexe I. Grille de lecture	I
b) Annexe II. Grille d'entretien.....	II

ANNEXES

a) Annexe I. Grille de lecture

Information sur l'article				
Titre	Auteur	Date de publication	Objectif(s) de l'étude	Fondement de cette étude

Information sur le dispositif									
Nom	Expérimental Ou Définitif	Date De Mise En Place / Et Fin (Si Expérimental)	Porte (Locale, Nationale, Etranger?)	Taille Echantillon	Professionnel(S) Concerne (Es)	Objectif(S) Du Dispositif(S)	Nature (Regroupement ? Orga ?)	Critères Inclusions Et Exclusions	Financement ?

Evaluation du dispositif			AUTRES INFORMATIONS
Avantage	Limites du protocole	Projet à venir ?	Résultats de l'article

b) Annexe II. Grille d'entretien

Thème	Question	Réponse	Document complémentaire, commentaire
A. Informations sur l' <u>Interlocuteur</u>	Nom, Age, métier, Coordonnées		
	La personne a-t-elle connaissance d'un quelconque dispositif susceptible d'améliorer la communication entre médecin généraliste et pharmacien d'officine ? (Même un dispositif avorté doit être recherché)		
	Fait-elle partie de ce dispositif ?		
B. Informations sur le <u>dispositif</u>	Nom du dispositif		
	Expérimental ou définitif		
	Date de mise en place (et date de fin si expérimental).		
	Portée (communale, locale, régionale, nationale)		
	Taille (nombre de personnes concernées, soignants comme patients).		
	Objectif(s) et sous-objectifs		
	Nature (logiciel, regroupement, organisation)		
	Critères d'inclusion (s'il y en a)		
	Aides à la mise en place/Financement (présentes ? par qui? sous quelles conditions? quel montant/forme?)		
	Fonctionnement interne (concrètement, qu'est-ce qui change dans l'activité?)		
C. Évaluation et retours sur le dispositif ?	Existe-t-il une évaluation (externe / autoévaluation ?). Si oui, est-il possible de la consulter ou de savoir à quoi elle conclut ? Points positifs + Limites		
	Existe-t-il un retour des personnes concernées par le dispositif (retour patient, pharmacien, médecin ?)		
	Si dispositif avorté , pour quelles raisons ?		
	Est-il possible de contacter une personne en faisant partie ?		
	Avez-vous connaissance de ressources diverses concernant ce dispositif (documents papier, informatique, support vidéo ou audio) que nous pourrions consulter ?		
MERCI BEAUCOUP POUR VOTRE AIDE !!			

Collaboration entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine : identification et description des dispositifs et initiatives

RÉSUMÉ

Introduction

Selon l'OMS, les soins de santé primaires visent à assurer un niveau de santé le plus élevé possible pour tous, en répondant aux besoins de santé le plus tôt possible, à travers toutes les étapes de soins, de la promotion de la santé à la prise en charge des maladies, tout en restant proches des communautés. Concernant la pratique collaborative, l'OMS la décrit comme étant une pratique se manifestant lorsque divers professionnels de la santé unissent leurs compétences pour offrir des services complets. L'objectif principal de ce travail est de répertorier les dispositifs de collaboration entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine en France et de manière moins exhaustive à l'étranger. L'objectif secondaire est l'identification des leviers et freins à la collaboration entre médecin généraliste et pharmacien d'officine.

Méthodes

Une étude multimodale synchrone a été réalisée par 4 étudiants (2 médecins et 2 pharmaciens) en associant une revue de littérature à une étude qualitative. La revue de littérature, basée sur la méthode PRISMA, a examiné les articles publiés entre 2009 et 2022 dans les bases de données PubMed, Embase, Sudoc et LISSA, en se concentrant sur la collaboration entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine. Parallèlement, des entretiens individuels dirigés ont été menés auprès d'une population diversifiée non représentative de professionnels ayant la capacité d'apporter des informations sur des dispositifs de collaboration. Ces méthodes complémentaires ont permis de détailler les dispositifs de collaboration, leurs contextes, ainsi que les freins et les leviers à leur mise en place.

