



HAL
open science

Les groupes de pratique médecins pharmaciens : cohérence et faisabilité dans le système de soins primaires. Évaluation d'une expérimentation en France

Florent Macé

► To cite this version:

Florent Macé. Les groupes de pratique médecins pharmaciens : cohérence et faisabilité dans le système de soins primaires. Évaluation d'une expérimentation en France. Economies et finances. Université Bourgogne Franche-Comté, 2022. Français. NNT : 2022UBFCG009 . tel-03935868

HAL Id: tel-03935868

<https://theses.hal.science/tel-03935868v1>

Submitted on 12 Jan 2023

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.



**THESE DE DOCTORAT DE L'ETABLISSEMENT UNIVERSITE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE
PREPAREE A L'UNIVERSITE DE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE**

Ecole doctorale n°593

Droit Gestion Economie et Politique

Doctorat de Sciences économiques

Économie de la santé

Par

MACÉ Florent

**Les groupes de pratique médecins pharmaciens : cohérence et faisabilité dans le système
de soins primaires. Évaluation d'une expérimentation en France**

Thèse présentée et soutenue à Dijon, le 15 décembre 2022

Composition du Jury :

Mme LE CLAINCHE Christine , Professeure des Universités, Université de Lille	Rapporteur
Mr ALLENET Benoît , Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, CHU de Grenoble	Rapporteur
Mme NIQUILLE CHARRIERE Anne , Responsable Unité Recherche Unisanté, Université de Lausanne	Examineur
Mme PEYRON Christine , Maître de Conférences, Université de Bourgogne Franche-Comté	Examineur
Mr BOULIN Mathieu , Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, CHU de Dijon	Examineur
Mr TIZIO Stéphane , Maître de Conférences, Université de Bourgogne Franche-Comté	Directeur

« L'Université n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs »

Valorisation scientifique

Article publié

Buttard, A., Macé, F., Morvan, L., & Peyron, C. (2019). Pharmaciens et coordination des soins primaires en France : Quels enjeux ? *Journal de gestion et d'économie médicales*, 1(1), 92. <https://doi.org/10.3917/jges.191.0092>

Article accepté pour publication

Macé F., Peyron C. La possible contribution du pharmacien d'officine en amont de la prescription médicamenteuse en France : une expérimentation de groupes de pratique médecins généralistes pharmaciens d'officine. Accepté pour publication dans la revue *Annales pharmaceutiques*

Article soumis et en cours d'évaluation

Macé F., Peyron C., De Vriese C., Nelissen-Vrancken M., Ruggli M., Brülhart M. (2022). General Practitioners-CommunityPharmacists practice groups : Analysis of the potentialities and limits of this practice through its implementation in several European countries. <https://hal-univ-bourgogne.archives-ouvertes.fr/hal-03658918/document>

Article en préparation

Macé F., Peyron C. Groupes de pratique médecins généralistes pharmaciens d'officine : Analyse de la faisabilité et d'une potentielle diffusion au sein du système de soins primaires français.

Remerciements

Je tiens à exprimer ma sincère reconnaissance à Stéphane Tizio d'avoir accepté de diriger ma thèse, de m'avoir accompagné et d'avoir été présent tout au long de ces quatre années de travail.

J'exprime toute ma gratitude à Christine Le Clainche pour avoir bien voulu être rapporteur de cette thèse et de me permettre d'avoir son point de vue d'économiste, moi qui n'ait débuté cette discipline que récemment.

J'exprime toute ma reconnaissance, mon estime à Benoît Allenet de me faire l'honneur d'être rapporteur de cette thèse et de me faire bénéficier de sa large expertise sur la pharmacie clinique.

Je remercie tout particulièrement Anne Niquille Charrière d'avoir examiné ce travail de par son expertise sur le sujet et pour les échanges que l'on a eu ensemble sur ce sujet d'étude.

Je tiens à remercier sincèrement Mathieu Boulin d'avoir accepté d'être examinateur de ce travail de thèse afin d'avoir son regard expert, de par ses activités universitaires, sur la pharmacie officinale.

Je tiens à exprimer ma sincère reconnaissance et ma profonde gratitude à Christine Peyron d'avoir accepté d'examiner ce travail, qui a su m'accompagner dans l'analyse de ma problématique dans le cadre d'un projet de recherche pour lequel j'ai eu le plaisir de collaborer avec elle.

Je souhaite également remercier Evelyne Kohli sans qui cette thèse n'aurait jamais vu le jour et qui m'a accordé sa confiance à travers le pilotage de l'expérimentation des groupes de pratique entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine dans le cadre de l'UMDPCS.

Je tiens à remercier vivement Mélanie Brülhart, Carine De Vriese, Marjorie Nelissen-Vrancken et Martine Ruggli qui m'ont permis d'enrichir ce travail de thèse et avec qui j'ai collaboré dans l'écriture d'un article associé à ce travail de thèse.

Je tiens à remercier Anne Buttard, Nadège Vézinat et François-Xavier Schweyer pour leur contribution dans ce projet de recherche et dans celui plus large du projet de recherche IPEC auquel ils ont contribué.

Je tiens également à remercier le Labex Liptsic et son directeur pour l'appui financier qu'ils ont donné à ce travail ainsi que l'UMDPCS pour tout l'appui logistique, financier et matériel sans qui ce travail de recherche n'aurait pu être possible.

Je tiens à remercier les différentes structures (Labex Lipstic, UMDPCS, pharmaSuisse, CPAM) qui ont contribué à ce projet ainsi que les différentes personnes de ces structures avec qui j'ai été amené à collaborer de près ou de loin pour ce travail.

Je tiens vivement à remercier mes deux collègues de travail et amies, Laetitia et Marie Alexandra pour les années passées ensemble qui ont été très riches en projets et humainement, merci encore des moments partagés avec vous.

Je tiens à remercier sincèrement tous les pharmaciens animateurs qui ont eu l'audace et la motivation de rentrer dans cette expérimentation, ce fut un plaisir de vous accompagner dans ce projet, qui outre l'approche professionnelle et scientifique, fut très riche humainement.

Je tiens également à remercier tous les professionnels de santé et pas que, qu'ils soient médecins, pharmaciens, infirmiers, coordinateurs, etc. qui se sont engagés dans cette expérimentation et qui ont contribué à son évaluation.

Un grand merci également à ma famille de m'avoir accompagné dans ce projet de longue haleine. Un remerciement plus particulier à ma tante Noëlle de m'avoir accompagné dans la finalisation de la syntaxe de ce travail.

Je tiens également à remercier mes amis qui comptent beaucoup pour moi et qui ont été présents à différents moments où j'en avais besoin, tout particulièrement Amandine, mon Gaët, Damien, François-Xavier, avec qui j'ai pu m'aérer l'esprit à travers de bons moments.

Un grand merci à mes parents pour leur affection, leur soutien dans les moments de doutes que j'ai pu rencontrer pendant ces années de travail. Je sais que je vous dois beaucoup.

Table des matières

Table des matières.....	6
Liste des figures	13
Liste des tableaux	13
Liste des annexes	14
Abréviations	15
Introduction générale.....	17
Chapitre 1 : La prescription médicamenteuse des médecins généralistes français : des enjeux macroéconomiques aux comportements individuels de prescription	21
Section 1 : Analyse macroéconomique de la consommation de médicaments en ambulatoire : montant, financement, structure et évolution	22
1.1) Consommation de médicaments en ambulatoire dans les dépenses de santé	22
1.1.1) Comparaison internationale des dépenses pharmaceutiques.....	23
1.1.1.1) Les dépenses pharmaceutiques en pourcentage du PIB	24
1.1.1.2) Les dépenses pharmaceutiques en pourcentage des dépenses totales de santé	26
1.1.1.3) Les dépenses pharmaceutiques en termes de PPA par habitant	26
1.1.2) Analyse de la consommation de médicaments en ambulatoire en France	29
1.1.2.1) La consommation de médicaments en ambulatoire dans les agrégats des Comptes de la Santé	29
1.1.2.2) Poids économique et enjeux de la consommation de médicaments en ambulatoire au sein de la CSBM.....	30
1.1.2.3) Caractéristiques de la consommation de médicaments remboursables en ambulatoire ..	32
1.2) Financement de la consommation de médicaments en ambulatoire.....	36
1.2.1) De la consommation de médicaments en ambulatoire aux prestations de financement	36
1.2.2) Enjeux du financement de la consommation de médicaments en ambulatoire dans le cadre de l'ONDAM	38
1.2.3) Déterminants des prestations de financement de la consommation de médicaments remboursables de ville.....	40
1.3) Analyse structurelle et qualitative de la consommation de médicaments en ambulatoire	44
1.3.1) Une croissance portée principalement par un effet structure positif.....	44
1.3.2) Une intégration manifeste mais contenue des médicaments génériques et biosimilaires	45
1.3.3) Une croissance soutenue par le marché des médicaments innovants et coûteux.....	48

Section 2 : Analyse microéconomique de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes français	52
2.1) Caractéristiques générales des pratiques de prescription médicamenteuse des médecins généralistes français	52
2.1.1) <i>Un recours fréquent et important à la prescription médicamenteuse</i>	52
2.1.2) <i>Des domaines et des classes thérapeutiques privilégiés</i>	54
2.1.3) <i>Une pratique professionnelle hétérogène</i>	57
2.2) Analyses empiriques de la variabilité des pratiques de prescription médicamenteuse.....	59
2.2.1) <i>Une variabilité des pratiques inter et intra-médecins.....</i>	60
2.2.2) <i>Les déterminants de la pratique individuelle de prescription et de sa variabilité</i>	62
2.2.2.1) <i>Les caractéristiques associées aux patients.....</i>	62
2.2.2.2) <i>Les caractéristiques personnelles et d'exercice des médecins</i>	67
2.2.2.3) <i>Les caractéristiques du territoire</i>	70
2.3) Des cadres théoriques pour une décision complexe	72
2.3.1) <i>La pratique de prescription médicamenteuse : un acte complexe sous influence.....</i>	72
2.3.2) <i>La relation médecin-patient comme cadre de référence.....</i>	74
2.3.2.1) <i>Répondre à l'attente des patients et valider sa légitimité professionnelle</i>	75
2.3.2.2) <i>Créer et consolider la relation dans un contexte territorial concurrentiel</i>	77
2.3.2.3) <i>Une relation dans un contexte culturel et organisationnel</i>	78
2.3.3) <i>L'adoption d'une logique « optimisatrice » pour choisir sa pratique</i>	81
2.3.3.1) <i>Un objectif de maximisation des revenus ou de minimisation de l'effort.....</i>	81
2.3.3.2) <i>L'adaptation à la demande du territoire</i>	83
2.3.3.3) <i>L'influence des modalités de rémunération des médecins généralistes.....</i>	84
2.3.4) <i>L'influence des normes professionnelles et des relations entre pairs</i>	85
2.3.4.1) <i>Lever l'incertitude et se conformer à des standards de pratique.....</i>	86
2.3.4.2) <i>Réagir à l'état du marché ambulatoire</i>	88
2.3.4.3) <i>L'influence du contexte organisationnel et de l'exercice de groupe</i>	88

Chapitre 2 : La régulation de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes et la place du pharmacien d'officine : modalités et perspectives 92

Section 1 : La politique de régulation de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes en France : modalités et perspectives..... 93

1.1) Un encadrement progressif des pratiques en médecine de ville	94
1.1.1) <i>La convergence d'une démarche scientifico-professionnelle et d'une logique de régulation</i>	94
1.1.1.1) <i>Une rationalisation des pratiques médicales initiée par le milieu médical et scientifique</i>	94

1.1.1.2) Une politique de maîtrise des dépenses de santé couplant qualité des soins et rationalisation des pratiques	95
1.1.1.3) Un encadrement renforcé des pratiques par des instances et des références publiques ..	96
1.1.2) Les RBP : un instrument d'action politique dans la régulation des pratiques médicales	97
1.1.2.1) Une refonte des politiques de régulation à travers l'intégration des RBP	97
1.1.2.2) La reconfiguration des instances publiques autour des RBP.....	98
1.1.3) Vers une politique de régulation de plus en plus incitative.....	100
1.2) Les stratégies de régulation de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes	102
1.2.1) Des comportements de prescription aux stratégies de régulation	102
1.2.1.1) Les mesures incitatives de la ROSP	102
1.2.1.2) Le patient comme relais des pouvoirs publics	104
1.2.1.3) Les pairs comme moyen d'auto-réguler les pratiques de prescription	106
1.2.2) Éléments d'évaluation et perspectives pour la régulation de la prescription médicamenteuse.....	109
1.2.2.1) Des résultats partiels quant à l'efficacité des différentes stratégies de régulation.....	109
1.2.2.2) Des perspectives d'actions envisageables vis-à-vis de la régulation de la prescription médicamenteuse	111
 Section 2 : La place du pharmacien officinal dans la régulation de la prescription médicamenteuse : état des lieux et perspectives	 116
2.1) La place et le rôle du pharmacien officinal dans la régulation de la prescription médicamenteuse.....	116
2.1.1) La contribution du pharmacien officinal dans le cadre réglementaire.....	117
2.1.1.1) La prescription médicamenteuse : complémentarité et responsabilités du médecin et du pharmacien.....	117
2.1.1.2) Des évolutions et des nouvelles missions inscrites dans la loi	121
2.1.2) L'évolution observée du rôle et des missions du pharmacien	124
2.1.2.1) Une collaboration médecins-pharmaciens encore peu effective en France.....	124
2.1.2.2) Des opinions divergentes entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine.....	128
2.2) Restructuration des soins primaires français : potentialités et perspectives à travers la collaboration médecins-pharmaciens	132
2.2.1) Des politiques pour réorganiser et coordonner les soins primaires	133
2.2.1.1) Des dispositifs pour un exercice coordonné et pluriprofessionnel.....	133
2.2.1.2) La mise en place d'un cadre juridique pour accompagner l'exercice coordonné	136
2.2.1.3) De nouvelles modalités de coopération professionnelles inscrites dans la loi.....	137
2.2.2) Médecins et pharmaciens dans les structures coordonnées.....	140
2.2.2.1) Des médecins de plus en plus importants au sein de l'exercice coordonné	140
2.2.2.2) Une intégration encourageante des pharmaciens officinaux.....	142

