



HAL
open science

Pharmaciens et coordination des soins primaires en France : quels enjeux ?

Anne Buttard, Florent Macé, Laetitia Morvan, Christine Peyron

► To cite this version:

Anne Buttard, Florent Macé, Laetitia Morvan, Christine Peyron. Pharmaciens et coordination des soins primaires en France : quels enjeux ?. 2019. hal-02022686

HAL Id: hal-02022686

<https://hal.science/hal-02022686v1>

Preprint submitted on 18 Feb 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Pharmaciens et coordination des soins primaires en France : quels enjeux ?
Community pharmacists in the coordination of primary cares in France: some issues

Auteurs : Anne Buttard¹, Florent Macé², Laetitia Morvan², Christine Peyron¹

¹ LEDi, Laboratoire d'Economie de Dijon, EA 7467, Université Bourgogne Franche-Comté
Pôle d'Economie et de Gestion - 2 bd Gabriel - BP 26 611 - 21 066 Dijon cedex

² UFR des sciences de santé, Université de Bourgogne
7 boulevard Jeanne D'Arc, - BP 87 900 Dijon Cedex

Auteur correspondant

Anne Buttard

anne.buttard@u-bourgogne.fr

Pôle d'Economie et de Gestion - 2 bd Gabriel - BP 26 611 - 21 066 Dijon cedex

Résumé

La coordination pluri professionnelle est un axe fort de la réorganisation des soins primaires en France. Si cette coordination concerne *a priori* tous les professionnels de santé, certains sont dans les faits, à l'instar du pharmacien d'officine, encore faiblement impliqués. Cet article se propose d'examiner les enjeux de l'intégration des pharmaciens dans à un exercice coordonné des soins primaires en France. Il s'appuie d'une part sur une analyse des expérimentations faites dans d'autres systèmes de santé et de leurs évaluations. D'autre part, il développe une première réflexion sur les obstacles qui pourraient expliquer la faible intégration actuelle des pharmaciens en France, et sur les enjeux d'une présence plus affirmée de ces professionnels dans la coordination des soins primaires.

Mots clefs : pharmaciens, coordination, soins de premiers recours

Abstract

Multi-professional coordination is a strong axis of the reorganization of primary care in France. While this coordination concerns *a priori* all health professionals, some of them actually are still marginally involved. This article examines the challenges of integrating pharmacists into primary care in France. On the one hand, it is based on an analysis of experiments carried out in other health systems, and on their evaluations. On the other hand, it develops an initial reflection on the levers and obstacles that could explain in France, the poor integration of pharmacists but also on the challenges of a stronger presence of these professionals in the coordination of primary care.

Keywords: community pharmacists, coordination, primary cares

Introduction

La politique de santé promeut, dans les textes¹ et les moyens octroyés, la coordination entre les professionnels de santé de premier recours. Cette coordination est présentée comme un moyen de pallier les difficultés d'un système de soins différencié. Elle permettrait d'accroître la qualité des prises en charge par des interventions plus articulées, plus cohérentes, qui seraient aussi plus efficaces. Cependant, la coordination est chronophage, exigeante pour ses acteurs, tout en étant soumise à leur engagement. L'histoire des réseaux de santé est révélatrice de ces écueils [1]. Dès lors, pour soutenir la coordination, les pouvoirs publics ont multiplié les dispositifs qui la sous-tendent : on dénombre un millier de maisons de santé pluri professionnelles (MSP), plus de 300 centres de santé polyvalents² et quelques 500 réseaux de santé [2]. La liste est loin d'être exhaustive, même si une « rationalisation », en réflexion, met en avant les Plateformes territoriales d'appui et les Communautés professionnelles territoriales en santé nouvellement créées, ainsi que les MSP. Toutefois, tandis que les supports de coordination se multiplient, la pluri professionnalité inclut principalement des médecins, des infirmiers, et plus à la marge, des pharmaciens ou kinésithérapeutes. En outre, alors que la coordination entre médecins et paramédicaux est déjà bien documentée [3], le rôle et l'apport des pharmaciens, en particulier, ne le sont pas.

Cet article ambitionne de contribuer à éclairer cette zone d'ombre. Nous posons la question des modalités et des conséquences potentielles d'une intégration accrue des pharmaciens à l'exercice coordonné des soins primaires en France. Sous-jacente à ce questionnement, nous éprouvons l'hypothèse selon laquelle cette intégration serait aujourd'hui paradoxalement faible en France. Cette faiblesse serait relative à ce que l'on peut constater dans d'autres systèmes de santé, mais aussi à l'apport potentiel de la participation accrue des pharmaciens, en cohérence avec des enjeux d'accès, de coût de la médication et de qualité des prises en charge pour les soins primaires, en cohérence également avec des enjeux économiques relatifs à la profession de pharmacien et à son positionnement dans le système de santé.

Pour avancer dans l'analyse de la place du pharmacien dans l'offre de soins primaire coordonnée, nous présentons dans un premier temps des éléments de bilan relatifs à la place du pharmacien dans des expériences étrangères. L'antériorité de ces expériences permet en effet d'en dégager des conclusions quant aux modalités envisageables ou du moins explorées de l'intégration des pharmaciens, et à leur impact démontré sur la qualité des prises en charge. Dans un second temps, nous nous envisageons la question de la transposabilité de ces résultats dans le cas français. Nous constatons que le contexte y est tout autant favorable à la contribution des pharmaciens : leurs compétences ont été récemment élargies et les problématiques d'accès aux soins renforcent l'intérêt d'un exercice primaire coordonné incluant des officines bien réparties sur le territoire. Toutefois, le bilan de leur participation aux dispositifs de coordination se révèle à la fois fragile, au regard des données disponibles, et mitigé. Des limites plus spécifiques au contexte français apparaissent alors, relatives au positionnement des pharmaciens relativement aux autres professionnels de santé, et aux conditions concrètes, notamment financières, de leur contribution.

¹ Suite à la publication du rapport Berland en 2003, la coordination a toujours été mise en avant par les textes. On peut citer la Loi de santé publique de 2004 pour la coopération interprofessionnelle, la Loi HPST de 2009, la création du statut de SISA (société interprofessionnelle de soins ambulatoires) en 2011, la LFSS de décembre 2012 qui lance les expérimentations PAERPA, ou encore la Loi de modernisation du système de santé de 2016 et ses décrets qui créent les PTA...

² Les centres, qui ne comptent pas au sein de leurs équipes, de pharmaciens d'officine, ne sont pas intégrés aux études sur les pharmaciens.

1 – Les expériences étrangères : diversité et bilan

La mise en œuvre de l'intégration des pharmaciens à l'exercice primaire coordonné est plus ou moins avancée selon les systèmes de santé. Les pays anglo-saxons, à l'instar des Etats-Unis et du Royaume-Uni qui apparaissent précurseurs en la matière, se sont particulièrement engagés dans cette évolution, même si certains pays d'Europe du Nord, du fait peut-être d'un système de soins primaires historiquement structuré en centres pluri professionnels favorisant la coopération entre acteurs [4], ne sont pas en reste. L'antériorité de ces expériences de coordination intégrant des pharmaciens permet, au-delà de leur diversité, de repérer des modèles types pour la participation des pharmaciens à l'exercice coordonné (11) et de faire un bilan de l'impact de cette participation, impact globalement positif selon les évaluations disponibles dans les pays référencés (12).