Résultats

Trente dispositifs de collaboration ont été identifiés en France. Quinze dispositifs ont été identifiés grâce aux entretiens uniquement, huit dans les articles uniquement et sept dans les articles et les entretiens. Ils ont été catégorisés en trois parties (dispositifs pérennes d'envergure nationale ; dispositifs expérimentaux avec soutien national ; dispositifs non généralisés, expérimentaux ou non, répondant à une problématique locale). La majorité des dispositifs (19 sur 30) se concentrent sur la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Les autres dispositifs visent divers objectifs tels que la gestion des maladies aiguës, la prévention et la formation des professionnels de santé. La collaboration entre médecins et pharmaciens prend différentes formes et son développement s'est accéléré depuis 2016. Plusieurs facteurs, tels que la gestion du temps, les changements réglementaires, la rémunération et les outils de partage d'informations, influencent ces dispositifs, représentant des enjeux importants pour leur développement. Quatorze dispositifs étrangers ont été recensés, montrant des objectifs et des dispositifs similaires à ceux en France.

Conclusion

Notre travail nous a permis de faire un état des lieux des dispositifs de collaboration entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine mais aussi d'en identifier les facteurs influençant leur mise en place.

Mots-clés : Médecin, Médecin généraliste, Pharmacien, Pharmacien d'officine, Collaboration, Coopération, Comportement coopératif, Dispositifs, Initiatives, Protocoles

Collaboration between general practitioners and community pharmacists: identification and description of schemes and initiatives

ABSTRACT

Introduction

According to the WHO, primary health care aims to achieve the highest possible level of health for all, by addressing health needs as early as possible, throughout all stages of care, from health promotion to disease management, while remaining close to communities. Regarding collaborative practice, the WHO describes it as a practice that occurs when various health professionals combine their skills to offer comprehensive services. The main objective of this work is to list the collaboration mechanisms between general practitioners and pharmacists in France and, less exhaustively, abroad. The secondary objective is to identify the levers and barriers to collaboration between general practitioners and pharmacists.

Methods

A synchronous multimodal study was conducted by 4 students (2 doctors and 2 pharmacists) by combining a literature review with a qualitative study. The literature review, based on the PRISMA method, examined articles published between 2009 and 2022 in the PubMed, Embase, Sudoc and LISSA databases, focusing on collaboration between general practitioners and pharmacists. In parallel, individual semi-structured interviews were conducted with a diverse non-representative population of professionals with the ability to provide information on collaboration mechanisms. These complementary methods made it possible to detail the collaboration mechanisms, their contexts, as well as the obstacles and levers to their implementation.

Results

Thirty collaboration mechanisms were identified in France. Fifteen mechanisms were identified through interviews only, eight in articles only, and seven in both articles and interviews. They were categorized into three parts (permanent national-level collaboration mechanisms; experimental mechanisms with national support; non-generalized, experimental or non-experimental mechanisms, responding to a local problem). The majority of mechanisms (19 out of 30) focus on the management of patients with chronic diseases. The other mechanisms target various objectives such as the management of acute diseases, prevention and training of health professionals. Collaboration between doctors and pharmacists takes different forms and its development has accelerated since 2016. Several factors, such as time management, regulatory changes, remuneration and information sharing tools, influence these mechanisms, representing major challenges for their development. Fourteen foreign mechanisms were identified, showing similar objectives and mechanisms to those in France.

Conclusion

Our work has allowed us to take stock of the collaboration mechanisms between general practitioners and pharmacists, but also to identify the factors influencing their implementation.

Keywords : Physician, General practitioner, Pharmacist, Community pharmacist, Collaboration, Cooperation, Cooperative behavior, Schemes, Initiatives, Protocols, collaboration mechanisms