2.2.3) <i>Les collaborations médecins-pharmaciens dans les structures coordonnées</i>	143
Section 3 : Les Groupes de Pratique Médecins Pharmaciens : une initiative internationale comme perspective envisageable en France	147
3.1) Analyse de trois modèles de GPMP	148
3.1.1) <i>Instauration et objectifs visés par ces modèles</i>	148
3.1.2) <i>Similitudes et spécificités entre modèles</i>	150
3.1.2.1) <i>Caractéristiques générales de ces modèles</i>	151
3.1.2.2) <i>Méthodologie générale des séances</i>	151
3.1.2.3) <i>Modalités pratiques associées à la préparation et au déroulement des séances</i>	154
3.1.3) <i>Contexte d'implantation des GPMP dans les trois pays étudiés</i>	158
3.1.3.1) <i>Le mode d'exercice des médecins généralistes</i>	158
3.1.3.2) <i>La pratique des pharmaciens d'officine</i>	159
3.1.3.3) <i>Le mode de reconnaissance financière et professionnelle des acteurs</i>	161
3.1.4) <i>Situation de l'implantation actuelle de cette pratique</i>	163
3.1.5) <i>Enjeux actuels de chacun des modèles de GPMP</i>	167
3.2) Les évaluations des résultats des GPMP	169
3.2.1) <i>La qualité de la prescription médicamenteuse</i>	170
3.2.2) <i>L'efficacité médico-économique de la prescription</i>	171
3.2.3) <i>Concernant le développement de la collaboration entre médecins et pharmaciens</i>	172
3.3) Analyse des perspectives d'une transférabilité de cette pratique à d'autres pays	174
3.3.1) <i>Levers et freins associés aux pratiques individuelles des professionnels</i>	175
3.3.2) <i>Levers et freins associés au contexte du pays d'implantation</i>	176
 Chapitre 3 : Évaluation d'une expérimentation de GPMP dans les soins primaires en France : faisabilité et perspectives de diffusion	 181
Section 1 : Méthodologies de l'expérimentation et de son évaluation	183
1.1) De la conception à la mise en place d'une expérimentation	183
1.1.1) <i>Le choix d'une démarche expérimentale de type recherche-intervention</i>	183
1.1.2) <i>Conception opérationnelle de l'expérimentation</i>	187
1.1.2.1) <i>Portage de l'animation</i>	188
1.1.2.2) <i>Public ciblé visé</i>	189
1.1.2.3) <i>Modalités d'implantation des Cercles et des séances</i>	190
1.1.2.4) <i>Modalités d'accompagnement des pharmaciens animateurs</i>	191
1.1.2.5) <i>Supports mis à disposition des pharmaciens animateurs</i>	192
1.1.3) <i>Le dimensionnement de l'expérimentation</i>	193

1.1.3.1) Nombre, recrutement des pharmaciens animateurs et des sites.....	193
1.1.3.2) Durée prévisionnelle de l'expérimentation et choix des thématiques traitées.....	194
1.1.4) Intégration des supports envisagés au sein des Cercles.....	195
1.1.4.1) Démarches pour la mise à disposition des modules de formation.....	195
1.1.4.2) Démarches de mise à disposition des données de prescription médicamenteuse.....	196
1.2) La démarche d'évaluation des Cercles	197
1.2.1) Objectifs et logique de l'évaluation	198
1.2.2) Les domaines, critères et indicateurs de l'évaluation	200
1.2.3) Outils de collecte et traitement des données	201
1.2.3.1) Outils de collecte élaborés	201
1.2.3.2) Modes de traitement et de présentation des résultats.....	207
 Section 2 : Évaluation des Cercles : implantation, fonctionnement et appréciation des professionnels	 208
 2.1) Implantation des Cercles : du recrutement des pharmaciens animateurs aux caractéristiques des sites d'expérimentation	 209
2.1.1) Caractéristiques des pharmaciens animateurs recrutés	210
2.1.1.1) Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles.....	210
2.1.1.2) Motivations a priori des pharmaciens animateurs	212
2.1.2) Constitution des Cercles.....	212
2.1.2.1) Portage de l'animation.....	212
2.1.2.2) Constitution des Cercles	213
2.1.2.3) Caractéristiques des participants	214
2.1.3) Caractéristiques des sites d'expérimentation	215
2.1.3.1) Positionnement du pharmacien animateur au sein du site	215
2.1.3.2) Intensité initiale des relations interprofessionnelles entre participants du Cercle	215
2.1.3.3) Contexte géographique et organisationnel des sites d'expérimentation	216
2.2) Fonctionnement des Cercles : de la préparation au déroulé des séances	219
2.2.1) Caractéristiques générales associées à la tenue des séances	219
2.2.1.1) Durée de l'expérimentation et nombre de séances réalisées	219
2.2.1.2) Nombre et caractéristiques des participants à l'issue de l'expérimentation	221
2.2.1.3) Lieux, durée et horaire des séances	223
2.2.2) Préparation des séances.....	224
2.2.2.1) Temps et modalités préparatoires des séances	224
2.2.2.2) Contribution des participants à la préparation des séances	227
2.2.2.3) Intégration des données de prescription des médecins généralistes.....	228
2.2.3) Déroulé des séances	229

2.2.3.1) Sujets traités lors des séances	229
2.2.3.2) Modalités pédagogiques et d'animation utilisées	230
2.2.3.3) Intensité des échanges lors des séances	232
2.2.3.4) Proposition de consensus de pratique	233
2.3) Satisfaction des acteurs sur le fonctionnement et l'apport des Cercles	235
2.3.1) <i>Satisfaction des acteurs : fonctionnement et contribution au dispositif</i>	236
2.3.1.1) <i>Satisfaction des pharmaciens animateurs</i>	236
2.3.1.2) <i>Satisfaction des participants</i>	240
2.3.2) <i>Satisfaction des acteurs : l'apport du dispositif</i>	242
2.3.2.1) <i>Satisfaction des pharmaciens animateurs</i>	242
2.3.2.2) <i>Satisfaction des participants</i>	243
2.4) L'apport des Cercles et des conditions pour leur diffusion	247
2.4.1) <i>Résultats et impacts des Cercles sur les pratiques professionnelles</i>	247
2.4.1.1) <i>Connaissances et pratiques professionnelles</i>	247
2.4.1.2) <i>Relations interprofessionnelles au sein des sites</i>	251
2.4.2) <i>Point de vue des acteurs sur la diffusion des Cercles</i>	253
2.4.2.1) <i>Modalités pour l'implantation des Cercles</i>	253
2.4.2.2) <i>La place des Cercles dans les actions ciblant la prescription médicamenteuse des médecins généralistes</i>	255
2.4.2.3) <i>Les Cercles comme une nouvelle mission du pharmacien d'officine</i>	256
 Section 3 : Discussion des résultats et perspectives pour une diffusion des GPMP en France ..	260
 3.1) Points forts et limites de l'expérimentation et de son évaluation	260
3.1.1) <i>Points forts et limites de la mise en place et du déroulé de l'expérimentation</i>	260
3.1.2) <i>Points forts et limites des méthodologies d'évaluation de cette expérimentation</i>	262
3.2) Des conditions et des leviers pour l'implantation des Cercles.....	263
3.2.1) <i>La satisfaction des professionnels</i>	263
3.2.1.1) <i>Des professionnels satisfaits de l'expérience d'un Cercle</i>	264
3.2.1.2) <i>Les motifs de satisfaction</i>	264
3.2.2) <i>Pharmacien animateur : un nouvel exercice satisfaisant mais exigeant</i>	265
3.2.2.1) <i>Des compétences à mobiliser et à acquérir</i>	266
3.2.2.2) <i>Le manque de disponibilité comme principale limite</i>	267
3.2.2.3) <i>Un changement de posture plutôt bien accueilli par les autres professionnels</i>	267
3.2.3) <i>Des paramètres contextuels pouvant expliciter une dynamique hétérogène</i>	268
3.2.3.1) <i>Caractéristiques des acteurs</i>	269
3.2.3.2) <i>Intensité des relations interprofessionnelles au sein des sites</i>	270
3.2.3.3) <i>Caractéristiques territoriales et organisationnelles du site d'implantation</i>	271

3.3) La configuration du modèle de GPMP « à la française » à déployer.....	272
3.3.1) <i>Un binôme d'animateurs médecin-pharmacien</i>	272
3.3.2) <i>Une ouverture du public cible à conserver</i>	273
3.3.3) <i>Une liberté d'implantation des GPMP mais quelques préconisations.....</i>	274
3.3.4) <i>Un accompagnement incontournable des animateurs</i>	275
3.3.5) <i>Des supports de préparation plus adaptés et des données de prescription requises.....</i>	276
3.4) Évolutions systémiques au regard d'une potentielle diffusion des GPMP en France	277
3.4.1) <i>Une évolution de la formation initiale des études de santé comme levier potentiel.....</i>	277
3.4.2) <i>Le déploiement des CPTS comme levier à la diffusion de cette pratique</i>	278
3.4.3) <i>Différentes possibilités envisageables pour reconnaître la participation des professionnels</i>	279
3.4.4) <i>Un accompagnement par l'Assurance maladie</i>	280
3.4.5) <i>Un partage du portage du dispositif comme configuration opportune.....</i>	281
Conclusion générale.....	285
Bibliographie.....	2899

Liste des figures

FIGURE 1 Décomposition de la croissance du marché du médicament remboursable de ville sur la période 2014-2019	45
FIGURE 2 Nombre et profession des participants lors des différentes séances de l'expérimentation .	22
FIGURE 3 Temps investi par pharmacien animateur pour chaque étape préparatoire pour l'ensemble des séances réalisées	225

Liste des tableaux

TABLEAU 1 Tableau comparatif du PIB et des dépenses pharmaceutiques exprimées en pourcentage du PIB au sein d'une sélection de 20 pays de l'OCDE pour l'année 2019	25
TABLEAU 2 Tableau comparatif des dépenses pharmaceutiques exprimées en pourcentage des dépenses totales de santé au sein d'une sélection de 20 pays de l'OCDE pour l'année 2019	26
TABLEAU 3 Tableau récapitulatif des dépenses pharmaceutiques exprimées en Parité de Pouvoir d'Achat (PPA) par habitant au sein d'une sélection de 20 pays de l'OCDE pour l'année 2019	27
TABLEAU 4 Suivi des agrégats composant la CSBM sur la période 2014-2019	31
TABLEAU 5 Part de la consommation de médicaments en ambulatoire au sein de la CSBM	31
TABLEAU 6 Évolution de la consommation de médicaments remboursables en ambulatoire sur la période 2014-2019	33
TABLEAU 7 Répartition des prestations de la Sécurité sociale au sein de son financement de la CSBM en 2019	37
TABLEAU 8 Suivi des prestations de financement réalisées par la CNAM dans le cadre de l'ONDAM des soins de ville sur la période 2014-2019	39
TABLEAU 9 Suivi des paramètres intervenant dans le financement de la consommation de médicaments remboursables de ville sur la période 2014-2019.....	41
TABLEAU 10 Indicateurs de la ROSP du médecin traitant de l'adulte associés à la qualité et à l'efficacité de la prescription médicamenteuse	103
TABLEAU 11 Tableau récapitulatif des principales caractéristiques associées à chacun des 3 modèles étudiés (CMP, CQ, PTAM)	157
TABLEAU 12 Tableau récapitulatif du contexte d'implantation et de la situation actuelle de chacun des 3 modèles étudiés (CMP, CQ, PTAM)	165
TABLEAU 13 Récapitulatif des outils élaborés pour l'évaluation de l'expérimentation	206
TABLEAU 14 Tableau récapitulatif des caractéristiques des pharmaciens animateurs recrutés pour l'expérimentation	211
TABLEAU 15 Tableau récapitulatif des caractéristiques des sites d'expérimentation.....	217
TABLEAU 16 Nombre et dates des séances réalisées par site au cours de l'expérimentation	220
TABLEAU 17 Nombre et caractéristiques par site des médecins généralistes et pharmaciens officinaux participants	221

Liste des annexes (Annexes non présents dans la version diffusable)

ANNEXE 1 : Méthodologie et outils d'évaluation utilisés au cours de l'expérimentation

ANNEXE 2 : Caractéristiques des pharmaciens animateurs

ANNEXE 3 : Formation et accompagnement des pharmaciens animateurs

ANNEXE 4 : Constitution des Cercles au sein des sites expérimentateurs

ANNEXE 5 : Caractéristiques des groupes de participants

ANNEXE 6 : Intégration et place des données de prescription au sein du dispositif

ANNEXE 7 : Mise en place et déroulement du dispositif tout au long de l'expérimentation

ANNEXE 8 : Intégration du dispositif au sein des pratiques personnelles des pharmaciens animateurs

ANNEXE 9 : Intégration du dispositif au sein des pratiques personnelles des participants

ANNEXE 10 : Acquisition de nouvelles connaissances chez les participants

ANNEXE 11 : Interactivité entre acteurs au sein des séances et élaboration de consensus de pratiques

ANNEXE 12 : Satisfaction des acteurs envers leur participation au dispositif

ANNEXE 13 : Evolutions des pratiques des participants générées par l'expérimentation

ANNEXE 14 : Impacts générés par l'expérimentation vis-à-vis des interactions entre acteurs au sein des sites d'expérimentation

ANNEXE 15 : Reconnaissance de la participation des acteurs au dispositif.

ANNEXE 16 : Place du dispositif des Cercles au sein des autres modalités de régulation existantes

ANNEXE 17 : Fiche de synthèse amovible des Sites d'expérimentation

Abréviations

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien

ALD : Affection Longue Durée

ANDPC : Agence Nationale du Développement Professionnel Continu

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

ARS : Agence Régionale de Santé

ATC : Anatomical Therapeutic Chemical

BPM : Bilan Partagé de Médication

CEPS : Comité Économique des Produits de Santé

CLEISS : Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale

CMP : Concertation Médico-Pharmaceutique

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CQ : Cercle Qualité

CdS : Centre de Santé

CSBM : Consommation de Soins et des Biens Médicaux

CSP : Code de Santé Publique

CSS : Code de la Sécurité Sociale

DDD : Defined Daily Dose

DFG : Débit de Filtration Glomérulaire

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DP : Dossier Pharmaceutique

DPC : Développement Professionnel Continu

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

EBM : Evidence Base Médecine

EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles

ESP : Équipe de Soins Primaires

GAPP : Groupe d'Analyse de Pratique entre Pairs

GERS : Groupement pour l'Élaboration et la Réalisation de Statistiques

GPMP : Groupe de Pratique Médecins Pharmaciens

GQ : Groupe Qualité

HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital Patients Santé Territoire
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
INAMI : Institut National d'Assurance Maladie et d'Invalidité
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IP : Intervention Pharmaceutique
IPP : Inhibiteur de la pompe à protons
IVM : Instituut Verantwoord Medicijngebruik
LEEM : Les Entreprises du Médicament
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique
OMEDIT : Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique
ONDAM : Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie
OP : Opinion Pharmaceutique
PGEU : Pharmaceutical Group of European Union
PHMEV : Prescription Hospitalière Médicamenteuse Exécutée en Ville
PIB : Produit Intérieur Brut
PPA : Parité du Pouvoir d'Achat
PTAM : PharmacoTherapy Audit Meeting
RBP : Recommandation de Bonne Pratique
RMO : Références Médicales Opposables
ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
SNIIRAM : Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie
UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
UMDPCS : Unité Mixte de Développement Professionnel Continu en Santé

Introduction générale

La consommation de médicaments en ambulatoire représente une part importante des dépenses de santé des pays développés (Le Galès, 2018). Différents paramètres tels que le vieillissement de la population, l'accroissement du nombre de patients atteints de pathologies chroniques, l'évolution des pratiques médicales contribuent actuellement à son augmentation dans l'ensemble de ces pays (Le Galès, 2018). Cette consommation médicamenteuse a des enjeux importants, qu'ils soient économiques ou sanitaires. La France ne fait pas exception et différentes stratégies ont été mises en place pour maîtriser cette consommation et les dépenses qu'elle induit à travers la régulation du prix des médicaments, des remboursements réduits ou encore l'encadrement des pratiques de prescription des médecins libéraux (Gimbert & Chauffaut, 2014; Reynaudi et al., 2013). Les prescripteurs font en effet l'objet d'actions de la part des pouvoirs publics qu'elles soient incitatives (comme la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP)) ou d'accompagnement comme le dispositif des Délégués de l'Assurance Maladie (Assurance Maladie, 2021f, 2022a). Cependant, la prescription médicamenteuse se situe aussi dans des relations entre différents professionnels du système de soins, que ce soit en termes de responsabilités, de compétences, de positionnement. À l'heure actuelle où la prise en charge des patients doit aller vers une coordination accrue entre professionnels de santé qu'ils soient de soins primaires ou secondaires, il semble difficile de faire reposer essentiellement la responsabilité des enjeux économiques et sanitaires de la prescription médicamenteuse sur un seul acteur de soins, le médecin. Les systèmes de santé de nombreux pays développés témoignent de cette évolution vers un partage des prises en charge, des compétences, des rôles, des responsabilités entre professionnels de santé (Powell Davies et al., 2008; The Commonwealth Fund, 2020). La régulation des pratiques de prescription peut aussi être concernée par cette interprofessionnalité et s'appuyer sur des relations, des collaborations entre acteurs au moins tout autant que sur uniquement les prescripteurs. Dans ce cadre, nous avons souhaité explorer la manière avec laquelle médecins généralistes et pharmaciens d'officine pouvaient être rassemblés, interagir dans la mise en place d'actions de régulation.