11. Des missions élargies pour les pharmaciens impliqués dans l'exercice coordonné

Les modalités de la participation des pharmaciens à un exercice coordonné en soins primaires sont variées, en raison à la fois du caractère polysémique du concept de coordination, et de la place spécifique de ces professionnels dans chaque système de santé. À partir d'une revue de la littérature, nous relatons différentes expériences concrètes qui nous permettent de préciser la nature de la contribution des pharmaciens au sein d'équipes de soins primaires coordonnées. Cet état des lieux nous amène à définir deux modèles d'intégration des pharmaciens, tantôt experts auprès des médecins ou autres soignants, tantôt prestataires auprès des patients dans le cadre d'une prise en charge pluri professionnelle. L'analyse menée permet d'étayer l'hypothèse selon laquelle la contribution des pharmaciens à l'exercice coordonné est par endroits plus développée, et revêt des modalités variées que l'on ne retrouve pas dans le cas français.

Outre-Atlantique, la présence des pharmaciens au sein d'équipes pluri professionnelles est présentée comme une opportunité d'adaptation des soins primaires, en atteste le projet « *Primary Care 2025: A Scenario exploration* » [5]. Les pharmaciens participent à l'activité de structures telles que les *Patient Centered Medical Homes (PCMH)* [6, 7], qui représentent l'une des grandes évolutions de l'organisation des soins primaires aux Etats-Unis où elles se sont largement diffusées [8]. L'*Agency for healthcare research and quality* les définit comme des structures proches de nos Maisons de santé, rassemblant en leur sein des soignants aux compétences complémentaires pour promouvoir une prise en charge globale et coordonnée. Les PCMH semblent toutefois davantage centrées sur le patient et ses choix, plus intégrées et tournées vers les autres prestataires, notamment hospitaliers. L'évolution récente vers des *Accountable Care Organizations (ACO)*, met l'accent sur la coordination et sur sa rémunération [9]. Au sein de ces structures, les pharmaciens initient, gèrent le suivi ou modifient en partenariat avec les médecins les prescriptions de médicaments, voire d'examen biologiques [10].

Le modèle des Groupes de Médecine de Famille (GMF) qui se développe depuis 2002 au Québec, ressemble à celui des PCMH. Les pharmaciens comptent, avec les médecins et infirmières, parmi les professionnels les plus représentés au sein des GMF [11]. Ils conseillent les médecins qui le demandent, parfois en cours de consultation, et peuvent, en accord avec le praticien, amender les prescriptions. S'ils contribuent aux réunions de coordination avec les autres acteurs du soin, ils interviennent aussi directement auprès des patients afin de s'assurer de l'adéquation du traitement. En Ontario, sous l'impulsion de projets successifs de santé publique [12, 13], les pharmaciens étaient présents fin 2014 dans 58% des 191 *Family Health Team* alors en activité [14]. Ils interviennent en tant qu'experts pour une meilleure diffusion

des connaissances sur le médicament, auprès des soignants et des patients, dont ils peuvent ajuster avec le médecin la prise en charge médicamenteuse.

L'Australie a suivi l'émergence mondiale des pratiques pharmaceutiques intégrées au sein de centres médicaux de pratique générale où le nombre de pharmaciens progresse rapidement, sous l'impact de la politique de santé australienne et du *GP super Clinic Program* qui structure les soins primaires. En parallèle, dans un pays où les erreurs dans la prescription, la dispensation et la prise de médicaments constituent le second motif d'hospitalisation [15], le gouvernement a engagé dès les années 1990 les pharmaciens à étendre leurs missions et à collaborer avec les médecins [16]. Sur sollicitation de ces derniers, le pharmacien se rend auprès du patient pour améliorer le suivi de la prescription. Il tient aussi un rôle de conseil et d'information auprès du médecin afin de prévenir ou réduire les problèmes induits par la prise de médicaments [17].

Au Royaume-Uni, l'intégration de pharmaciens dans des cabinets médicaux de pratique générale est promue par le *National Health Service* (NHS) en 2015. Le projet initial incluait 490 pharmaciens et 650 cabinets de pratique générale pour un budget de quinze millions (£). Il a suscité une telle adhésion que le NHS England a doublé ce financement dès novembre 2015. Des fonds ont été levés depuis, afin que 1500 pharmaciens supplémentaires soient intégrés d'ici 2021. Plus de 40% des cabinets médicaux du pays auront alors accès à l'expertise des pharmaciens [18].

Dès avant 2015, les pharmaciens britanniques ont été impliqués dans des programmes de santé publique. Par exemple, le programme *Health Check* développé par le NHS pour prévenir diverses pathologies chroniques prévoit la réalisation d'un bilan transmis au médecin généraliste mais aussi au pharmacien. Tous deux discutent de l'ajustement de la prescription [19]. Les pharmaciens interviennent aussi auprès des patients chroniques pour mieux les informer, et le renouvellement de l'ordonnance ne nécessite pas systématiquement de consultation médicale. L'extension du droit de prescription aux pharmaciens dépasse d'ailleurs le cas de ces patients. Depuis 2003, sous conditions, les pharmaciens ayant bénéficié d'une formation peuvent réaliser des prescriptions. Enfin, dans le cas de troubles mineurs (rhume, constipation, *etc.*) pour des patients âgés de 19 à 60 ans, le programme MAS (*Minor ailment service scheme*) prévoit en Ecosse depuis 2005, que les pharmaciens prescrivent des médicaments remboursés. De telles initiatives sont en partie justifiées, par leurs promoteurs, par le contexte de pénurie de médecins dans lequel elles s'inscrivent. Elles se traduisent par un rôle allant de la complémentarité à la substitution pour le pharmacien britannique, alors que dans les autres systèmes de santé, l'évolution du rôle du pharmacien relève très majoritairement d'une complémentarité accrue. Complémentarité et substituabilité impliquent quoi qu'il en soit un échange d'informations, une coordination voire une coopération entre les professionnels concernés.

Ces expériences étrangères nous conduisent à considérer l'élargissement des missions des pharmaciens, qui va de pair avec les modalités de leur implication dans une offre coordonnée. En amont, cet élargissement été influencé par le rapport de l'OMS et de la Fédération internationale pharmaceutique [20]. Cet élargissement renvoie au développement actuel de la pharmacie clinique, discipline qui, à l'hôpital comme en officine, recherche l'optimisation des choix thérapeutiques, de la dispensation et de l'administration des médicaments au patient. D'aucuns, parlent même de rupture de paradigme professionnel alors que se diffuse le concept de soins pharmaceutiques, qui englobe l'ensemble des activités des soignants et des pharmaciens impliquant l'utilisation de médicaments [21]. La qualité des soins pharmaceutiques impliquerait de reconsidérer la distribution des rôles et des compétences et des relations entre professionnels, avec d'une part, une coordination accrue des professionnels

dont les pharmaciens dans les prises en charge pharmaceutiques, et d'autre part, l'octroi de nouvelles missions au pharmacien, reconnu comme expert de cette prise en charge.

En nous appuyant sur l'analyse de Freeman et al. [17] et au regard de la variété des expériences relatées [18], nous distinguons deux modèles de positionnement professionnel du pharmacien dans l'exercice pluri professionnel coordonné. Ces deux modèles peuvent coexister – c'est d'ailleurs souvent le cas –, mais ils ne confèrent pas au pharmacien les mêmes prérogatives ni la même place vis-à-vis du patient ou des soignants. Ils peuvent potentiellement l'un et l'autre répondre à un accroissement de la qualité des soins pharmaceutiques mais ne se heurtent pas aux mêmes difficultés au regard de la transformation des fonctions professionnelles qu'ils induisent.