Ces deux acteurs sont au centre de la prescription médicamenteuse en ambulatoire. Les médecins généralistes sont à l'origine de la plus grande partie des dépenses de médicaments en ville (Assurance Maladie, 2021b). Ils couvrent aussi, contrairement aux spécialistes, quasiment toute la palette des classes thérapeutiques possibles et contribuent de manière importante à la prescription en ville de certaines classes qui représentent des enjeux sanitaires importants (antibiotiques, analgésiques, Inhibiteur de la Pompe à Protons (IPP), anxiolytiques) (Assurance Maladie, 2021b).

Le pharmacien d'officine est le spécialiste du médicament en ville. En France, il intervient principalement en aval de la prescription médicale, pour en vérifier sa cohérence interne vis-à-vis du traitement de la pathologie (absence de contre-indications, recherche d'interactions médicamenteuses

potentielles, etc.) et le respect des conditions de sécurité au regard de la situation physiopathologique du patient (Allenet et al., 2022; P. L. Bras et al., 2011), même si récemment de nouvelles missions lui ont été confiées, plus en lien direct avec le suivi et la prise en charge médicamenteuse de patients (Allenet, 2021; Assurance Maladie, 2019e; Ordre National des Pharmaciens, 2018). Son lien étroit avec la prescription médicamenteuse sur un territoire et ses compétences pharmacologiques, en font un professionnel de santé à même de contribuer à des évolutions, améliorations de la prescription en ville. Au niveau international, l'expertise du pharmacien officinal a été mise à profit dans différents systèmes de santé à travers le déploiement de la pharmacie clinique et des soins pharmaceutiques (P. L. Bras et al., 2011; Ordre National des Pharmaciens, 2018) ; orientant de manière plus prépondérante son exercice vers le patient et les autres professionnels de santé. Cette contribution du pharmacien d'officine à la prescription médicamenteuse a été intégrée à l'étranger à travers de nouvelles missions, sa présence dans de nouvelles organisations de soins mais également à travers de nouvelles pratiques interprofessionnelles (Deeks et al., 2018; Foppe van Mil & Schulz, 2006; Guénette et al., 2020; PGUE, 2016) à l'image des groupes de pratique entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine (GPMP) (Damiaens et al., 2021; Kocken, 1999; Rédaction Prescrire, 2008).

Les GPMP rassemblent des médecins généralistes et pharmaciens d'officine d'un même territoire qui se rencontrent régulièrement dans le but d'améliorer les pratiques associées à la pharmacothérapie.

L'existence de GPMP au sein de plusieurs pays européens voisins (Belgique, Pays-Bas, Suisse) et surtout leurs résultats sur les dépenses pharmaceutiques ou les collaborations interprofessionnelles (Damiaens et al., 2021; Locca et al., 2009; Niquille et al., 2012; Philbet, 2018; Vervloet et al., 2016) laissent penser qu'ils pourraient s'intégrer dans l'exercice des professionnels de soins primaires en France et être une nouvelle modalité pour réguler la prescription en ambulatoire. Le rapport du Commissariat Général à la Stratégie et la Prospective (CGSP) va dans ce sens dès 2013, il mentionnait outre le fait qu'il conviendrait « *d'inciter les médecins à développer davantage la réflexion sur leurs pratiques de prescription* », qu'il faudrait également « *encourager la participation des pharmaciens à cette démarche* » (Gimbert & Chauffaut, 2014). Toutefois les GPMP n'existent toujours pas en France, ils seraient une parfaite innovation organisationnelle pour notre système de santé.

L'existence de cette pratique interprofessionnelle dans des pays voisins ne présume toutefois en rien sa facile transférabilité en France. Chaque système de santé présente des spécificités, qu'elles soient en lien avec les politiques de régulation, l'organisation des soins, l'approche culturelle du soin, la pratique des professionnels, etc. Ces spécificités sont en mesure de représenter à la fois des leviers mais également des freins à l'implantation d'une nouvelle pratique ou d'une innovation organisationnelle dans un pays. La diffusion d'une innovation dans un système est en effet soumise à l'influence de déterminants à la fois au niveau des acteurs et utilisateurs mais aussi dépendante du

contexte et plus largement du fonctionnement du système dans lequel elle prend place (Greenhalgh et al., 2004; Nolte, 2018).

Aucune étude n'a, à ce jour, été réalisée pour étudier la cohérence et la faisabilité d'une implantation des GPMP en France. L'analyse de ces deux critères est une démarche préalable nécessaire à toute stratégie de diffusion des GPMP dans notre système de santé. Plusieurs questions sont alors à être examinées. L'implantation de cette pratique serait-elle cohérente au regard des enjeux actuels (économiques, sanitaires) de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes français ? Serait-elle cohérente avec les logiques actuelles des politiques de régulation, l'organisation des soins primaires français et la pratique professionnelle des médecins généralistes comme des pharmaciens d'officine ? Comment serait-elle perçue par ces acteurs ? Quelles seraient les conditions, les freins et leviers pour une implantation d'une telle pratique ? Si elle apparaît souhaitable, quel serait alors le modèle de GPMP à déployer au regard d'une potentielle diffusion ? Et enfin quelles évolutions plus systémiques (formation, financement, institutions, etc.) pour accompagner cette diffusion ?

Cette thèse appliquée en économie de la santé tente de répondre à ces questions en étudiant dans quelle mesure les GPMP représentent une perspective cohérente et réalisable pour le système de soins primaires français. Elle aborde cette problématique tout d'abord à travers différents domaines d'analyse : des analyses de données permettant de situer les dépenses et les pratiques de prescription, des analyses sur les comportements de prescription, sur les politiques de régulation du médicament et le rôle actuel du pharmacien et bien sûr l'analyse des GPMP mis en place à l'étranger. Ces analyses s'appuient sur des sources diverses, des statistiques nationales et professionnelles, des recherches et articles scientifiques, des documents institutionnels, parfois de la littérature grise voire des informations *ad hoc* collectées par nos soins. Cette thèse s'appuie aussi sur un travail empirique original, une expérimentation que nous avons réalisée en faisant pour la première fois fonctionner des GPMP en France. Le choix d'une expérimentation s'est imposé pour dépasser des considérations et analyses hypothétiques face à un objet d'étude encore inobservable en France. D'un point de vue méthodologique, notre démarche relève d'une recherche-intervention assortie d'une évaluation mobilisant des observations de terrain, des questionnaires et des entretiens semi-directifs.

Notre travail de thèse est exposé en trois chapitres.

Le premier chapitre est consacré aux périmètres et enjeux (économiques, sanitaires) associés à la prescription médicamenteuse des médecins libéraux français et plus spécifiquement à celle des médecins généralistes. Les objectifs de ce premier chapitre sont de disposer d'éléments théoriques et empiriques qui contribueront ensuite à argumenter de la cohérence des GPMP avec les enjeux et les déterminants de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes français. Afin de répondre à ces objectifs, nous aborderons la prescription médicamenteuse de ville d'un point de vue macroéconomique mais également microéconomique. Nous décrirons dans quelle mesure la

consommation de médicaments en ambulatoire ainsi que ses caractéristiques contribuent actuellement en France aux dépenses de santé et quels financements permettent de les assurer. La contribution de la prescription des médecins généralistes sera précisée au sein de la consommation de médicaments en ambulatoire. À un échelon professionnel mais également individuel, nous caractériserons la pratique de prescription médicamenteuse des médecins généralistes et sa variabilité. Nous préciserons enfin les déterminants possibles de cette prescription à partir d'approches théoriques mais aussi d'études empiriques. Ce premier chapitre permettra ainsi de cerner les enjeux, la complexité de la prescription des médecins généralistes français.

Le deuxième chapitre explore dans quelle mesure les GPMP représenteraient une perspective cohérente dans le contexte français de la régulation de la prescription médicamenteuse. Il mettra pour cela en regard les politiques de régulation menées en France pour influencer les pratiques de prescription médicale, le rôle actuel du pharmacien d'officine, et le bilan qui peut être fait de l'implantation des GPMP à l'étranger. Nous expliciterons les fondements et les outils des politiques de régulation de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes français et vers quels types de dispositif les pouvoirs publics semblent vouloir s'orienter aujourd'hui. Nous aborderons comment l'évolution des missions des pharmaciens officinaux français, dans le cadre de la réorganisation actuelle du système de soins primaires, représente un contexte favorable à une intégration plus prépondérante des pharmaciens d'officine dans cette régulation. Nous analyserons en détail le fonctionnement de GPMP dans trois pays (Suisse, Belgique, Pays-Bas) en présentant les configurations choisies pour ces groupes de pratique et les résultats obtenus dans chacun de ces pays. Ce détour vers ces expériences étrangères nous permettra de bien identifier le principe des GPMP, mais aussi la diversité possible de leur mise en œuvre. Nous en déduirons de premières conclusions quant à leur transférabilité en France.

Le troisième et dernier chapitre de ce manuscrit, présentera une expérimentation de GPMP en France que nous avons réalisée sur 9 sites géographiques en 2019-2020. Cette expérimentation, tout à fait originale, nous a permis d'observer et d'évaluer concrètement des groupes de pratique entre médecins et pharmaciens fonctionnant pour la première fois dans notre système de soins primaires. Notre objectif est d'alimenter par des constats empiriques notre analyse de la faisabilité des GPMP en France, et de définir, avec nos résultats, des leviers pertinents si un tel dispositif devait se diffuser en France. Nous justifierons dans une première partie notre démarche empirique puis nous présenterons notre expérimentation et la manière dont nous l'avons suivie et évaluée. L'ensemble des résultats obtenus sur la mise en place, le fonctionnement de ces GPMP, et l'appréciation des professionnels parties prenantes seront présentés et discutés. Nous concluons ce chapitre avec une approche plus prospective en tentant, au vu de nos résultats, de définir un modèle de GPMP « à la française » ainsi que les évolutions plus systémiques qui permettraient d'accompagner, de favoriser une potentielle diffusion.

Chapitre 1 : La prescription médicamenteuse des médecins généralistes français : des enjeux macroéconomiques aux comportements individuels de prescription

L'hypothèse d'une implantation des GPMP dans le système de soins primaires français nécessite d'étudier dans un premier temps dans quelle mesure ce dispositif serait en mesure de répondre aux enjeux actuels de la prescription médicamenteuse des médecins libéraux français et plus particulièrement à celle des médecins généralistes. Afin de répondre à ces questions, nous aborderons la prescription médicamenteuse des médecins généralistes français d'un point de vue macroéconomique mais également microéconomique.

Ainsi, plusieurs questions seront abordées au sein de ce chapitre. Quel poids économique la consommation de médicaments en ambulatoire représente-t-elle au sein des dépenses de santé françaises et de leurs financements ? Quelle est la contribution actuelle de la prescription des médecins généralistes français à cet agrégat ? Comment peut-on caractériser les pratiques de prescription médicamenteuse des médecins généralistes français que ce soit à l'échelon professionnel mais également individuel ? Quels sont les déterminants de leur pratique individuelle de prescription médicamenteuse ?

Cette étude de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes français doit permettre de mieux comprendre son importance, sa spécificité et ses déterminants. Nous développerons nos analyses au niveau macroéconomique, sectoriel, du groupe professionnel, puis individuel. Des comparaisons internationales avec d'autres systèmes de santé développés mettront en perspectives les spécificités françaises des différentes dimensions macroéconomiques et microéconomiques étudiées.

Dans une première section, nous aborderons la prescription médicamenteuse des médecins généralistes à travers l'analyse macroéconomique de la consommation de médicaments en ambulatoire. Nous étudierons dans quelle mesure cette consommation contribue aux dépenses de santé françaises et pèse sur les différents financements associés. La structuration qualitative de sa composante remboursable sera également étudiée. Dans chacune de ces trois analyses, la contribution de la prescription médicamenteuse des seuls médecins généralistes français sera précisée. Nous avons travaillé sur les données disponibles jusqu'à l'année 2019, ce choix est justifié car l'expérimentation qui sera présentée dans le troisième chapitre s'est déroulée sur l'année 2019. Différentes sources, qu'elles soient internationales (Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE), etc.) mais également nationales (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

(DREES), Assurance maladie, Groupement pour l'Élaboration et la Réalisation de Statistiques (GERS¹), etc.) sont utilisées dans nos analyses.

Dans la seconde section de ce premier chapitre, nous étudierons la prescription médicamenteuse des médecins généralistes français d'un point de vue microéconomique à travers l'étude de leurs comportements de prescription, et de leurs déterminants. Nous comparerons ces comportements à ceux de leurs homologues européens. L'acte de prescrire des médicaments étant un acte complexe, l'analyse de cette démarche (déterminants, logiques de prescription) permettra de formuler des pistes d'explication pour les différences de pratique observables. Cette section repose sur une revue de la littérature sur les comportements d'activité et de prescription des médecins libéraux et généralistes.

Section 1 : Analyse macroéconomique de la consommation de médicaments en ambulatoire : montant, financement, structure et évolution

Cette première section présente une analyse macroéconomique de la consommation de médicaments en ambulatoire. L'objectif est de mieux appréhender les enjeux actuels de cette consommation au regard de différentes dimensions (montant, financement, structure, évolution). Nous étudierons, dans un premier temps, le poids économique et les enjeux de la consommation de médicaments en ambulatoire au sein des dépenses de santé. Nous analyserons ensuite la structure et l'évolution de son financement. Afin de compléter cette analyse macroéconomique, une étude plus structurelle et qualitative de la consommation de médicaments en ambulatoire sera réalisée pour préciser les caractéristiques de son évolution et déterminer les catégories de médicaments (génériques, biosimilaires, médicaments innovants) qui structurent et conditionnent cette évolution. L'intégration de données internationales dans cette analyse macroéconomique spécifiera les enjeux de la consommation de médicaments en ambulatoire en France au regard de ceux d'autres pays de l'OCDE, notamment ceux des pays voisins européens. Ce travail de thèse portant plus spécifiquement sur la prescription médicamenteuse des médecins généralistes français, nous aborderons tout au long ce qui relève de cette prescription dans la prescription ambulatoire globale.

1.1) Consommation de médicaments en ambulatoire dans les dépenses de santé

Au niveau international comme en France, les agrégats des comptes de la santé permettent d'évaluer le montant, la composition et l'évolution de la consommation de médicaments en ambulatoire. L'analyse de ces données donne un premier éclairage sur les enjeux en termes de dépenses de cette consommation.

¹ Le GERS est un groupement d'intérêt économique créé par les entreprises de l'industrie pharmaceutique et qui réalise des études de marché notamment sur celui du marché de ville remboursable.

1.1.1) Comparaison internationale des dépenses pharmaceutiques

Au niveau international, dans les données de l'OCDE, la consommation de médicaments en ambulatoire peut être évaluée par l'agrégat « dépenses pharmaceutiques ». Cet agrégat s'intègre dans l'agrégat global des dépenses de santé, défini par l'OCDE comme les dépenses de consommation finale de biens et services de santé (les dépenses courantes de santé) (OCDE, 2018).

Les dépenses de santé comprennent les dépenses d'origine publique et privée (y compris celles des ménages) consacrées aux soins curatifs, de réadaptation et de longue durée, ainsi qu'aux biens médicaux tels que les produits pharmaceutiques. Elles incluent aussi les dépenses afférentes aux programmes de santé publique et de prévention, et à l'administration (OCDE, 2018). Cet indicateur peut être exprimé en pourcentage du PIB, en pourcentage de l'ensemble des dépenses de santé (dépenses courantes de santé) ainsi qu'en termes de Parité de Pouvoir d'Achat (PPA) et par habitant (OCDE, 2022). Afin de comparer les niveaux de dépenses entre les pays, les dépenses de santé exprimées en PPA sont converties dans une monnaie commune (le dollar américain) et corrigées des différences de pouvoir d'achat des devises nationales. Les PPA de la consommation individuelle effective sont utilisées, car elles représentent les taux de conversion les plus disponibles et les plus fiables (OCDE, s. d.).

Les dépenses pharmaceutiques incluent, pour leur part, l'ensemble de la consommation de médicaments délivrés en officine de ville (avec ou sans prescription), en grande surface (médicaments sans ordonnance) ainsi que celle issue de la consommation en médicaments hospitaliers à travers les médicaments de la rétrocession² (DREES, 2020d; OCDE, 2019c). Les médicaments consommés ou administrés au sein du système hospitalier hors rétrocession ne sont toutefois pas comptabilisés au sein de cet agrégat³. La consommation d'autres biens médicaux non durables (comme les pansements, bandages, kits de premier secours, etc.) fait également partie de cet agrégat mais cette consommation ne représente qu'une part mineure du total des produits pharmaceutiques et médicaux consommés (généralement environ 5 à 10 % des dépenses pharmaceutiques) (Belloni et al., 2016; OCDE, 2019c). Le montant des « dépenses pharmaceutiques » inclut également les marges des répartiteurs grossistes et des détaillants ainsi que la taxe sur la valeur ajoutée des médicaments consommés. Dans la plupart des pays, les dépenses pharmaceutiques totales sont « nettes », c'est-à-dire qu'elles prennent en compte les remises éventuelles que les laboratoires pharmaceutiques, les grossistes ou les pharmacies

² La rétrocession hospitalière consiste en la vente par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé, de médicaments (appelés « médicaments rétrocédables ») à des patients en ambulatoire, dans le respect de certaines conditions (médicaments présentant notamment des contraintes particulières de distribution, de dispensation ou d'administration, ou nécessitant un suivi de la prescription ou de la délivrance). Ces médicaments, facturés à l'Assurance maladie, ne pèsent pas sur les budgets hospitaliers, puisque leur prise en charge est retracée dans l'enveloppe « soins de ville » (DREES, 2020a).

³ Les produits pharmaceutiques consommés dans les hôpitaux et dans d'autres structures de soins dans le cadre de traitements avec hospitalisation ou en ambulatoire sont exclus (les données disponibles semblent indiquer que leur inclusion renchérirait les dépenses pharmaceutiques au détail de 10 à 20 %). On observe des problèmes de comparabilité en matière d'administration et de délivrance de produits pharmaceutiques aux patients ambulatoires dans les hôpitaux. Dans certains pays, les coûts sont inclus dans la catégorie des soins curatifs ; dans d'autres, ils figurent dans celle des produits pharmaceutiques (OCDE, 2019c).

peuvent avoir à consentir (OCDE, 2019c). De plus, cet agrégat couvre la rémunération des pharmaciens lorsque celle-ci est distincte du prix des médicaments (OCDE, 2019c).

La comparaison internationale du poids économique des dépenses pharmaceutiques par pays qui suit est issue des données de l'année 2019, pour une sélection de 20 pays faisant partie des 37 états membres de l'OCDE, dont tous les pays de l'Union Européenne des 15 (UE-15) ainsi que cinq autres pays membres appartenant à différents continents (Amérique, Asie, Europe). Cette comparaison est réalisée à travers trois indicateurs : les dépenses pharmaceutiques en pourcentage du Produit Intérieur Brut (PIB), en pourcentage des dépenses de santé ainsi qu'en Parité du Pouvoir d'Achat (PPA) par habitant. Chaque indicateur permet de caractériser l'importance de la consommation de médicaments en ambulatoire de manière différente mais complémentaire.

1.1.1.1) Les dépenses pharmaceutiques en pourcentage du PIB

L'expression des dépenses pharmaceutiques en termes de pourcentage du Produit Intérieur Brut (PIB) permet de d'évaluer la part de la richesse nationale attribuée par chaque pays à ce secteur de dépenses.

Le tableau 1 présente le PIB (en milliards de dollars) ainsi que les dépenses pharmaceutiques exprimées en % du PIB pour la sélection des 20 pays de l'OCDE.

TABEAU 1 Tableau comparatif du PIB et des dépenses pharmaceutiques exprimées en pourcentage du PIB au sein d'une sélection de 20 pays de l'OCDE pour l'année 2019

Pays	PIB (milliards de dollars)	Pays	Dépenses pharmaceutiques (en % du PIB)
États-Unis	21 373	États-Unis	2,1
Japon	5 354	Grèce	2,1
Allemagne	4 624	Japon	1,9
France	3 300	Allemagne	1,7
Royaume-Uni	3 278	Canada	1,7
Italie	2 651	Italie	1,6
Espagne	1 965	Portugal	1,4
Canada	1 853	Espagne	1,3
Pays-Bas	1 023	France	1,3
Belgique	623	Suisse	1,3
Suisse	618	OCDE 37	1,3
Suède	561	Autriche	1,2
Autriche	516	Belgique	1,2
Irlande	431	Royaume-Uni	1,2
Portugal	372	UE 15	1,2
Norvège	357	Finlande	1,1
Danemark	341	Suède	1,1
Grèce	325	Irlande	0,8
Finlande	278	Danemark	0,7
Luxembourg	73	Norvège	0,7
		Pays-Bas	0,7
		Luxembourg	0,6

Source : OCDE (OCDE, 2019a, 2019b))

Le tableau 1 illustre une grande disparité entre pays de l'OCDE vis-à-vis de la richesse attribuée aux dépenses pharmaceutiques. En effet, bien que cette disparité soit moins importante (rapport de 3,5 entre les États-Unis et le Luxembourg) que celle concernant le PIB de chaque pays (rapport de 293 entre les États-Unis et le Luxembourg), les données de ce tableau soulignent que les pays ayant les PIB les plus élevés comme les États-Unis, le Japon ou l'Allemagne sont également ceux pour lesquels la part attribuée aux dépenses pharmaceutiques fait partie des parts les plus importantes au sein des pays de l'OCDE (respectivement 2,1 ; 1,9 et 1,7 %) (OCDE, 2019b). En 2019, la France avec un PIB de 3 300 milliards d'euros soit un des plus importants des pays de l'OCDE, a des dépenses pharmaceutiques estimées à 1,3 % de son PIB. Ce pourcentage est aussi celui en moyenne de l'OCDE (pour 37 pays) ou de l'UE à 15 pays.

1.1.1.2) Les dépenses pharmaceutiques en pourcentage des dépenses totales de santé

Le fait d'exprimer les dépenses pharmaceutiques par rapport aux dépenses totales de santé permet de déterminer la part relative attribuée à la consommation de médicaments en ambulatoire au sein de la consommation totale de soins et d'apprécier ainsi la manière dont les états orientent leur système de santé vis-à-vis des différents postes de consommation, dont le médicament.

TABLEAU 2 Tableau comparatif des dépenses pharmaceutiques exprimées en pourcentage des dépenses totales de santé au sein d'une sélection de 20 pays de l'OCDE pour l'année 2019

Pays	% des dépenses de santé consacrées aux dépenses pharmaceutiques (2019)
Grèce	26,2
Italie	18,0
Japon	18,0 (2018)
Canada	16,1
Espagne	14,8
Portugal	14,8
OCDE 37	15,2
Allemagne	14,4
États-Unis	12,6
UE 15	13,9
Finlande	12,4
Autriche	11,9
France	11,9
Irlande	11,9
Suisse	11,9
Belgique	11,1
Royaume-Uni	11,5
Luxembourg	10,6
Suède	9,7
Pays-Bas	7,3
Norvège	7,0
Danemark	6,8

Source : DONNEES OCDE (OCDE, 2019b))

Les données du tableau 2 illustrent qu'avec 11,9 % des dépenses totales de santé attribuées aux dépenses pharmaceutiques, la France se situe en dessous de la moyenne des pays de l'OCDE 37 (15,2 %) et en dessous de la moyenne de l'UE-15 (13,9 %). La France présente une part moins importante de ses dépenses réservées à ce type de consommation comparée à d'autres pays tels que le Japon (18,0 %) et l'Allemagne (14,4 %) pour lesquels les données précédemment fournies ont souligné des montants de dépenses pharmaceutiques parmi les plus élevés des pays de l'OCDE.

1.1.1.3) Les dépenses pharmaceutiques en termes de PPA par habitant

L'expression des dépenses pharmaceutiques en termes de Parité de Pouvoir d'Achat (PPA) par habitant permet de déterminer la valeur de la consommation médicamenteuse par habitant en prenant

en considération les taux de conversion monétaire afin d'égaliser les pouvoirs d'achat des différentes monnaies⁴.

Dans le tableau 3, nous avons retranscrit les dépenses pharmaceutiques exprimées en PPA (en euros) à travers les 20 pays de l'OCDE précédemment sélectionnés pour l'année 2019. Ces données permettent de différencier la valeur de ces dépenses pharmaceutiques par habitant pour l'achat de médicaments sur prescription, de médicaments en vente libre et de produits médicaux non durables.

TABLEAU 3 Tableau récapitulatif des dépenses pharmaceutiques exprimées en Parité de Pouvoir d'Achat (PPA) par habitant au sein d'une sélection de 20 pays de l'OCDE pour l'année 2019

	Médicaments sur prescription (en euros)	Médicaments en vente libre (en euros)	Produits médicaux non durables (en euros)	Total (sans ventilation) (en euros)	Total (en euros)	Part des dépenses pharmaceutiques induites par une prescription
États-Unis	855	190			1 045	81,8 %
Allemagne	627	83	0		710	88,3 %
Canada	561	56	40		657	85,4 %
Suisse	465	138	42		645	72,1 %
Japon	519	91	6		616	84,3 %
Autriche	396	110	8		514	77,1 %
Italie				500	500	
UE 15					491	
France	405	43	29		477	84,9 %
Belgique	390	65	8		463	84,2 %
Grèce				461	461	
Irlande				460	460	
Luxembourg	310	89	36		435	71,3 %
Finlande	360	56	12		428	84,1 %
Suède	288	88	35		411	70,1 %
Espagne	302	82	20		404	74,8 %
Royaume-Uni	216	134	42		392	55,1 %
Portugal				376	376	/
Norvège	260	39	60		359	72,4 %
Pays-Bas				318	318	/
Danemark	180	50	55		285	63,2 %

Source : OCDE, EUROSTAT, OMS, SYSTEME INTERNATIONAL DES COMPTES DE LA SANTE (SHA) (DREES, 2021b)

Les données du tableau 3 mettent en lumière une forte disparité des dépenses pharmaceutiques au sein des pays de l'OCDE. Les États-Unis se démarquent des autres pays de l'OCDE avec un montant de dépenses pharmaceutiques par habitant très important et devançant à cet égard respectivement l'Allemagne, le Canada, la Suisse et le Japon (ayant tous les quatre une dépense par habitant supérieure à 600 euros PPA). A contrario, d'autres pays comme le Danemark ou les Pays-Bas

⁴ Cet indicateur est mesuré en unités monétaires nationales par dollar US et converti en euros de sorte qu'un euro PPA en France soit égal à un euro courant (DREES, 2019a).

présentent une dépense par habitant beaucoup plus faible avec des montants respectifs de 285 euros et 318 euros PPA.

Avec des dépenses pharmaceutiques évaluées par habitant à 477 euros en 2019, la France se situe au 8^{ème} rang des pays de l'OCDE et au 4^{ème} rang des pays européens présentant les dépenses pharmaceutiques par habitant les plus importantes. En Europe, l'Allemagne est le pays de l'UE-15 dont les dépenses pharmaceutiques par habitant sont les plus importantes (710 euros, soit +45 % par rapport à la moyenne de l'UE-15 (491 euros PPA), devant l'Autriche (514 euros), l'Italie (500 euros) et la France (Cf tableau 3).

Au sein des pays de l'OCDE, la majorité des dépenses pharmaceutiques sont issues de la prescription médicale (75 %), mais une part non négligeable provient des médicaments en vente libre (19 %) et des produits médicaux non durables (5 %) (OCDE, 2019c).

Les données du tableau 3 montrent également une disparité de la contribution de la prescription médicale aux dépenses pharmaceutiques selon les pays (contribution de 88,3 % en Allemagne contre 55,1 % au Royaume-Uni). En France, 84,9 % des dépenses pharmaceutiques proviennent de la prescription médicale, ce qui fait de la France, un des pays de l'OCDE pour lesquels, les dépenses pharmaceutiques sont les plus tributaires de la prescription médicale, derrière l'Allemagne (88,3 %) et le Canada (85,4 %). (Cf tableau 3). Cette variabilité de la contribution de la prescription médicale dans les dépenses pharmaceutiques des différents pays de l'OCDE peut s'expliquer par des législations différentes en matière de prescription médicamenteuse mais également par des circuits de délivrance différents (ville, hôpital, supermarché).