Dans le premier modèle, le pharmacien tient un rôle d'expert auprès du prescripteur et des autres soignants. Sa contribution vise à accroître les connaissances des autres acteurs des soins pharmaceutiques sur les possibilités de prise en charge médicamenteuse, leurs propriétés, sur les potentielles interactions, iatrogénies médicamenteuses ou effets indésirables. Le pharmacien participe au projet de santé de la structure, à l'élaboration d'un diagnostic partagé aux réunions pluri professionnelles. Il peut intervenir dans le cadre de formations organisées pour les prescripteurs, ou animer des analyses de la pratique et des cercles qualité [22, 23, 24]. Il peut conseiller les soignants sur l'usage optimal des médicaments, les aspects légaux de la pratique, et la résolution de problèmes liés à l'accès (ruptures d'approvisionnement, médicaments d'exception, etc.). Il peut enfin contribuer à déterminer les meilleures options pharmaco-thérapeutiques, à la demande d'un prescripteur et pour un patient, ou pour définir collectivement des protocoles de prise en charge et de suivi. Les patients complexes sont souvent au cœur de cette contribution.

Dans le second modèle, le pharmacien intervient directement auprès du patient avec les autres acteurs de la prise en charge dont il s'agit alors d'agencer les interventions voire encourager la coopération. Il peut rencontrer le patient, parfois à son domicile, dans le cadre de consultations et du suivi pharmaceutiques, organiser des entretiens d'adhésion thérapeutique, et participer à des actions de prévention ou d'éducation à la santé. Comme nous le verrons ensuite (21), le pharmacien peut déjà, en partie, remplir ce type de fonction en France.

Ce second aspect de l'activité des pharmaciens dans une offre primaire coordonnée apparaît partout en plein essor, mais se révèle controversé lorsque, dans quelques dispositifs, encore minoritaires, l'intervention du pharmacien devient non plus complémentaire mais substituable à celle d'un médecin prescripteur [25]. Dans un contexte de pénurie de médecins, un transfert d'actes vers le pharmacien peut être vu comme une solution face à des difficultés d'accès aux soins primaires, mais peut aussi remettre en cause la qualité objective ou perçue de la prise en charge. Ce transfert déstabilise en outre les contours des missions ou compétences des professionnels, ce qui les rend potentiellement plus contesté.

12. Des évaluations qui soulignent un accès amélioré à des prises en charge de qualité

On dispose aujourd'hui d'une littérature abondante, notamment anglo-saxonne, qui analyse l'impact des dispositifs de coordination pluri professionnels en soins primaires. Si leur apport reste discuté au plan de l'efficacité économique [26], il est assez avéré au plan de l'accès aux soins et de la qualité de la prise en charge, notamment pour les patients affectés de pathologies chroniques [27]. Des évaluations ciblent plus spécifiquement les expériences de coordination intégrant les pharmaciens que nous avons rapportées dans le précédent paragraphe [18, 28]. Leurs résultats convergent globalement en faveur d'une amélioration de la qualité des prises en charge : pertinence des traitements médicamenteux, moindre iatrogénie, augmentation de l'adhésion thérapeutique. Un impact positif sur l'état de santé des patients apparaît mais plus clairement pour les patients âgés ou chroniques. Une diminution

du coût de la pharmacie est également souvent montrée sans que l'efficacité de la contribution des pharmaciens soit nettement établie. Ces évaluations sont bien sûr dépendantes des dispositifs étudiés, des modalités selon lesquelles le pharmacien agit, interagit avec les autres parties prenantes, et de la nature de l'organisation des soins primaires dans laquelle il intervient. Leurs conclusions ne peuvent donc être généralisées sans précaution. Toutefois, la nature des impacts démontrés, et la convergence de certains résultats sont des appuis importants pour définir *a priori* l'apport possible des pharmaciens aux prises en charge dans le cadre de soins primaires coordonnés. Nous présentons quelques-unes de ces évaluations, rassemblées en fonction de la nature des résultats étudiés.

La qualité de la prise en charge est un impact évidemment très présent que l'on peut décliner en différentes dimensions.

Plusieurs études vont dans le sens d'une amélioration de la sécurité et du suivi de la prescription grâce à l'intégration de pharmaciens. Ainsi, en Ontario, l'étude IMPACT qui a accompagné l'intégration des pharmaciens au sein des *FHT*, a montré une détection de problèmes liés aux médicaments chez 93,8 % des patients [12]. En Australie, une étude stipule que les pharmaciens intégrés dans des centres médicaux de pratique générale ont résolu 74 % des problèmes liés aux médicaments parmi les cas signalés [29].

En termes de résultats cliniques, Tan *et al.* [30] réalisent une méta-analyse incluant 38 études portant sur des services dispensés par les pharmaciens en médecine générale³. Ces études sont hétérogènes d'un point de vue méthodologique. Néanmoins, plus des deux tiers rapportent des effets positifs sur au moins un indicateur de santé. Globalement, les résultats montrent un impact significatif et positif sur la santé du patient, d'interventions multiples et coordonnées du pharmacien avec le médecin, relativement à des interventions isolées. Ces résultats concernent plus particulièrement les patients affectés de pathologies chroniques. D'autres études corroborent l'impact positif, sur l'état de santé du patient, d'une prise en charge coordonnée impliquant un pharmacien dans le cas de patients asthmatiques, diabétiques, ou encore âgés [18].

L'incidence d'une prise en charge coordonnée intégrant des pharmaciens sur d'autres indicateurs de santé tels que la mortalité, les hospitalisations et la qualité la vie, s'avère plus délicate à mettre en évidence selon Hazen *et al.* [31]. Au terme d'une revue de la littérature concernant l'intégration de pharmaciens dans des centres médicaux de pratique générale, les auteurs soulignent l'impact positif, sur l'état de santé des patients, d'une meilleure communication entre le pharmacien et le médecin généraliste. Ils précisent que l'implication du pharmacien dans l'activité coordonnée est variable, et concluent en faveur de l'intégration complète d'un pharmacien dans les structures de soins primaires, tout particulièrement pour la prise en charge de patients chroniques.

Enfin, les nombreuses études de satisfaction sur la qualité des services offerts par des pharmaciens intégrés au sein d'équipes de soins primaires, font état d'un avis globalement positif des patients interrogés. En analysant les préférences des patients anglais face à un pharmacien prescripteur, Gerard *et al.* montrent que seulement 16% des patients interrogés sont *a priori* indifférents à cette substitution des rôles entre médecin et pharmacien. Toutefois, si le pharmacien prescripteur prend plus de temps que le médecin pour expliquer la prescription, tient compte du point de vue du patient pour éventuellement adapter la prescription, le patient serait en moyenne plus satisfait par un tel pharmacien prescripteur en dépit de sa réticence initiale [32].

³ Parmi les services proposés par le pharmacien aux médecins, on relève une revue de médication, et d'autres services tels que l'éducation, la surveillance des traitements, l'ajustement thérapeutique.

Cet arbitrage des patients entre d'une part le professionnel qui les prend en charge, d'autre part le contenu et la durée de la relation de soin, rejoint les hypothèses d'autres études où un transfert de tâche du médecin vers le pharmacien est présenté comme une solution pour libérer du temps médical et simultanément, améliorer l'accès aux soins primaires. Les pharmaciens d'officine pourraient ainsi contribuer à résoudre des problèmes de file d'attente (accès dans le temps) dès lors qu'ils participent au maillage et à la coordination de l'offre [33]. D'autres études mettent en avant un impact possible dans l'accès géographique aux soins. Les officines représentent potentiellement un point d'accès que l'on ne peut négliger, alors que s'accroissent les problématiques de désertification de l'offre médicale. Les pharmaciens constituent en nombre la troisième profession de santé après les infirmiers et les médecins [28] et bénéficient d'une bonne dynamique démographique dans de nombreux pays, dont la France. Ces perspectives démographiques, ajoutées aux compétences spécifiques des pharmaciens, vont dans le sens d'une prise de conscience de leur rôle en faveur de la couverture sanitaire du territoire [34].