Les comparaisons internationales présentées permettent de souligner que si la France est proche de la moyenne de l'OCDE et des pays de l'UE lorsque la dépense pharmaceutique est exprimée en pourcentage du PIB, en deçà de ces moyennes pour la dépense pharmaceutique en pourcentage de la dépense de santé, la dépense pharmaceutique par habitant reste élevée en France. Bien que proche de la moyenne de l'UE, cette dépense par habitant est supérieure à celle de 12 pays parmi les 20 inclus dans nos tableaux. Par ailleurs, l'importance en France de la part des dépenses pharmaceutiques induites par une prescription, montre la pertinence que pourrait avoir, en France, des actions de régulation ciblant les prescripteurs.

Afin d'étudier plus en détail les dépenses associées en France à la consommation de médicaments en ambulatoire, nous allons poursuivre notre analyse en mobilisant des données issues des Comptes de la Santé.

1.1.2) Analyse de la consommation de médicaments en ambulatoire en France

1.1.2.1) La consommation de médicaments en ambulatoire dans les agrégats des Comptes de la Santé

La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) publie chaque année les Comptes de la Santé qui présentent notamment les principaux postes de consommation du système de soins français et leur financement.

Avant d'explicitier le poids économique ainsi que les enjeux de la consommation de médicaments en ambulatoire, nous allons rappeler les agrégats qui composent la dépense de santé.

La Dépense Courante de Santé au sens international (DCSi) constitue l'agrégat le plus large des dépenses de santé. En 2019, la DCSi de la France a été évaluée à 271,9 milliards d'euros soit 11,2 % de son PIB (DREES, 2021a).

Au sein de cette DCSi, la Consommation des Soins et des Biens Médicaux (CSBM) représente la valeur totale des dépenses liées à la consommation des biens et des services qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé⁵ (DREES, 2020a). La CSBM a été évaluée en 2019 à 208 035 millions d'euros (DREES, 2020e), c'est l'agrégat le plus important (76,5 %) de la DCSi. La CSBM intègre cinq postes de consommation : les soins hospitaliers, les soins de ville, les médicaments en ambulatoire, les transports de malades ainsi que les autres biens médicaux en ambulatoire (notamment dispositifs médicaux) (DREES, 2020a).

Au sein de la CSBM, l'agrégat « consommation de médicaments en ambulatoire » équivaut à celui des « dépenses pharmaceutiques » défini au sein de la nomenclature internationale hormis le fait qu'il n'intègre pas les biens médicaux non durables tels que les pansements, les seringues⁶, etc. L'agrégat « consommation de médicaments en ambulatoire » se compose de plusieurs postes de consommation : celui des médicaments remboursables, des médicaments non remboursables ainsi que celui des rémunérations forfaitaires⁷ en dehors des Honoraires de Dispensation (HDD) (dont la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique⁸) (DREES, 2019c). La consommation de médicaments remboursables en ambulatoire peut se différencier en fonction de trois origines : des médicaments délivrés en

⁵ Cette dépense inclut l'ensemble des biens médicaux et soins courants, y compris ceux des personnes pris en charge au titre des affections de longue durée (ALD) ; elle exclut en revanche diverses composantes de la dépense relative notamment à la gestion et au fonctionnement du système ainsi qu'aux soins de longue durée (DREES, 2019a).

⁶ Les biens médicaux non durables qui intégraient l'agrégat des « dépenses pharmaceutiques » au sens international font partie au sein de la nomenclature française de l'agrégat des « autres biens médicaux ».

⁷ Les rémunérations forfaitaires sont des rémunérations intégrant notamment la ROSP ainsi que les indemnités perçues dans le cadre des permanences pharmaceutiques assurées par les officines de garde (DREES, 2019d).

⁸ Depuis la convention pharmaceutique de 2012, les pharmaciens bénéficient d'une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). Initialement, cette ROSP avait été instaurée pour encourager la délivrance de médicaments génériques, au travers d'une rémunération dépendante du taux de substitution atteint par pharmacie mais elle inclut actuellement la qualité de service et la qualité de la pratique (transmission électronique des feuilles de soins, mise à jour des cartes vitales...) (Sécurité Sociale, 2020c).

officine⁹, de la rétrocession hospitalière ainsi que des honoraires de dispensation¹⁰ (DREES, 2019c). C'est notamment à travers le suivi des agrégats composant la consommation de médicaments en ambulatoire que nous allons maintenant analyser le poids économique et les enjeux que représentent cette consommation au sein de la consommation de soins et de biens médicaux en France.

1.1.2.2) Poids économique et enjeux de la consommation de médicaments en ambulatoire au sein de la CSBM

Afin d'analyser le poids économique de la consommation de médicaments en ambulatoire au sein de la CSBM, nous avons suivi le montant des différents postes de consommation constituant la CSBM sur la période 2014-2019 (Cf tableau 4).

⁹ La consommation de médicaments en ambulatoire est valorisée au prix public toutes taxes comprises et inclut le prix fabricant hors taxes des laboratoires, les marges des grossistes-répartiteurs, les marges des pharmaciens ainsi que la TVA (DREES, 2019d).

¹⁰ Depuis le 1^{er} janvier 2015, les pharmaciens perçoivent des honoraires supplémentaires destinés à valoriser le rôle de conseil au moment de la dispensation des médicaments dans le but de rendre leurs rémunérations moins dépendantes du prix et du volume des médicaments remboursables. Au sein de ces honoraires de dispensation figurent différentes catégories dont un honoraire au conditionnement, un honoraire d'ordonnance dite complexe pour les ordonnances comportant au moins cinq médicaments ou spécialités pharmaceutiques remboursables, un honoraire de dispensation pour l'exécution de toute ordonnance, un honoraire pour l'exécution de toute ordonnance pour des jeunes enfants et des patients âgés et un honoraire de dispensation particulière pour toute exécution d'ordonnance comportant un ou plusieurs médicaments dits « spécifique ». Le remboursement de ces honoraires est pris en charge à 70 % par l'Assurance maladie et à 30 % par l'assurance complémentaire du patient s'il en a une, à condition que la délivrance fasse suite à une prescription médicale de médicaments remboursables (CEPS, 2020; DREES, 2019a).

TABLEAU 4 Suivi des agrégats composant la CSBM sur la période 2014-2019

<i>Consommation</i> (en millions d'euros)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	% au sein de la CSBM (2019)	Evolution / CC -CSBM ⁽¹⁾ (2014- 2019)
CSBM	190 214	192 262	197 148	200 535	203 748	208 035	100,0 %	+ 9,4 %/ 100 %
<i>Soins hospitaliers</i> (Secteur public et privé)	89 060	90 430	92 320	93 848	94 887	97 127	46,7	+ 9,1%/ + 45,3 %
<i>Soins ambulatoires</i>	101 154	102 532	104 827	106 688	108 861	110 908	53,3 %	+ 9,6 %/ + 54,7 %
Dont soins de ville	49 412	50 553	52 132	53 464	54 992	56 467	27,1 %	+ 14,3 %/ + 39,6 %
Dont transports sanitaires	4 413	4 604	4 806	4 987	5 099	5 051	2,4 %	+ 14,5 %/ + 3,6 %
Dont médicaments en ambulatoire	33 207	32 745	32 731	32 761	32 649	32 592	15,7 %	- 1,8 %/ - 3,5 %
<i>Médicaments remboursables</i>	30 417	29 904	29 924	30 015	29 989	30 157	14,5 %	- 0,1 %/ - 1,5 %
<i>Médicaments non remboursables</i>	2 790	2 841	2 806	2 746	2 660	2 435	1,2 %	- 12,7 %/ - 2,0 %
Dont autres biens médicaux¹¹	14 122	14 630	15 158	15 476	16 122	16 798	8,1 %	+ 18,9 %/ + 15,0 %

⁽¹⁾CC-CSBM Contribution à la Croissance de la CSBM

Source : DREES (DREES, 2020e, 2020f)

TABLEAU 5 Part de la consommation de médicaments en ambulatoire au sein de la CSBM

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne des évolutions annuelles (2014-2019)
Part de la consommation de médicaments en ambulatoire au sein de la CSBM (en %)	17,5	17,0	16,6	16,3	16,0	15,7	- 0,36 % par an
Part de la consommation de médicaments remboursables en ambulatoire au sein de la CSBM (en %)	16,0	15,5	15,2	15,0	14,7	14,5	- 0,30 % par an

Source : DREES (DREES, 2020e, 2020f)

Comme le montre le tableau 4, la consommation de médicaments en ambulatoire atteint en 2019 32 592 millions d'euros ce qui constitue le 3^{ème} plus gros poste de consommation (15,7 %) au sein de la CSBM derrière les soins hospitaliers (46,7 %) et les soins de ville (27,1 %). La consommation de médicaments en ambulatoire est très majoritairement portée (92,5 %) par la consommation de

¹¹ Les autres biens médicaux correspondent à l'optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements (DREES, 2020e).

médicaments remboursables (30 157 millions d’euros), cette consommation représentant 14,5 % de la CSBM (Cf tableau 5). Comme précisé précédemment, la consommation de médicaments remboursables en ambulatoire comprend la consommation associée à la délivrance de médicaments remboursables que ce soit en officine de ville, via la rétrocession hospitalière ou à travers les rémunérations des pharmaciens d’officine telles que les honoraires de dispensation ou encore la ROSP.

Malgré un poids économique important au sein de la CSBM, la part de la consommation de médicaments en ambulatoire au sein de la CSBM tend à diminuer depuis plusieurs années. En effet, en dépit d’une augmentation de son montant depuis 2001 (26 200 millions d’euros) puis d’une stabilisation entre 2008 (33 063 millions d’euros) et 2014 (33 207 millions d’euros), la part de cette consommation au sein de la CSBM a connu une diminution annuelle de - 0,33 % par an entre 2001 et 2019 pour ne représenter plus que 15,7 % de la CSBM en 2019 (contre 21,6 % en 2001 et 17,5 % en 2014)¹² (DREES, 2020f, 2021b).

Au sein de la consommation de médicaments en ambulatoire, la diminution de la consommation des médicaments remboursables (-1,5 %) et celle des médicaments non remboursables (-2,0 %) ont contribué de manière équivalente à la diminution de cet agrégat sur la période 2014-2019. La consommation de médicaments en ambulatoire a connu une évolution divergente de celle de tous les autres agrégats de la CSBM, qui ont augmenté sur la période d’observation (2014-2019) et ont ainsi contribué à la croissance de la CSBM (+9,4 % sur cette période). Ce sont notamment les soins hospitaliers et les soins de ville qui restent les principaux facteurs de croissance de la CSBM depuis 2009 avec une contribution moyenne annuelle de + 1,0 et + 0,5 point par an (DREES, 2019b).

Notre étude portant sur la prescription médicamenteuse des médecins généralistes français, nous allons maintenant étudier plus spécifiquement la consommation des médicaments remboursables en ambulatoire en analysant sa structuration ainsi que les paramètres qui contribuent à son évolution. Pour la suite de notre analyse, nous emploierons le terme « consommation de médicaments remboursables » pour désigner la consommation de médicaments remboursables en ambulatoire.

1.1.2.3) Caractéristiques de la consommation de médicaments remboursables en ambulatoire

Pour étudier les paramètres qui structurent et qui conditionnent la consommation de médicaments remboursables, nous allons intégrer dans notre analyse l’impact du prix des médicaments remboursables, du volume de boîtes consommées, mais également la contribution des différents types de prescripteurs.

¹² La diminution de la consommation de médicaments en ambulatoire a même contribué en 2013 et 2015 (avec des taux respectivement de - 1,9 à - 1,4 %) à des taux de recul les plus importants vis-à-vis de la croissance en valeur de la CSBM (DREES, 2019b).

Nous avons pour cela utilisé des données issues de l'Assurance maladie (Système National d'Information Inter-régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM)) mais également les rapports du Comité Économique des Produits de Santé (CEPS)¹³, publiés chaque année. Nous disposons ainsi de données sur l'origine de la consommation des médicaments remboursables (officine de ville, rétrocession, etc.), sur le volume de boîtes consommées, l'indice de prix ou encore la répartition des différents prescripteurs (médecins généralistes, spécialistes libéraux, médecins hospitaliers) de cette consommation. La consommation de médicaments remboursables et délivrés en officine de ville sera dans la suite désignée par « consommation de médicaments remboursables de ville ».

TABLEAU 6 Évolution de la consommation de médicaments remboursables en ambulatoire sur la période 2014-2019

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Evolution (2014- 2019)
Consommation de médicaments remboursables en ambulatoire (en milliards d'euros)							
Médicaments remboursables ⁽¹⁾	30,41	29,90	29,92	30,02	29,99	30,16	- 0,1 %
<i>Dont montant (TTC) des médicaments délivrés en officine et présentés au remboursement ⁽²⁾</i>	<i>25,32</i>	<i>23,07</i>	<i>22,42</i>	<i>22,25</i>	<i>22,89</i>	<i>22,58</i>	<i>- 10,8 %</i>
<i>Dont montant TTC des médicaments de rétrocession présentés au remboursement ⁽²⁾</i>	<i>2,44</i>	<i>2,57</i>	<i>2,66</i>	<i>2,85</i>	<i>2,40</i>	<i>2,14</i>	<i>- 12,3 %</i>
<i>Dont honoraires de dispensation ⁽³⁾</i>		<i>2,18</i>	<i>2,73</i>	<i>2,70</i>	<i>2,67</i>	<i>3,48</i>	<i>+ 59,6 %</i>
Évolution des paramètres associés à la consommation des médicaments remboursables de ville							
<i>Volume de boîtes (en millions) ⁽⁴⁾</i>	<i>2,53</i>	<i>2,52</i>	<i>2,52</i>	<i>2,49</i>	<i>2,45</i>	<i>2,43</i>	<i>- 4,0 %</i>
<i>Indice de Prix ⁽⁵⁾</i>	<i>66,1</i>	<i>63,1</i>	<i>60,8</i>	<i>58,9</i>	<i>56,7</i>		<i>- 14,2 %</i>
Contribution des prescripteurs à la consommation de médicaments remboursables de ville ⁽²⁾							
<i>Part de prescriptions des médecins généralistes (Montant en milliards d'euros)</i>	<i>57,0 % (14,44)</i>	<i>53,1 % (12,26)</i>	<i>50,7 % (11,37)</i>	<i>48,9 % (10,87)</i>	<i>46,3 % (10,59)</i>	<i>43,8 % (9,89)</i>	<i>- 13,2 %</i>
<i>Part de prescriptions des médecins spécialistes (Montant en milliards d'euros)</i>	<i>14,9 % (3,77)</i>	<i>15,6 % (3,60)</i>	<i>16,0 % (3,58)</i>	<i>16,3 % (3,63)</i>	<i>16,5 % (3,77)</i>	<i>16,6 % (3,74)</i>	<i>+ 1,7 %</i>
<i>Part de prescriptions des médecins hospitaliers (Montant en milliards d'euros)</i>	<i>25,7 % (6,51)</i>	<i>28,8 % (6,63)</i>	<i>30,7 % (6,89)</i>	<i>32,2 % (7,16)</i>	<i>34,3 % (7,84)</i>	<i>36,5 % (8,23)</i>	<i>+ 10,8 %</i>

Source : ⁽¹⁾ DREES (DREES, 2020f) / ⁽²⁾ OPEN MEDIC (ASSURANCE MALADIE, 2021b) / ⁽³⁾ Sécurité Sociale (SECURITE SOCIALE, 2020c) / ⁽⁴⁾ GERS (CEPS, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020) / ⁽⁵⁾ INSEE (INSEE, 2020a)

¹³ Le Comité Économique des Produits de Santé (CEPS) est un organisme interministériel placé sous l'autorité conjointe des ministres chargés de la santé, de la Sécurité sociale et de l'économie dont l'objectif principal est de fixer les prix des médicaments et les tarifs des dispositifs médicaux à usage individuel pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2021).

Comme déjà précisé, la consommation de médicaments remboursables est composée de plusieurs postes : la consommation des médicaments délivrés en officine de ville, celle issue de la rétrocession hospitalière mais également celle provenant de la rémunération des pharmaciens pour l'exercice de leurs missions en lien avec la délivrance des prescriptions médicamenteuses. En 2019, la consommation de médicaments remboursables de ville représente le poste majoritaire de la consommation de médicaments en ambulatoire avec un montant présenté au remboursement de la Sécurité sociale évalué à 22,58 milliards d'euros TTC¹⁴ (Assurance Maladie, 2021b).

Tout en gardant un poids économique important, la consommation de médicaments remboursables de ville a diminué sur la période 2014-2019 en raison de la diminution du prix des médicaments remboursables de ville à laquelle s'est ajoutée une diminution de son volume de boîtes consommées (Cf tableau 6). Ainsi, l'indice de prix des médicaments remboursables de ville a enregistré une décroissance de - 14,2 % sur la période 2014-2019, il a atteint une valeur de 56,7 en 2018 pour une base 100 en 1998 (INSEE, 2020a). Le volume consommé de boîtes de médicaments remboursables de ville a connu pour sa part une diminution plus faible évaluée à - 4,0 % entre 2014 et 2019. La France qui était caractérisée au début des années 2000 comme un pays associé à une consommation importante de médicaments tant en termes de valeur que de volume a vu les paramètres de sa consommation converger vers ceux des autres pays européens.

Une étude récente menée en 2019 par IQVIA¹⁵ pour le LEEM a par ailleurs confirmé la convergence de l'évolution du volume de consommation de médicaments du marché de ville entre la France et les autres pays européens. Bien que cette étude représente la consommation totale du marché de ville au sein de ces pays entre 2004 et 2019, la consommation de médicaments par habitant a baissé de 16 % en France, alors qu'elle augmentait de 27 % en Allemagne. La France est d'ailleurs le seul pays européen dont la consommation de médicaments a diminué depuis 2004. L'écart entre la France et les autres pays s'est fortement réduit : la consommation française n'étant plus que de 7 % supérieure à la consommation britannique en 2019, alors que l'écart était de 35 % en 2004¹⁶ (LEEM, 2020).

L'analyse de la consommation de médicaments remboursables de ville peut être affinée par classes thérapeutiques. Toutefois, les données de la consommation médicamenteuse française, relatives aux différentes classes thérapeutiques prescrites, n'étant plus publiées sur le site de l'OCDE, il est difficile de réaliser une analyse comparative complète de cette consommation avec d'autres pays de l'OCDE pour ces dernières années. Cependant, les dernières études comparatives réalisées en 2014, montrent

¹⁴ Pour leur part, les médicaments rétrocédés (2,14 milliards d'euros TTC) et les honoraires de dispensation (3,48 milliards d'euros) constituent les deux autres postes de consommation principaux (Assurance Maladie, 2021b; Sécurité Sociale, 2020c).

¹⁵ IQVIA est une multinationale américaine travaillant dans les données de santé.

¹⁶ On observe par ailleurs une stabilité de la consommation en Espagne et une hausse en Italie (12 %). Le Royaume-Uni a, quant à lui, connu une hausse de 6 % entre 2004 et 2014, compensée par une baisse de 6 % entre 2014 et 2019 (LEEM, 2020).

qu'au sein des huit principales classes de médicaments prescrites en médecine générale¹⁷, la France se situait en deuxième position en termes de volume (417 unités standards¹⁸), derrière le Royaume-Uni (512 unités standards)¹⁹. Par ailleurs, bien que les dépenses associées à la consommation française aient décliné pour ces huit classes (- 6 %) entre 2013 et 2014, plus que chez ses voisins européens (+ 7,6 % au Royaume-Uni ; - 0,9 % en Allemagne)²⁰, la France reste largement en tête en termes de consommation par habitant avec un coût moyen par habitant de 89 euros, bien plus élevé qu'en Finlande (74 euros) ou au Royaume-Uni (60 euros) (Assurance Maladie, 2015). En 2014, ces écarts de coûts restaient assez significatifs, avec un montant par habitant de 30 % supérieur à celui observé en Allemagne, de + 50 % par rapport au Royaume-Uni et de + 80 % par rapport aux Pays-Bas (Assurance Maladie, 2015).

Concernant la contribution des différents prescripteurs à la consommation de médicaments remboursables de ville, cette dernière repose essentiellement sur la prescription des médecins libéraux (60,4 % dont 43,8 % pour les médecins généralistes) (Cf tableau 6). La prescription des médecins hospitaliers à travers les Prescriptions Hospitalières Médicamenteuses Exécutées en Ville (PHMEV), représente près d'un tiers (36,5 %) de la consommation des médicaments remboursables de ville en 2019 (Assurance Maladie, 2021b). Cependant, bien que les médecins libéraux restent les principaux prescripteurs de la consommation de médicaments remboursables de ville, leur contribution a diminué entre 2014 et 2019 (- 11,5 %), notamment par un fort recul de la contribution des médecins généralistes (- 13,2 %) au profit des prescripteurs hospitaliers (+ 10,8 %).

En termes de volume de boîtes consommées, les médecins libéraux restent également les principaux contributeurs de la consommation de médicaments remboursables de ville avec une contribution atteignant 82,6 % des boîtes consommées dont 72,2 % pour les seuls médecins généralistes (contre 14,6 % pour les médecins hospitaliers) (Assurance Maladie, 2021b). Les raisons expliquant l'évolution de la contribution des différentes catégories de prescripteurs vis-à-vis de la consommation de médicaments remboursables de ville seront détaillées dans les paragraphes 1.2 et 1.3 de cette section.

¹⁷ Les huit principales classes thérapeutiques étudiées étaient les médicaments antibiotiques, les antidépresseurs, les antidiabétiques oraux, les antihypertenseurs, les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), les hypolipémiants, les anti-asthmatiques ainsi que les anxiolytiques et hypnotiques (Assurance Maladie, 2015).

¹⁸ L'unité standard est un indicateur utilisé par IMS Health pour tenir compte des défauts de l'indicateur unité. Il s'obtient en multipliant le nombre d'unités (boîtes) vendues par la taille de la boîte (en comprimés, millilitres, etc.) divisée par le facteur d'unité standard qui est la plus petite dose commune pour un produit, défini par IMS Health. L'unité standard permet donc des comparaisons de consommation de produits de conditionnements différents et de formes galéniques différentes (Lepen et al., 2007).

¹⁹ Les autres pays les plus consommateurs au sein de ces huit classes thérapeutiques étaient la Finlande (406 unités standards), l'Espagne (402 unités standards) et l'Allemagne (390 unités standards) (Assurance Maladie, 2015).

²⁰ Entre 2006 et 2009, la France a notamment connu la plus faible évolution en croissance au sein des huit principales classes pharmacothérapeutiques avec une croissance annuelle de + 0,5 % en unités standards (Assurance Maladie, 2011). Cette croissance fut nettement plus faible que celle enregistrée pour d'autres pays, comme le Royaume-Uni (+ 2,9 %) et l'Espagne (+ 4,6 %) (Assurance Maladie, 2011).

Les différentes données présentées montrent l'importance en France de la consommation de médicaments en ambulatoire, en dépit d'une certaine baisse à la fois en volume et en prix des médicaments remboursables consommés et délivrés en ville. Ces données permettent aussi de situer le poids de la prescription des médecins libéraux, et plus particulièrement celle des médecins généralistes qui avec une contribution évaluée en 2019 à 43,8% en valeur et 72,2 % en volume, constituent les principaux contributeurs de cette consommation.

Si le niveau de la consommation de médicaments en ambulatoire est un indicateur pertinent de son poids économique, la nature et l'évolution du financement de cette consommation sont d'autres éléments clés pour appréhender les enjeux de cette consommation dans notre système de santé.

1.2) Financement de la consommation de médicaments en ambulatoire

En France, des prestations de financement sont engagées par les pouvoirs publics pour financer la consommation de médicaments en ambulatoire. L'étude de ces prestations ainsi que des paramètres qui contribuent à leurs évolutions permet de mieux évaluer les enjeux du financement de la consommation de médicaments en ambulatoire en France.

1.2.1) De la consommation de médicaments en ambulatoire aux prestations de financement

La Sécurité sociale, créée en 1945, assure la prise en charge des dépenses de santé des assurés, garantit l'accès aux soins et contribue à la régulation du système de santé français. En 2019, la Sécurité sociale a financé la consommation de médicaments en ambulatoire (32 592 millions d'euros) pour un montant de 24 220 millions d'euros ce qui représente une participation financière à hauteur de 74,3 % pour ce poste de consommation (DREES, 2020c) (Cf tableau 7). Cependant, la prise en compte unique du poste de consommation des « médicaments remboursables en ambulatoire » (30 157 millions d'euros) (Cf tableau 4) élève cette participation à 80,3 %, ce qui fait de la France avec l'Allemagne (84 %), les pays européens où les taux de prise en charge des dépenses pharmaceutiques par les fonds publics et l'assurance obligatoire sont parmi les plus importants d'Europe²¹ (DREES, 2020d).

En 2019, les prestations de la Sécurité sociale pour financer la consommation de médicaments en ambulatoire représente 14,9 % de ses prestations engagées pour le financement de la CSBM (208 035 millions d'euros) (Cf tableau 7). Hors Sécurité sociale, le financement de la consommation de médicaments en ambulatoire vient pour 3 860 millions d'euros des ménages (soit 11,8 %), pour 2 093 millions d'euros des mutuelles (soit 6,4 %), pour 1 245 millions d'euros des sociétés d'assurance (soit 3,8 %), pour 697 millions d'euros des institutions de prévoyance (soit 2,1 %), et enfin pour 477 millions d'euros de l'État, des collectivités locales et de la Couverture Maladie Universelle (CMU) (soit 1.5 %) (DREES, 2020g).

²¹ Au sein de l'Europe, le taux moyen de prise en charge des dépenses pharmaceutiques par les fonds publics ou l'assurance obligatoire était de 71 % en 2018 (DREES, 2020d).

Comme le montre le tableau 7, le financement de la consommation de médicaments en ambulatoire représente, pour la Sécurité sociale, le 3^{ème} poste dans son financement de la CSBM, derrière celui des soins hospitaliers (89 010 millions d’euros soit 54,7 % du financement total) et celui des soins de ville (37 285 millions d’euros soit 22,9 %) ²²(DREES, 2020c). Le taux de participation de la Sécurité sociale au financement de la consommation de médicaments en ambulatoire est de 74.3%, inférieur à son taux de financement des soins hospitaliers ou des transports sanitaires (respectivement 91,6 % et 93,0 %) mais supérieur à son taux de financement des soins de ville (66,0 %) (DREES, 2020c).

TABLEAU 7 Répartition des prestations de la Sécurité sociale au sein de son financement de la CSBM en 2019

	<i>Montant de la consommation</i> (millions d’euros)	<i>Prestations réalisées par la Sécurité sociale</i> (millions d’euros)	<i>Part au sein des prestations de financement de la CSBM (en %)</i>	<i>Niveau de participation de la Sécurité sociale</i>
CSBM	208 035	162 708	100 %	78,2 %
<i>Soins hospitaliers</i>	<i>97 217</i>	<i>89 010</i>	<i>54.7 %</i>	<i>91,6 %</i>
<i>Soins de ville</i>	<i>56 467</i>	<i>37 285</i>	<i>22.9 %</i>	<i>66,0 %</i>
<i>Transports sanitaires</i>	<i>5 051</i>	<i>4 695</i>	<i>2.9 %</i>	<i>93,0 %</i>
<i>Médicaments</i>	<i>32 592</i>	<i>24 220</i>	<i>14.9 %</i>	<i>74,3 %</i>
<i>Autres biens médicaux</i>	<i>16 798</i>	<i>7 498</i>	<i>4.6 %</i>	<i>44,6 %</i>

Source : DREES (DREES, 2020e, 2020c)

Le poids économique conséquent des prestations réalisées par la Sécurité sociale pour la consommation de médicaments en ambulatoire (14,9 %) au sein de son financement de la CSBM ainsi que son niveau de participation (74.3 %) illustrent un des enjeux importants que représente le financement de ce poste de consommation en France. Les différentes prestations engagées par la Sécurité sociale pour financer la CSBM représentent, par ailleurs, des dépenses importantes dont la régulation est délicate. Ainsi, depuis 1996 et les ordonnances du plan Juppé, la régulation et la maîtrise des dépenses engagées dans le financement des différents champs d’exercice (soins de ville, soins hospitaliers) ont fait de l’ONDAM (Objectif national de dépenses d’assurance maladie) un cadre majeur de régulation des dépenses de soins. C’est donc dans le cadre du champ de l’ONDAM des soins de ville que nous allons poursuivre notre analyse du financement de la consommation de médicaments en ambulatoire et plus particulièrement de la consommation de médicaments remboursables de ville.

²² Les autres prestations de financement réalisées par la Sécurité sociale au sein de son financement de la CSBM s’élèvent à 7 498 millions d’euros (soit 4.6 %) pour les autres biens médicaux et 4 695 millions d’euros (soit 2.9 %) pour les transports sanitaires (DREES, 2020c).