Enfin, la présence de pharmaciens au sein de structures pluri professionnelles pourrait permettre une meilleure diffusion des connaissances en pharmacie clinique, contribuant à un accès élargi des patients à des prises en charge thérapeutiques adaptées et innovantes [28].

Le gain économique de l'intégration des pharmaciens au sein de structures pluri professionnelles de soins primaires est plus délicat à mettre en évidence. Ce sont essentiellement une réduction des prescriptions médicamenteuses et des recours aux spécialistes ou à l'hospitalisation, qui sont attendus. Le gain monétaire est analysé soit en évaluant la diminution des dépenses, soit dans le cadre de véritables évaluations d'efficacité.

L'essai PINCER, mené au Royaume-Uni, montre que l'intervention d'un pharmacien en vue de réduire les problèmes médicamenteux cliniquement significatifs est efficace [35]. D'autres études font état, dans le cas d'expériences ponctuelles, d'économies générées par la présence d'un pharmacien en équipe pluri professionnelle. Une étude australienne évalue de la sorte les économies générées par l'intervention d'un pharmacien intégré au sein d'un centre médical de pratique générale sur la gestion des traitements de patients âgés, à hauteur de 4471\$ australiens par an, du fait de moindres prescriptions. Le gain est confirmé une fois déduit le coût lié au temps professionnel consacré à cette activité [36]. De la même façon, un rapport demandé par l'*Australian Association Medical* indique que chaque dollar investi dans les projets d'intégration de pharmaciens en centres médicaux de pratique générale rapporte 1,56 dollars [37].

Perraudin *et al.* [38] réalisent, au niveau européen, une méta-analyse des études médico-économiques disponibles pour étudier l'efficacité de l'extension des compétences des pharmaciens dans l'optique d'une offre primaire restructurée. Les auteurs rapportent des résultats positifs sur l'accès à des soins pharmaceutiques de qualité, et sur la prise en charge globale des patients, dans le cas de pathologies chroniques notamment. Cependant, la fragilité méthodologique des études répertoriées, de même que l'hétérogénéité tant des études, que des pratiques qu'elles ont évaluées, gênent la montée en généralité de résultats qui n'apparaissent solides qu'à l'échelle d'expériences ponctuelles et spécifiques, réalisées dans un contexte qui l'est tout autant. Aucune preuve solide de l'apport d'efficacité globale de ces évolutions ne peut être apportée dans le cas général.

Les travaux publiés sur les expériences étrangères d'intégration de pharmaciens à un exercice pluri professionnel produisent donc des résultats globalement positifs. L'hypothèse de l'apport de la coordination des pharmaciens avec d'autres prestataires primaires est plus particulièrement confirmée pour la qualité de la prise en charge des pathologies chroniques [28]. Si les expériences étrangères semblent plaider pour le développement de l'intégration

des pharmaciens, si elles témoignent de la diversité des modalités possibles de cette intégration, sa pertinence et sa faisabilité dans notre système de soin restent à examiner.

2 - En France, une intégration au déploiement incertain

Au regard des transformations du rôle et de la fonction du pharmacien constatées dans d'autres systèmes de santé, il convient dans un premier temps de considérer le contexte spécifique du système de santé français afin de voir s'il est ou non propice à de semblables évolutions (21). Dans un second temps, nous dresserons un bilan, en France, de la présence actuelle des pharmaciens dans les structures pluri professionnelles coordonnées de premier recours (22). Nous verrons que ce bilan étaye l'hypothèse selon laquelle la contribution des pharmaciens à l'exercice coordonné en soins primaires est, en France, moins avancée que dans d'autres systèmes de santé sans permettre d'affirmer qu'un déploiement soit véritablement en cours.

21. Un contexte favorable à une coopération renforcée entre le médecin et un pharmacien aux compétences élargies

Dans sa promotion de l'exercice coordonné en ville depuis 2009, la politique de santé n'a pas octroyé un rôle central aux pharmaciens, qui sont toutefois mentionnés parmi les acteurs d'une offre de premier recours pluri professionnelle et coordonnée. Progressivement, des évolutions qui en ont malgré tout résulté pour l'exercice et les missions des pharmaciens ont été réglementairement et légalement reconnues. Du contexte français, on peut ainsi retenir qu'il est favorable à une coopération médecin/pharmacien au vu des missions élargies pour ce dernier, mais qu'en dépit de problématiques comparables à celles des pays précités en termes d'accès aux soins de proximité, de coordination des prises en charge de patients maintenus à domicile, on ne relève pas ou peu dans les textes, d'éléments concrets prônant pleinement la participation des pharmaciens aux dispositifs pluri professionnels de coordination.

En 2009, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires⁴, mentionne la contribution des pharmaciens à une offre pluri professionnelle coordonnée et élargit leurs missions. Le pharmacien est mentionné comme l'un des acteurs des soins de premier recours et est à ce titre engagé par le législateur à participer à la permanence des soins. Il concourt aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé, et participe à la coopération interprofessionnelle. De façon optionnelle, il peut aussi participer aux actions d'éducation pour la santé, de prévention, et d'accompagnement auprès des patients [39].

Depuis la Loi HPST, la place dévolue au pharmacien en tant qu'acteur des soins de premier recours a été encore confortée par les textes. Si ceux-ci ne font que peu le lien avec la coordination, à l'exception d'une coopération médecin/pharmacien, ils attribuent de nouvelles missions du pharmacien. Par exemple, ce dernier peut depuis 2011 être désigné comme *pharmacien correspondant* et à ce titre, renouveler périodiquement des traitements chroniques voire modifier la posologie, à la demande du médecin ou avec son accord et entre deux consultations médicales espacées d'un an maximum⁵. La convention conclue en 2012 entre les pharmaciens d'officine et l'Assurance maladie octroie aussi des missions additionnelles au pharmacien : il contribue à la prévention, au dépistage et à la prise en charge de problèmes induits par la médication ou son observance, par des actions de dépistage, de prévention, d'éducation à la santé, de suivi réalisées auprès du patient, en coordination si nécessaire avec

⁴ Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁵ Décret n°2011-375 du 5 avril 2011.

d'autres acteurs du soin. Trois nouveaux services sont définis : l'entretien, l'accompagnement et le suivi pharmaceutiques du patient⁶. Sous réserve de l'accord de ce dernier et s'il le juge opportun, le pharmacien peut coordonner ses interventions avec celles d'autres professionnels de santé, dont le médecin. Deux dispositifs sont créés pour financer ces services en complément des gains dégagés par l'activité des officines : l'honoraire de dispensation, et la rémunération sur objectifs individualisés. À la suite de la convention de 2012, d'autres textes ont mentionné la place des pharmaciens d'officine dans l'organisation du premier recours, visant essentiellement les problématiques de maillage territorial.

On retient de la lecture des textes précités, que ce sont les interventions du pharmacien auprès du patient, davantage que la coordination avec les autres professionnels, qui sont mentionnées. Si elle est parfois évoquée par la politique de santé, la participation des pharmaciens à des dispositifs de coordination n'est pas concrètement encouragée dans les textes législatifs ou réglementaires. En outre, si de nouvelles compétences sont théoriquement attribuées au pharmacien, les modalités pratiques de l'évolution effective du rôle de ce dernier restent à définir.