1.2.2) Enjeux du financement de la consommation de médicaments en ambulatoire dans le cadre de l'ONDAM

L'ONDAM est un objectif de financement à ne pas dépasser conformément aux dispositions de la loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) et qui correspond aux prévisions de recettes et aux objectifs des dépenses de la Sécurité sociale. À la suite de sa fixation chaque année par le parlement, des budgets sont affectés aux différents milieux d'exercice (soins de ville et soins hospitaliers). Un taux de progression en valeur est fixé en fonction des réalisations prévues pour l'année en cours. Le champ de l'ONDAM des soins de ville est différent de celui de la CSBM. En effet, l'ONDAM des soins de ville regroupe des agrégats similaires à ceux intégrés dans la CSBM comme les remboursements d'honoraires des professionnels de santé, les médicaments ainsi que les dispositifs médicaux mais il intègre des agrégats absents de la CSBM tels que les indemnités journalières, la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé, la dotation aux fonds d'action conventionnelle (FAC), etc.

Par ailleurs, la Sécurité sociale qui est contributaire de l'ONDAM est gérée par différents régimes sur une base professionnelle dont les deux principaux sont le régime général de la Sécurité sociale²³ et la Mutualité Sociale Agricole²⁴ (MSA)²⁵. Au sein du régime général de la Sécurité sociale qui couvre la majorité des contribuables (92 % de la population), c'est la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) qui gère la branche maladie, assure la prise en charge des dépenses de santé des assurés et contribue à la régulation du système de santé français. En 2019, la CNAM a financé la consommation de médicaments en ambulatoire pour un montant de 22 148 millions d'euros (Sécurité Sociale, 2020c) (Cf tableau 8). En rapportant ce montant à celui réalisé par la Sécurité sociale (24 220 millions d'euros) (Cf tableau 7) tous régimes confondus pour le financement de ce poste, la CNAM représente le régime d'Assurance maladie obligatoire qui contribue le plus au financement de cette consommation au sein de la Sécurité sociale. Dans le champ de l'ONDAM des soins de ville, les prestations engagées par la CNAM pour financer la consommation de médicaments en ambulatoire représentent notamment son 2^{ème} poste de prestations (26,6 %), juste derrière les honoraires médicaux (27,5 %) et devant les indemnités journalières (14,1 %). L'intégration du régime RSI au sein du régime général en 2018 a entraîné une forte augmentation des prestations enregistrées au sein de la CNAM pour l'année 2019 ce qui a induit une rupture dans le suivi des prestations réalisées. C'est pour cette raison, que notre analyse portant sur le suivi des différentes prestations réalisées dans le champ de l'ONDAM, va porter sur la période 2014-2018 afin de ne pas prendre en compte cet artefact.

²³ Le régime général de la Sécurité sociale est administré au niveau national par la CNAM et couvre les salariés du commerce et de l'industrie et leur famille, ainsi que les assurés volontaires et les assurés de l'ex-RSI, depuis le 1^{er} janvier 2018 (LEEM, 2020).

²⁴ La Mutualité Sociale Agricole (MSA) assure les exploitants et salariés agricoles, ainsi que leur famille, soit environ 7 % de la population (LEEM, 2020).

²⁵ D'autres régimes spéciaux existent tels que ceux de la SNCF, des fonctionnaires, des employés et clercs de notaires, etc., chacun couvrant une ou plusieurs catégories socioprofessionnelles spécifiques et se caractérisant par des modalités de gestion et de prise en charge différentes (LEEM, 2020).

Au cours de cette période, les prestations réalisées pour financer la consommation de médicaments en ambulatoire ont augmenté de 5,5 %, ce qui a notamment contribué, à hauteur de 12,7 %, à la croissance des prestations totales de financement des soins de ville. La croissance du financement de la consommation de médicaments en ambulatoire a été majoritairement soutenue par la croissance des prestations de financement associées à la consommation de médicaments remboursables de ville qui, avec une croissance de 3,8 % (656 millions d’euros) sur la période 2014-2018, ont contribué à hauteur de 8,0 % à la croissance du financement des soins de ville²⁶. En effet, après avoir été en décroissance (-1,3 % en 2012 ; - 0,8 % en 2014 et - 0,4 % en 2015), les prestations de financement de la consommation de médicaments remboursables de ville suivent une dynamique positive depuis plusieurs années (+ 0,4 % en 2016, + 0.6 % en 2017, + 3,1 % en 2018) (Sécurité Sociale, 2019b) (Cf tableau 8).

TABLEAU 8 Suivi des prestations de financement réalisées par la CNAM dans le cadre de l’ONDAM des soins de ville sur la période 2014-2019

Montant des prestations de financement (en millions d’euros)	2014	2015	2016	2017	2018	2019 ⁽¹⁾	Part au sein des prestations de financement des soins de ville en 2019	Evolution (2014-2018) (en % et en millions d’euros)	Contribution à la croissance des prestations de financement des soins de ville
Honoraires médicaux	17 538	18 017	18 563	19 055	19 697	22 905	27,5 %	12,3% (2 159)	26,2 %
- dont méd.généralistes	5 698	5 769	5 887	6 004	6 282	5 729	6,9 %	10,2% (584)	7,1 %
- dont méd.spécialistes	9 009	9 316	9 685	9 999	10 324	11 775	14,2 %	14,6% (1 315)	15,9 %
Honoraires paramédicaux	8 481	8 883	9 294	9 655	10 010	11 802	14,2 %	18,0% (1 529)	18,5 %
Laboratoires	2 831	2 843	2 901	2 934	2 901	3 281	3,9 %	2,5 % (70)	0,8 %
Transports malades	3 341	3 477	3 636	3 781	3 868	4 240	5,1 %	15,8% (527)	6,4 %
Médicaments	18 989	19 227	19 486	19 973	20 034	22 148	26,6 %	5,5 % (1 045)	12,7 %
- dont Mdts de ville	17 077	17 016	17 089	17 194	17 733	19 901	23,9 %	3,8 % (656)	8,0 %
Evolution n/n-1		-0,4 %	+0,4 %	+0,6 %	+3,1 %	+12,2 %			
-dont Mdts. Rétroc. hosp.	1 912	2 211	2 397	2 779	2 301	2 247	2,7 %	20,3 % (389)	4,7 %
Evolution n/n-1		+15,6 %	+8,4 %	+15,9 %	-17,2 %	-2,3 %			
Dispositifs médicaux	4 849	5 091	5 398	5 618	5 890	6 741	8,1 %	21,5% (1 041)	12,7 %
Indemnités journ.	9 172	9 492	9 911	10 341	10 809	11 745	14,1 %	17,8% (1 637)	19,8 %
Autres	943	988	1 059	1 127	1 183	280	0,3 %	25,5 % (240)	2,9 %
Soins de ville	66143	68019	70 247	72 483	74 391	83 143	100,00 %	12,5% (8 248)	100,00 %

⁽¹⁾Y compris anciens affiliés RSI

Source : CNAM (Sécurité Sociale, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019a, 2020b)

²⁶ Les prestations de financement de la consommation de médicaments de rétrocession hospitalière ont pour leur part augmenté de 20,3 % (389 millions d’euros) sur la période 2014-2018 et ont contribué à hauteur de 4,7 % à la croissance des prestations de financement des soins de ville sur cette même période.

À titre de comparaison, le financement des honoraires médicaux et celui de la consommation des médicaments remboursables de ville captent un pourcentage proche du financement total engagé par la CNAM dans le cadre de l'ONDAM (respectivement 27,5% et 23,9%). Sur la période 2014-2018, les prestations de financement associées à la consommation des médicaments remboursables de ville ont contribué bien moins que celles des honoraires des médecins libéraux à la croissance du financement total engagé par la CNAM (respectivement 8% contre 26,2%). Toutefois, les prestations engagées pour financer la consommation des médicaments remboursables de ville ont contribué davantage à la croissance du financement total engagé par la CNAM, comparé aux prestations associées aux honoraires des seuls médecins généralistes (7,1%).

Afin de mieux rendre compte de l'évolution des prestations de la CNAM pour financer la consommation de médicaments remboursables de ville, nous allons poursuivre l'analyse en étudiant différents déterminants du niveau et de la croissance de ces prestations.

1.2.3) Déterminants des prestations de financement de la consommation de médicaments remboursables de ville

Plusieurs paramètres conditionnent et contribuent à l'évolution des prestations de la CNAM pour le financement de la consommation de médicaments remboursables de ville. Ces prestations dépendent du montant de cette consommation (que nous avons déjà analysé) mais aussi du taux de son remboursement par la CNAM.

Pour la CNAM, le montant des médicaments de ville qui doit faire l'objet d'un remboursement est déterminé par la valeur Toutes Taxes Comprises (TTC) des médicaments remboursables consommés auxquels s'ajoutent notamment depuis 2015 des honoraires de dispensation attribués à l'exercice des pharmaciens d'officine envers la délivrance de la prescription médicamenteuse.

Pour chaque médicament remboursable et chaque honoraire de dispensation, un taux de remboursement est assigné²⁷. Pour les médicaments, plusieurs taux de remboursement existent selon le Service Médical Rendu (SMR)²⁸ du médicament. Pour les honoraires de dispensation, le remboursement de ces honoraires est pris en charge à 70 % par l'Assurance maladie obligatoire (Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine, 2018). Cependant, médicaments et honoraires peuvent être pris en charge à 100 % chez les patients qui bénéficient d'une prise en charge à 100 % pour certaines affections chroniques invalidantes (Affections Longues Durées (ALD)).

²⁷ Pour certains médicaments génériques, un Tarif Forfaitaire de Remboursement (TFR) est fixé ce qui signifie que ces derniers ne sont pas remboursés sur la totalité de leur prix mais sur une base de remboursement qui est aligné au prix du médicament générique.

²⁸ Ce taux de remboursement dépend du SMR et peut ainsi varier d'une prise en charge de 100 % pour les médicaments considérés comme indispensables à 15 % pour ceux dont le SMR est faible.

À partir de différentes sources, nous avons construit le tableau 9 qui permet de présenter la contribution de plusieurs paramètres à l'évolution des prestations de la CNAM pour le financement de la consommation de médicaments remboursables de ville.

TABLEAU 9 Suivi des paramètres intervenant dans le financement de la consommation de médicaments remboursables de ville sur la période 2014-2019

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Evolution 2014-2019
Consommation de médicaments remboursables de ville ⁽¹⁾ (en milliards d'euros)							
Montant mdts remboursables TTC + Honoraires de dispensation	25,31	25,09	25,00	24,84	24,93	25,05	-1,0 %
<i>Evolution / année n-1</i>		-0,87 %	-0,36 %	-0,64 %	0,36 %	0,48 %	
Financement par la CNAM de la consommation de médicaments remboursables de ville (en milliards d'euros)							
Tout compris réalisé ⁽²⁾	17,08	17,02	17,09	17,19	17,73	18,13	+ 6,1 %
Théorique (Montant + Honoraires de dispensation (1))	16,63	16,64	16,66	16,66	16,95	17,17	+ 3,2 %
Taux de remboursement de la consommation de médicaments remboursables de ville ⁽³⁾							
Théorique (hors rétrocession)	65,7 %	66,3 %	66,6 %	67,1 %	68,0 %	68,5 %	+0,56 %/an
Théorique (avec rétrocession)	68,9 %	69,7 %	70,1 %	70,7 %	71,0 %	71,3 %	+0,48 %/an
Taux effectif de remboursement (avec rétrocession)	79,5 %	80,0 %	80,4 %	81,1 %	81,3 %	81,4 %	+0,38 %/an
Répartition du taux de remboursement au sein des médicaments remboursables de ville consommés ⁽³⁾ (% et montant en millions d'euros)							
15 %	1 % (164)	0,8 % (138)	0,7 % (125)	0,7 % (119)	0,6 % (108)	0,6 % (103)	- 0,081 %/an
35 %	3,3 % (541)	3,4 % (558)	3,5 % (584)	3,4 % (571)	3,4 % (574)	3,4 % (586)	+ 0,02 %/an
65 %	72,6 % (12 068)	71,0 % (11 817)	70,0 % (11 655)	68,9 % (11 475)	66,1 % (11 201)	64,1 % (11 010)	- 1,7 % /an
100 %	23,2 % (3 855)	24,8 % (4 125)	25,8 % (4 292)	27,0 % (4 492)	29,9 % (5 067)	31,9 % (5 473)	+ 1,74 %/an
Répartition de la contribution des prescripteurs au sein des prestations de financement de la consommation de médicaments remboursables de ville ⁽⁴⁾							
Médecins généralistes	53,3 %	49,4 %	46,9 %	45,1 %	42,5 %	40,0 %	-2,7 %/ an
Médecins spécialistes libéraux	15,1 %	15,8 %	16,2 %	16,5 %	16,6 %	16,7 %	+0,3 %/an
Médecins hospitaliers	29,2 %	32,3 %	34,4 %	35,7 %	37,9 %	40,2 %	+2,2 %/an

Source : ⁽¹⁾GERS (CEPS, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020) / ⁽²⁾Sécurité sociale (SECURITE SOCIALE, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019a, 2020b) / ⁽³⁾CNAM (CEPS, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020) / ⁽⁴⁾SNIIRAM (ASSURANCE MALADIE, 2021b)

L'analyse des données du tableau 9 permet d'émettre plusieurs pistes d'explication de la croissance des prestations de financement de la consommation de médicaments remboursables de ville depuis ces cinq dernières années.

En premier lieu, l'évolution divergente sur la période d'observation des prestations de financement de la consommation de médicaments remboursables de ville (+ 6,1 %) et du montant TTC de cette consommation (honoraires de dispensation compris) (- 1,0 %) met en lumière que l'évolution de la valeur de cette consommation ne contribue pas en tant que tel à la croissance de son financement.

Cette croissance peut s'expliquer par une augmentation du niveau de participation de la CNAM au financement de ce poste de consommation. En effet, le taux théorique moyen de remboursement des médicaments de ville (hors rétrocession), c'est-à-dire celui qui serait observé si aucun assuré n'était exonéré du ticket modérateur (exonération pour affection longue durée - ALD - principalement), continue d'augmenter pour atteindre un taux de 68,5 % en 2019 (soit + 0,56 % en moyenne par an entre 2014 et 2019). Cette augmentation du niveau de participation de la CNAM traduit une évolution de la répartition du taux de remboursement entre les médicaments consommés (hors facteurs externes type ALD) sur cette période. En effet, on assiste à une augmentation de la proportion des médicaments consommés présentant un taux de remboursement de 100 % (+ 1,74 % par an sur 2014-2019) alors que ceux ayant un taux de remboursement de 65 % voient leur proportion diminuer (- 1,7 %/an sur 2014-2019). Cette évolution s'explique notamment par l'arrivée de nouveaux médicaments innovants et coûteux indiqués dans des pathologies lourdes dont les taux de prise en charge sont de 100 %. Il s'agit notamment de certains médicaments indiqués en oncologie mais également dans le traitement de l'hépatite C et dont la délivrance était auparavant exclusivement disponible via la rétrocession hospitalière (Sécurité Sociale, 2019b). La prescription de ce type de médicaments étant notamment majoritairement réalisée par des spécialistes hospitaliers, ceci explique également la contribution grandissante de ces prescripteurs à la consommation médicamenteuse remboursable de ville comme souligné dans le paragraphe 1.1.2.3. De manière corrolaire, ces prescripteurs hospitaliers contribuent de façon croissante au montant des prestations financées par la CNAM pour la consommation de médicaments remboursables de ville (+ 2,2 %/an sur la période 2014-2019). En 2019, c'est plus d'un tiers (40,2 %) de ces prestations qui sont issues d'une prescription hospitalière (Cf tableau 9).