Pourtant, plusieurs données propres à la profession de pharmacien iraient dans le sens de leur intégration dans une offre de premier recours mieux coordonnée.

En premier lieu, au regard des problématiques actuelles d'accès aux soins, il apparaît impératif de penser la couverture sanitaire du territoire en tenant compte des officines. Leur répartition géographique actuelle est corrélée à celle des 60 ans ou plus et donc, potentiellement, aux besoins [40]. De plus, un tiers des officines se situent dans les communes de moins de 5000 habitants, souvent sous-denses en termes d'offre de soins. Enfin, même si le nombre d'officines baisse depuis 2002, les projections réalisées restent optimistes quant à l'accès au médicament en France. Au vu de cet ancrage territorial, la participation des pharmaciens à la coordination de l'offre est présentée comme un enjeu majeur pour la couverture sanitaire. Les conditions d'implantation des officines ont d'ailleurs été révisées en 2016 et 2018 dans l'optique d'un rééquilibrage de l'offre, des zones saturées vers les zones déficitaires⁷. Contrairement aux professions caractérisées par la liberté d'installation, les conditions d'ouverture d'une officine sont strictement encadrées et soumises à l'autorisation du Directeur de l'Agence régionale de santé⁸. Les territoires définis par l'ARS comme fragiles bénéficient de dispositions spécifiques : une liste de communes dépourvues d'officine est établie, des lieux d'implantation à proximité de maisons et centres de santé sont privilégiés, et la tutelle peut utiliser le Fonds d'intervention régional pour encourager financièrement l'implantation d'officines [41]. Un récent rapport IGF/IGAS [42] défend « *une véritable stratégie d'implantation des officines non pas seulement selon des logiques d'aménagement du territoire mais suivant une politique intégrée d'offre de soins de premier recours* » ainsi

⁶ Ces services délivrés par le pharmacien d'officine sont proposés aux patients atteints de pathologies chroniques. Leur objectif est de mieux informer le patient, et de s'assurer de l'observance du traitement. Au moins deux entretiens doivent être réalisés la première année (plus, selon les besoins du patient estimés par le pharmacien), et donnent lieu par la suite à un suivi de l'observance.

⁷ Art. 204 de la Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 (Loi n°2016-41) et ordonnance n°2018-3 du 31 janvier 2018.

⁸ Trois conditions d'ouverture sont distinguées : création, transfert et regroupement d'officines. Les transferts et regroupements sont privilégiés, les créations relevant de situations exceptionnelles. Tous répondent doivent répondre à des critères quantitatifs relatifs à la densité de population, et qualitatifs, d'approvisionnement en médicaments du quartier considéré notamment. L'accessibilité, la visibilité, l'aménagement et les équipements de la future officine sont évalués. Ce contrôle exercé par la tutelle, accepté par la profession qui peut y trouver un intérêt économique, permet de planifier le maillage territorial des officines.

que la création d'un rôle de « pharmacien référent » sur les territoires fragiles, au cœur d'une meilleure communication médecin/pharmacien/patient (p. 27)⁹.

En outre, les résultats financiers des officines sont désormais moins dynamiques et peuvent mettre en difficulté des pharmaciens qui ont parfois racheté leur officine à un prix élevé, dans les grands pôles urbains notamment, où les pharmacies se caractérisent par un taux d'endettement plus important que la moyenne [42]¹⁰. Ces difficultés économiques ne sont pas directement mises en cause comme facteur du regroupement des officines, mais attisent un sentiment d'inquiétude exprimé par la profession, qui peut voir dans l'élargissement des missions du pharmacien et dans l'intégration à un exercice coordonné une évolution intéressante. D'une part, il s'agit là d'une source de financement nouvelle quoique modeste pour le moment. D'autre part, les pharmaciens exerçant en zone sous-dense sont directement touchés par la fermeture des cabinets médicaux et profiteraient d'une coordination renforcée avec un prescripteur, même s'il est éloigné géographiquement.

Selon Gilles Bonnefond, Président délégué de l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine, « *la pharmacie est une profession encore sous-exploitée. On essaie de l'enfermer dans un rôle restreint de distribution des médicaments alors qu'une évolution est plus que jamais nécessaire face à la désertification médicale dans certaines zones* » [43]. Les enquêtes menées auprès des pharmaciens confirment le positionnement globalement favorable de la profession relativement à la coordination [44], et les difficultés que son absence peut poser, en termes de suivi du patient notamment [26]. Ce contexte, semble donc *a priori* conforter une possible dynamique vers une la contribution des pharmaciens à l'exercice coordonné en France.

22. Des réalisations limitées dont l'apport reste à établir

Qu'en est-il réellement ? Les résultats des études disponibles sur la France, aujourd'hui encore en nombre très restreint, indiquent une contribution fragile et juste émergente des pharmaciens à l'exercice coordonné. Leur participation se heurte notamment à des obstacles qui tiennent au positionnement historique des professionnels de santé, et qui s'additionnent au cloisonnement historique de notre système de santé qui contraint plus généralement la coordination des soins de ville. Ces difficultés, limitent la transposabilité voire la pertinence des expériences étrangères que nous avons rapportées. Nous tentons dans un premier temps de faire le point sur la contribution effective des pharmaciens au sein des dispositifs de coordination en France, avant de développer ces difficultés.

Au terme d'une enquête menée auprès de 870 pharmaciens français, l'Ordre national des pharmaciens [45] estime à 20 % ceux qui seraient engagés dans une démarche de coopération, et rappelle que les MSP incluent en moyenne 2,4 pharmaciens. La contribution des

⁹ Au pharmacien référent, désigné par les patients volontaires résidant en zone sous-dense, serait automatiquement transmise l'ordonnance délivrée par le médecin afin qu'il prépare voire organise la livraison à domicile de la prescription, pour limiter les déplacements de populations isolées.

¹⁰ L'IGAS distingue trois groupes d'officines : de grandes structures implantées dans les grands pôles urbains, des structures urbaines classiques, et des officines plus petites desservant un territoire plus vaste, implantées en zone rurale. Les premières ont été affectées par la forte hausse du prix d'achat des officines qui a culminé en 2008, et s'est ajoutée aux contraintes économiques induites par la politique de maîtrise des dépenses de médicaments. Les plus petites, subissent une évolution défavorable de leur taux de marge commerciale. Les officines sont dans ce contexte en quête d'un nouveau modèle économique, passant par la diversification de leur activité, au-delà de la vente de médicaments remboursés (vente ou location de matériel médical, vente de produits parapharmaceutiques, mais aussi élargissement des missions des pharmaciens auprès des patients et des autres acteurs des soins primaires).

pharmaciens resterait donc, sinon marginale, du moins très minoritaire. Ce chiffre place cependant la profession parmi les acteurs les plus présents au sein des MSP, nettement derrière les infirmiers et médecins. La représentation des pharmaciens est similaire au sein des réseaux, même si des hétérogénéités fortes d'intégration des pharmaciens ont pu être constatées en Bourgogne [26]. Au-delà de ces données, qu'en est-il de la teneur de l'implication des pharmaciens au sein des structures pluri professionnelles ? Bien que peu d'études soient disponibles en France, nous avons pu mobiliser les résultats publiés de plusieurs recherches de terrain pour expliciter la nature de la participation des pharmaciens à l'exercice coordonné.

Quand ils y sont présents, les pharmaciens semblent jouer un rôle actif avant même la création d'une structure pluri professionnelle, participant directement à la rédaction du projet. Vernus *et al.* [46], au terme d'une enquête conduite auprès des coordonnateurs de 60 maisons et pôles de santé intégrant des pharmaciens, précisent que les pharmaciens sont, après les médecins généralistes, les plus impliqués dans l'élaboration du projet. L'intégration d'un pharmacien semble donc se jouer avant même la mise en activité. On peut supposer ici, une incidence forte des réseaux informels précédant la reconnaissance formelle de la structure [47].

Une enquête nationale réalisée par la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) et la Faculté des Sciences de santé de Dijon entre 2016 et 2017 [48] rapporte les déclarations de pharmaciens relativement aux actions auxquelles ils affirment contribuer au sein de ces structures. Ainsi, ils déclarent presque unanimement coopérer avec les médecins et les infirmiers et, à plus de 80%, avec le masseur-kinésithérapeute. Cette coopération se manifeste par leur participation aux réunions de concertation pluri professionnelles qui visent à améliorer la prise en charge et le suivi des patients, aux actions d'éducation thérapeutique qui doivent également être mises en place dans le cadre de l'exercice coordonné, et peut aboutir à la mise en place de protocoles de soins. Près des trois quarts des pharmaciens affirment avoir été moteurs dans la mise en place d'actions de promotion de la santé par la structure (journées d'information sur la vaccination, débats sur l'addictologie, formations pluri professionnelles sur les médicaments et autres produits de santé, *etc.*). Enfin, certains pharmaciens interviennent auprès des patients, essentiellement pour contribuer au suivi de l'observance, pour établir des bilans de polymédication et contribuer à réduire le risque iatrogène médicamenteux¹¹.

D'autres études tempèrent l'ampleur de l'intégration des pharmaciens à l'activité des dispositifs pluri professionnels dont ils sont membres. Une enquête menée auprès de pharmaciens adhérents de réseaux de santé en Bourgogne [26] révèle qu'une minorité déclare participer aux actions de coordination de la structure (essentiellement à des formations pluri professionnelles et des actions de santé publique). Vernus *et al.* [46] constatent quant à eux que, si les pharmaciens sont presque toujours conviés aux réunions de concertation pluri professionnelles, ils déclarent disposer d'un accès insuffisant au système d'information et aux ressources administratives des MSP/PSP. Concernant la coopération entre acteurs, c'est en premier lieu une demande d'expertise pharmacologique qui est adressée aux pharmaciens par les autres professionnels. Enfin, les propos des pharmaciens qui déclarent avoir participé dans plus des deux tiers des structures interrogées à l'élaboration de protocoles transversaux, ce qui constitue une condition de financement au titre des Nouveaux modes de rémunération (NMR), doivent être mises en perspective avec celles de la Haute autorité en santé qui, au niveau national, soulignait fin 2015 que les protocoles de coopération instruits au titre de l'article 51 concernaient surtout les médecins et les infirmiers [50]. A ce jour, aucun protocole de coopération impliquant des pharmaciens n'est répertorié sur la

¹¹ Les défauts d'observance se traduisent chaque année par 1 million de journées d'hospitalisation et par un coût de 2 milliards d'euros [49]

plateforme COOPPS-ARS qui recense les actions de coopération entre professionnels de santé. Ce décalage entre les actes de coopération déclarés par les pharmaciens et ceux référencés peut n'être que temporel, signifiant le cas échéant une progression récente de l'intégration des pharmaciens, non encore traduite par des protocoles officiellement reconnus. Il peut à défaut, révéler un problème de montée en généralité et de reconnaissance de pratiques locales, ou un biais déclaratif.

Enfin, au-delà des structures d'exercice coordonné et concernant les missions élargies conférées aux pharmaciens à la suite de la Loi HPST, une enquête conduite en 2014 [51] montre que ces missions ne sont toutes pas mises en application et que, si le médecin est informé des entretiens réalisés avec les patients, il s'agit d'en assurer la traçabilité et non d'une véritable coopération interprofessionnelle. Le rôle du *pharmacien correspondant* reste quant à lui largement méconnu par la profession (85 %), et l'étude conclut plus généralement que la mauvaise diffusion de l'information concernant ces missions auprès des pharmaciens et des médecins entrave leur mise en œuvre.

La divergence des images renvoyées par ces études ne permet pas de conclure sur l'intensité de l'intégration actuelle des pharmaciens. Les enquêtes sont souvent déclaratives, concernent des échantillons restreints qui n'autorisent pas de généralisation. Elles dévoilent toutefois des contextes et des modalités d'intégration contrastés selon les territoires et/ou les professionnels, les dispositifs concernés. On ne peut donc relever en France, de contribution généralisée et officiellement reconnue des pharmaciens à l'exercice coordonné des soins primaires. Ces études soulignent aussi les difficultés que peut rencontrer l'intégration des pharmaciens.

Si l'on excède les frontières de l'hexagone, les principales difficultés tiennent à la faiblesse des liens de coopération formalisés et officiellement reconnus entre les pharmaciens et les autres acteurs de soins primaires, à une rémunération inadaptée des services offerts aux patients par le pharmacien, et à l'évolution encore inaboutie du périmètre des missions devant être exercées par ce dernier [28]. Nous retrouvons ces écueils dans le cas français. S'y ajoutent un problème d'accès aux systèmes d'information partagés [26, 48], induit par des contraintes de compatibilité avec les logiciels métiers des pharmaciens, et par une méfiance des autres professionnels face à cet accès.

Les difficultés qui entravent la participation des pharmaciens à un exercice coordonné tiennent d'abord à des tensions entre des logiques professionnelles distinctes. Le pharmacien reste à l'écart des professionnels du premier recours de par sa formation, son lieu d'exercice (en officine), et son rôle de dispensateur de médicament qui lui impose des contraintes de chiffre d'affaires. Les raisons évoquées par les soignants exerçant en structure pluri professionnelle pour expliquer l'absence d'un pharmacien tiennent principalement à une crainte du refus de participer opposé par les pharmaciens eux-mêmes, et à un « *risque de concurrence déloyale* » [52]. L'intégration d'un pharmacien à une structure pluri-professionnelle peut en effet modifier le jeu concurrentiel entre officines. Quand un pharmacien participe, les médecins s'interrogent sur la possibilité d'associer d'autres pharmacies au projet. L'équipe pense d'abord à intégrer les pharmacies situées à proximité, ce qui peut amener certains pharmaciens à transférer leur officine près de la structure pluri professionnelle [50]. Cette situation peut fragiliser encore la santé économique de certaines pharmacies et ne contribue pas à un maillage officinal homogène sur le territoire. Dans d'autres cas, l'équipe pluri-professionnelle n'a « *jamaï pensé à intégrer un pharmacien* », tout en considérant que leur participation pourrait améliorer la prise en charge des patients [53]. Cette situation peut découler d'une méconnaissance du domaine de compétences du pharmacien, d'une incompréhension de ses interventions potentielles au sein de la structure [54, 55], qui peuvent concerner tout autant les professionnels de santé que les patients. En

retour, les pharmaciens ne sont souvent pas familiarisés avec le rôle des autres membres de l'équipe, sur lesquels ils s'appuient en début d'exercice coordonné, leur créant parfois du travail supplémentaire.

Parallèlement à ces articulations délicates entre professionnels, des modalités pratiques souvent inadaptées peuvent également entraver la contribution des pharmaciens à l'exercice coordonné. Le manque de temps, confronté à une activité chronophage, constitue un obstacle majeur [26, 51]. La disponibilité du pharmacien est d'autant plus problématique, que celui-ci maintient en parallèle son activité en officine, située, parfois, à distance du lieu de coordination. La reconnaissance institutionnelle des missions et nouveaux services pharmaceutiques soulève aussi la question de leur financement. Perraudin [34] rappelle que ce sont les assureurs privés, qui les premiers, ont contractualisé avec les pharmaciens dans cette optique. La convention pharmaceutique de 2012 a depuis théoriquement ouvert la voie à de nouveaux modes de rémunération, cependant jugés peu incitatifs par la profession [48]¹². Il en va de même, pour la rémunération des missions et des efforts de coordination réalisés par les pharmaciens dans le cadre des structures pluri professionnelles. Les revendications du pharmacien ne sont pas à cet égard différentes de celles des professionnels libéraux impliqués. Mais les tensions économiques apparaissent plus clairement formulées dans le cas du pharmacien d'officine qui, s'il est un professionnel de santé, exerce une activité également commerciale soumise aux impératifs financiers d'une entreprise. Tant que sa rémunération restera essentiellement centrée sur la dispensation et de ce fait, sur les marges réalisées par la vente plutôt que sur le temps passé auprès du patient ou des autres professionnels [39, 57], et quelle que soit l'attractivité, pour certains, d'un modèle professionnel plus nettement soignant, le pharmacien risque de ne s'intégrer que modestement dans un exercice pluri professionnel coordonné.

Conclusion

L'intégration des pharmaciens à un exercice pluri professionnel et coordonné des soins primaires apparaît, au terme du bilan que nous avons tenté d'en dresser en France, encore émergente. Des expériences existent, qui illustrent que le pharmacien peut contribuer aux projets de santé publique, apporter ses compétences et collaborer avec d'autres professionnels dont les médecins. Mais leur ampleur est réduite, surtout si l'on est attentif à l'intensité de l'intégration du pharmacien. Dès lors, rien ne permet aujourd'hui d'affirmer que les expériences étrangères que nous avons relatées, soient transposables ou appropriées dans le cas français. Certes ces expériences, plus avancées, ont fait l'objet de nombreuses évaluations attestant de l'impact positif de l'intégration du pharmacien à une coordination pluri professionnelle, notamment pour la qualité de la prise en charge de patients âgés ou chroniques à domicile. Certes, en parallèle, les expériences de coordination en France pourraient apporter des résultats comparables. Mais les études disponibles dans le cas français ne permettent pas de distinguer l'apport spécifique ni même les modalités précises de la participation des pharmaciens à l'exercice coordonné. Des difficultés semblent contraindre aujourd'hui la montée en charge de cette participation. Si les obstacles pratiques, réglementaires, financiers pourraient être levés par l'apprentissage que permettront les expérimentations en cours ou par une politique de santé favorable, d'autres obstacles semblent plus complexes à dépasser. Ils ressortent de logiques professionnelles, de relations traditionnelles entre médecins et pharmaciens, de conceptions divergentes des pharmaciens quant à leurs pratiques voire à leur identité professionnelle. Répondre pleinement à la question des modalités appropriées et de l'impact potentiel de l'intégration en France des

¹² Ainsi, les entretiens pharmaceutiques se sont essouffés après avoir suscité l'engouement des pharmaciens : 73% des professionnels interrogés jugent la rémunération insuffisante au regard du temps consenti [56].

pharmaciens à un exercice primaire coordonné, implique en conséquence d'interroger en amont les motivations et les réserves des pharmaciens, et comme celles des autres professionnels potentiellement impliqués. Ce sont ces réponses qui permettraient de dire si la structuration des soins de proximité, « priorité des priorités » de la nouvelle stratégie de transformation de notre système de santé, gagnerait ou pas à intégrer les pharmaciens dans les évolutions visées.

Bibliographie

- [1] Buttard A et Gadreau M. Le réseau en santé : une démarche en mutation. *Revue Sociologie et Santé* 2008;29:101-122.
- [2] DGOS. *Les chiffres clefs de l'offre de soins*. Edition 2018. Paris : Ministère chargé de la Santé. 2018:24 p.
- [3] Fournier C, Frattini MO, Naiditch M. *Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé*. Paris : Les rapports de l'IRDES 2014;557:72 p.
- [4] Bourgueil Y, Mousquès J, Marek A. La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec. Etat des lieux et perspectives dans le contexte français. *Santé Publique* 2009;21(supl. 4):27-38.
- [5] Institute for Alternatives Futures. *Primary Care 2025. A scenario exploration*. Alexandria, VA. 2012:45p.
- [6] Lewis N, Shimp L, Rockafellow S *et al*. The role of the pharmacist in patient-centered medical home practices: current perspectives. *Integrated Pharmacy Research and Practice* 2014;3:29-38.
- [7] Nigro S, Garwood CL, Berlie H *et al*. Clinical pharmacists as key members of the patient-centered medical home: an opinion statement of the Ambulatory Care Practice and Research Network of the American College of Clinical Pharmacy. *Pharmacotherapy* 2014;34(1):96-108.
- [8] Nutting PA, Crabtree BF, Miller WL *et al*. Transforming physician practices to patient-centered medical homes: lessons from the national demonstration project. *Health Affairs* 2011;30(3):439-45.
- [9] Mousquès J., Lenormand M-C. L'expérience américaine des Accountable Care Organizations : des enseignements pour la France ? *Irdes QES* 2017;227:7p.
- [10] American College of Pharmacy, Mac Banes SE, Dopp AL *et al*. Collaborative drug therapy management and comprehensive medication management-2015. *Pharmacotherapy* 2015;35(4):39-50.
- [11] Breton M, Levesque J, Pineault R *et al*. L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. *Pratiques et Organisation des Soins* 2011;42(2):101-9.
- [12] Dolovich L, Pottie K, Kaczorowski J *et al*. Integrating family medicine and pharmacy to advance primary care therapeutics. *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 2008;83(6):913-17.
- [13] Dolovich L. Ontario Pharmacists Practicing in Family Health Teams and the Patient-Centered Medical Home. *Annals of Pharmacotherapy* 2012;46(4):33-39.
- [14] Gillepsie U, Dolovich L. Dahrouge S. Activities performed by pharmacists integrated in family health teams: Results from a web-based survey. *Canadian Pharmacists Journal* 2017;150(6):407-416.
- [15] Roughead E, Semple S. Medication safety in acute care in Australia: where are we now? A review of the extent and causes of medication problems 2002-2008. *Australian and New Zealand Health Policy* 2009;11:6-18.
- [16] Rigby D. Collaboration between doctors and pharmacists in the community. *Australian Prescriber* 2010;32(5):610-21.

- [17] Freeman C, Rigby D, Aloizos J. *et al.* The practice pharmacist: a natural fit in the general practice team. *Australian Prescriber* 2016;39(6):211-14.
- [18] Anderson C, Zhan K, Boyd M *et al.* The role of pharmacists in General practice : A realist review. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 2018.
<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.06.001>.
- [19] Jankovic S. All you need to know about GP practice pharmacists. *The Pharmaceutical Journal* 2016;9may.
- [20] Organisation mondiale de la santé, Fédération internationale pharmaceutique. *The Role of the Pharmacist in the Health Care System. Report of a WHO Consultative Group.* 1994:60 p.
- [21] Hepler CD, Strand LM. Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care. *American Journal of Hospital Pharmacy* 1990;47(3):533-43.
- [22] Locca J-F, Niquille A, Krähenbühl JM *et al.* Qualité de la prescription médicamenteuse. Des progrès grâce à la collaboration médecins-pharmaciens. *Revue Médicale Suisse* 2009;5:2382-87.
- [23] Bugnon O, Jotterand S, Niquille Charrière A *et al.* Cercles de qualité médecins-pharmaciens, pour une responsabilité partagée de la liberté de prescription. *Revue Médicale Suisse* 2012;8:1042-48.
- [24] Béchet C, Pichon R, Giordan A *et al.* A cross-sectional comparison between the perception of physicians and pharmacists concerning the role of pharmacist in physician training. *Annales pharmaceutiques françaises* 2018;76(5):408-17.
- [25] Chong IYM., Rosenthal MM, Manson KR *et al.* Do community pharmacist performance evaluations capture the modern pharmacist's role? Mapping competencies assessed in Canadian community pharmacy performance evaluation templates against the General Level Framework. *Journal of the American Pharmacists Association* 2018:1-5.
- [26] Buttard A, Lopez J. *L'exercice coordonné en Bourgogne.* Dijon : ARS Bourgogne. 2015:165 p.
- [27] Mousquès J, Bourgueil Y, Afrite A *et al.* *L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012.* Paris : les rapports de l'IRDES. 2014; 559:154 p.
- [28] Mossialos E, Courtin E, Naci H *et al.* From retailers to health care providers: Transforming the role of community pharmacists in chronic disease management. *Health Policy* 2015;119:628-39.
- [29] Edwin CK, Tan EC, Stewart K *et al.* Pharmacist consultations in general practice clinics: The Pharmacists in Practice Study (PIPS). *Research in Social and Administrative Pharmacy* 2014;10(4):623-32.
- [30] Tan EC, Stewart K, Elliott RA *et al.* Pharmacist services provided in general practice clinics: a systematic review and meta-analysis. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 2014;6(4):608-22.
- [31] Hazen ACM, De Bont AA, Boelman L *et al.* The degree of integration of non-dispensing pharmacists in primary care practice and the impact on health outcomes: A systematic review. *Research in Social and Administrative* 2018;14(3):228-40.
- [32] Gerard K, Tinelli M, Latter S *et al.* Valuing the extended role of prescribing pharmacist in general practice: results from a discrete choice experiment. *Value in Health* 2012;15(5):699-707.
- [33] Clay H, Stern R (dir). *Making time in General Practice.* NHS Alliance 2015:83 p.
- [34] Perraudin C. *Analyse économique et évaluation des pratiques du pharmaciens d'officine : application au dépistage d'une maladie chronique, le syndrome d'apnées du sommeil.* Université Paris Sud 11, Thèse de doctorat en Santé publique soutenue le 10 juin 2013:206 p.

- [35] Avery AJ, Rodgers S, Cantrill JA *et al.* A pharmacist-led information technology intervention for medication errors (PINCER): a multicentre, cluster randomised, controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Lancet* 2012;379(9823):1310-19.
- [36] Bonner CJ, Watson PG. Therapeutic housekeeping: a case study involving collaboration between a medical practitioner and a clinical pharmacist in a medication management program for elderly patients. *Journal of Soc Adm Pharm* 2001;18:97-102.
- [37] Deloitte Access Economics Pty Ltd & Australian medical association. Analysis of non-dispensing pharmacists in general practice clinics. Deloitte access economics Pty Ltd 2015;Kingston, ACT.
- [38] Perraudin C, Bugnon O, Pelletier-Fleury N. Expanding professional pharmacy services in European community settings: is it cost-effective? A systematic review for health policy considerations. *Health Policy* 2016;120(12):1350-62.
- [39] Manaouil C, Lemaire-Hurtel A-S, Sénéchal A *et al.* Information du patient par le pharmacien en officine. *Médecine & Droit* 2016;138:70-81.
- [40] Ordre national des pharmaciens. *Démographie des pharmaciens. Panorama au 1^{er} janvier 2018*. Paris:Ordre national des pharmaciens. 2018:100p.
- [41] Guerriaud M. Règles de répartition des officines sur le territoire, plus une évolution qu'une révolution. *Actual Pharm* 2018;57(577):51-3.
- [42] Le Gall O, Jaouen V, Magnien M *et al.* *La régulation du réseau des pharmaciens d'officine*. Paris : Rapport à l'Inspection générale des finances et l'IGAS. 2016:356 p.
- [43] Faure S. Le pharmacien a des marges d'intervention qui pourraient être mieux exploitées. *Actual Pharm*. 2009;48(483):4-5.
- [44] Perraudin C, Brion F, Bourdon O *et al.* The future of pharmaceutical care in France: a survey of final-year pharmacy student's opinions. *BMC Clinical Pharmacology* 2011;11(6).
- [45] Ordre national des pharmaciens. *Coopération interprofessionnelle : décloisonner pour améliorer le parcours de soins, dix exemples concrets*. Le cahier de l'ordre national des pharmaciens 2016;10:30p.
- [46] Vernus AL, Catala O, Supper I, Flaujac N, Letrilliart L. Maisons et pôles de santé pluriprofessionnels incluant des pharmaciens : un état des lieux. *Annales Pharmaceutiques Françaises* 2016;74(6):463-72.
- [47] Assens C, Accard P. La construction d'un réseau : l'Union Européenne ? *Gestion et Management Publics* 2007;5:10p.
- [48] Morvan L, Bouziges B, Kohli E. Implication des pharmaciens en maison de santé, résultats d'une enquête. *Actualités pharmaceutiques* 2018;573:40-45.
- [49] Fompeyrine D (dir.). *Livre blanc : l'observance des traitements, un défi pour les politiques publiques*. Paris:Fondation Concorde. 2014:39p.
- [50] Haute autorité en santé. Les protocoles de coopération art 51. Bilan du dispositif – évaluation 2014. HAS 2015 (novembre), 147p.
- [51] D'Elbée M, Baumevielle M, Dumartin C. Missions de coopération introduites par la loi « hôpital, patients, santé et territoires » : participation des pharmaciens d'officine en Aquitaine. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 2017;65(3):231-39.
- [52] Boyau D. *La place du pharmacien au sein des maisons et pôles de santé pluri professionnels: les attentes des médecins généralistes*. Thèse de Doctorat en Pharmacie. Faculté de pharmacie de Grenoble. 2015:108p.
- [53] Bakry M. *Rôle et implication du pharmacien d'officine au sein des maisons de santé pluri-professionnelles de Bourgogne-Franche-Comté*. Thèse de Doctorat en Pharmacie. UFR des Sciences de Dijon. 2018.
- [54] Jorgenson D, Laubscher T, Lyons B *et al.* Integrating pharmacists into primary care teams: barriers and facilitators. *Int. Journal of Pharmacy Practice* 2014;22(4):292-99.

[55] Freeman C, Cottrell WN, Kyle G *et al.* Integrating a pharmacist into the general practice environment: opinions of pharmacist's, general practitioner's, health care consumer's, and practice manager's. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:229.

[56] Mongaret C, Lepage C, Aubert L *et al.* Quel bilan à deux ans de la mise en place de l'accompagnement des patients traités par anti-vitamines K ? Le point de vue du pharmacien d'officine. *Ann Pharm Fr.* 2018;76(2):114-21.

[57] Bras P-L, Kiour A, Maquart A *et al.* Pharmacies d'officine : rémunération, missions, réseaux. Paris : IGAS, rapport n°RM2011-090P. 2011:208p.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier leurs collègues Evelyne Kohli, Aurore Pélissier et Maryse Gadreau.

Les auteurs ont bénéficié d'un financement de l'ANR dans le cadre du programme « Investissements d'avenir », Labex LipSTIC (ANR-11-LABX-0021).