En intégrant à ces prestations de financement de consommation de ville, celles réalisées dans le cadre de la rétrocession hospitalière (qui prennent en charge majoritairement des médicaments pris à 100 % que ce soit de par leur statut ou celui du patient (ALD)), on voit que le taux de remboursement théorique global de la consommation de médicaments en ambulatoire (71,3 % en 2019) est également en croissance (+ 0,48 %/an) sur cette même période.

La différence entre le taux théorique et le taux effectif de remboursement de la consommation médicamenteuse ambulatoire s'explique par l'intégration des exonérations dont bénéficient certains

patients notamment celles liées aux ALD. Au cours de la période d'analyse, le nombre de personnes bénéficiant d'une prise en charge intégrale des frais médicaux au titre de l'ALD a augmenté, passant de 9,9 millions en 2014 à environ 11,4 millions²⁹ en 2019 ce qui représentait notamment 18 % des assurés en 2018 (Assurance Maladie, 2020a, 2020b). Il est nécessaire de rappeler que la consommation de médicaments est très concentrée en France sur les patients en ALD, dont la majorité est constituée de personnes âgées (Fagnani, 2010). Ainsi, l'arrivée de nouveaux médicaments onéreux intégrant une prise en charge à 100 % associée à un nombre croissant de patients en ALD, étant par ailleurs de gros consommateurs de médicaments, explique l'augmentation des taux de remboursement (Cf tableau 9) et en grande partie la croissance des prestations de financement de la consommation de médicaments remboursables de ville (Cf tableaux 8 p.39 et 9 p. 41).

Malgré ce niveau de participation financière en hausse, le taux de croissance annuel du niveau de participation de la CNAM envers le financement de la consommation de médicaments en ambulatoire (ville + rétrocession : soit 0,38 % /an) est un des plus faibles enregistrés depuis ces vingt dernières années (6,0 % entre 1995-1998 ; 9,1 % entre 1999 et 2002 ; 3,1 % entre 2003 et 2006 ; 1,7 % entre 2007-2011 et 1,6 % entre 2012 et 2015) (LEEM, 2020).

Les prestations de l'Assurance maladie pour financer la consommation de médicaments en ambulatoire ont donc augmenté sur la période 2014-2019 en dépit d'une diminution de la consommation de médicaments remboursables de ville. Cette augmentation s'explique principalement par un taux de remboursement plus élevé. Si nous avons mis en évidence la part croissante des prescriptions hospitalières dans la consommation de médicaments remboursables de ville et son financement, celle des médecins libéraux et celle des médecins généralistes qui est au coeur de notre problématique restent très importantes. Ces dernières représentent, en 2019, respectivement 56,7% et 40,0% des prestations réalisées par la CNAM pour le financement de la consommation de médicaments remboursables de ville (Cf tableau 9).

Pour compléter l'analyse des données macroéconomiques de consommation et de financement jusque-là présentée, il est intéressant d'avoir une approche plus qualitative de la consommation de médicaments. Nous allons pour cela aborder cette consommation dans une logique plus marchande, avec des approches en termes de chiffre d'affaires, de prix, de volume, de structure en mettant plus en évidence l'hétérogénéité économique des différentes catégories de médicaments.

²⁹ Au sein de ce décompte, un patient peut être exonéré au titre de plusieurs ALD.

1.3) Analyse structurelle et qualitative de la consommation de médicaments en ambulatoire

La consommation de médicaments en ambulatoire ainsi que son évolution sont déterminées par différents paramètres tels que le prix et le volume des médicaments consommés, mais également par la structure qualitative de cette consommation. Notre objet d'étude portant sur la prescription des médecins généralistes, nous abordons plus spécifiquement la consommation de médicaments remboursables de ville dans l'analyse structurelle et qualitative exposée dans ce paragraphe.

1.3.1) Une croissance portée principalement par un effet structure positif

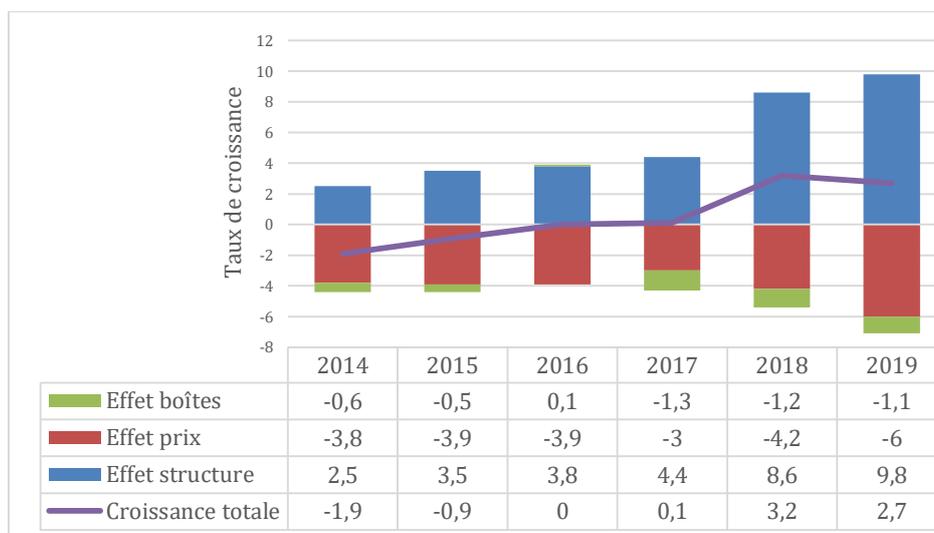
En 2019, le marché du médicament remboursable délivré en officine que nous nommerons « marché du médicament remboursable de ville » a été évalué à 19,1 milliards d'euros de chiffre d'affaires hors taxes pour l'industrie pharmaceutique (CEPS, 2020). Il correspond au montant de 22,6 milliards d'euros TTC de la consommation de médicaments remboursables de ville qui a été présenté au remboursement tous régimes confondus en 2019 (Assurance Maladie, 2021b) (Cf tableau 6).

L'évolution de ce marché peut être décrite à travers trois effets qui structurent et qui conditionnent son évolution : un « effet prix » ; un « effet volume » et un « effet structure » (appelé également effet qualité). L'« effet prix » et l'« effet volume », déjà évoqués dans le paragraphe 1.1.2.3 correspondent respectivement à l'évolution du prix du médicament et du nombre de boîtes consommées. L'« effet structure » mesure, quant à lui, la déformation de la consommation entre différentes classes thérapeutiques ou à l'intérieur d'une même classe (Sécurité Sociale, 2020a). L'« effet structure » pousse notamment la consommation à la hausse lorsque la consommation de médicaments se déplace vers les produits récents et onéreux et, à l'opposé, tire vers le bas notamment lorsque la pénétration des génériques progresse (Sécurité Sociale, 2020a).

La décomposition de la croissance du marché du médicament remboursable de ville sur la période 2014-2019, illustrée par la figure 1, met en évidence que cette croissance est portée uniquement par un « effet structure » positif. En effet, après une contraction de - 1,6 % en moyenne entre 2011 et 2015 et deux années de stabilisation en 2016 (0,0 %) et 2017 (+0,1 %), le marché du médicament remboursable de ville a connu une croissance lors des deux dernières années (+ 2,7 % en 2019, après +3,2 % en 2018) et ce notamment par un « effet structure » particulièrement fort en 2018 (+ 8,6 %) et en 2019 (+ 9,8 %) ³⁰ (CEPS, 2020).

³⁰ Cet « effet structure » a notamment été de forte ampleur entre 2006 et 2008 (+ 11,1 % en 2006 ; + 6,1 % en 2007 et + 7,7 % en 2008) pour être plus contenu par la suite (2,5 % en 2014 ; 3,8 % en 2016 ; 4,4 % en 2017) avant d'atteindre un niveau plus important en 2018 et 2019 dû à la sortie de certains médicaments onéreux de la rétrocession (CEPS, 2020).

FIGURE 1 Décomposition de la croissance du marché du médicament remboursable de ville sur la période 2014-2019



Source : GERS (CEPS, 2020)

Afin d’analyser plus en détail les paramètres qui conditionnent la modulation de l’« effet structure », nous allons étudier de manière plus spécifique la contribution des différentes catégories de médicaments présentes sur ce marché (médicaments génériques³¹, médicaments biosimilaires³², médicaments innovants et onéreux).

1.3.2) Une intégration manifeste mais contenue des médicaments génériques et biosimilaires

La France avait initialement une part de marché des médicaments génériques parmi les plus faibles dans les pays européens. Alors que la part de marché en volume des médicaments génériques dépassait dès 2003 70 % et 50 % respectivement au Royaume-Uni et en Allemagne, cette part n’atteignait que 30 % en France en 2013 (Belloni et al., 2016). Près d’un médicament consommé sur quatre (26,6 %) était un médicament générique en France en 2012 ce qui représentait 16,1 % du marché du médicament remboursable de ville (Sécurité Sociale, 2020a). La France était également le pays européen qui présentait les coûts moyens de médicaments génériques les plus élevés en 2011 (Delcroix-Lopes & Van der Erf, 2012).

Depuis 2012, la part des médicaments génériques a toutefois progressé en France autant en valeur qu’en volume. En 2019, les médicaments génériques représentent plus d’une boîte sur trois de l’ensemble du marché du médicament remboursable de ville (soit 38,4 % du marché en volume), ils

³¹ Un médicament générique est un produit pharmaceutique qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs et la même forme pharmaceutique que le produit de référence et dont la bioéquivalence avec ce dernier a été prouvée (OCDE, 2019d).

³² Un médicament biosimilaire est un produit équivalent à un médicament de référence biologique (produit à partir d’une cellule ou d’un organisme vivant) dont le brevet a expiré (Sécurité Sociale, 2019b).

générent un chiffre d'affaires hors taxes de 3,6 milliards d'euros, soit 18,6 % en valeur de ce marché³³ (Sécurité Sociale, 2020a). Cependant, malgré cette progression, la part de marché des médicaments génériques reste en France une des plus faibles au sein de l'OCDE (OCDE, 2019d). La part de marché moyenne des médicaments génériques dans l'OCDE était de 25 % en valeur et de 52 % en volume en 2017 ; seuls la Grèce, l'Italie, la Suisse et le Luxembourg présentaient une part de marché de médicaments génériques plus basse que celle de la France (OCDE, 2019d). À l'opposé, d'autres pays comme le Royaume-Uni ou l'Allemagne tirent profit de ce marché d'un point de vue économique avec plus de trois quarts du volume des médicaments remboursables consommés en médicaments génériques (82 % et 85 % respectivement pour l'Allemagne et le Royaume-Uni) (OCDE, 2019d).

De manière parallèle, les médicaments biosimilaires constituent également une catégorie de médicaments qui contribue à la réduction de la valeur du marché du médicament remboursable de ville. En effet, comme pour les médicaments génériques avec leurs princeps, les médicaments biosimilaires sont des médicaments autorisés à la vente lors de l'arrêt de la protection monopolistique d'un médicament biologique initial. Ainsi, l'arrivée sur le marché de ces médicaments biosimilaires permet d'accroître la concurrence par les prix et d'améliorer l'accessibilité économique des traitements (OCDE, 2019d). Depuis l'arrivée des premiers médicaments biosimilaires sur le marché, ces derniers ont vu leur part de marché croître rapidement. Entre 2017 et 2019, le marché des médicaments biosimilaires a progressé tant en volume (+ 191 % par rapport à 2017) conduisant à la consommation de 3,2 millions de boîtes, qu'en valeur (+ 141 % par rapport à 2017) pour atteindre 320 millions d'euros en 2019 de chiffre d'affaires hors taxes (Sécurité Sociale, 2019b). En 2019, les médicaments biosimilaires représentent environ 26 % en valeur (contre 10 % en 2017) et 27 % en volume (contre 9 % en 2017) du marché formé des médicaments de référence³⁴ et de l'ensemble des médicaments biosimilaires qui leur sont associés (Sécurité Sociale, 2019b, 2020a). Ce dynamisme des médicaments biosimilaires est notamment porté par l'arrivée de nombreux biosimilaires au cours de ces dernières années³⁵ avec un taux de pénétration en volume variable d'une classe à l'autre, notamment en fonction de leur date d'arrivée sur le marché³⁶ (Sécurité Sociale, 2020a). La France présente de ce fait un

³³ Cette croissance du marché des médicaments génériques, tant en valeur qu'en volume, s'exprime par une augmentation de la pénétration des médicaments génériques avec un taux de pénétration au sein du répertoire atteignant en volume 80,8 % en 2019 (contre 71,2 % en 2012, soit + 9,6 % de croissance en 7 ans) et en valeur 68,9 % en 2019 (contre 58,1 % en 2012, soit +10,8 % en 7 ans). Cependant, malgré cette augmentation de part de marché des médicaments génériques, une stagnation de la pénétration des génériques s'observe depuis 2017 tant en valeur qu'en volume (Sécurité Sociale, 2020a).

³⁴ Un médicament de référence est un médicament biologique sur lequel la démonstration de l'équivalence d'un médicament biosimilaire a reposé lors de son développement clinique (HAS, 2017).

³⁵ En 2019, quatre nouveaux biosimilaires ont été commercialisés en sein du marché de ville en France : trois biosimilaires d'Humira[®] de la classe des anti-TNF, deux biosimilaires de Neulasta[®] de la classe des facteurs de croissance hématopoïétique (G-CSF), un biosimilaire de Lovenox[®] en septembre 2018 (Inhixa[®]) de la classe des héparines fractionnées ainsi que le premier biosimilaire de Forsteo[®] (Movymia[®]) de la classe des hormones parathyroïdiennes (Sécurité Sociale, 2020a).

³⁶ À titre d'exemples, en 2019, les médicaments biosimilaires de la classe des G-CSF, dont les premiers ont été commercialisés en 2009, représentent 80 % des volumes vendus sur un marché formé par les médicaments de référence et l'ensemble des produits biosimilaires de la classe G-CSF, alors que ce taux n'est que de 17 % pour les biosimilaires des anti-TNF et de 21 % pour ceux des insulines humaines lentes dont l'arrivée des premiers biosimilaires remontent respectivement à octobre et janvier 2016 (Sécurité Sociale, 2020a). En 2019, les taux de pénétration en volume des autres biosimilaires

certain retard vis-à-vis d'autres pays de l'OCDE en fonction des classes de biosimilaires considérées. Par exemple, pour les biosimilaires de la classe des érythropoïétines dont l'arrivée sur le marché français fait partie des plus anciennes, la France, avec un taux de pénétration en volume de 77 % en 2019 (contre 61 % en 2017) rejoint certains pays comme l'Allemagne ou la Finlande dont les taux de pénétration dépassaient déjà 70 % en 2017. A contrario, pour des classes de biosimilaires dont l'arrivée sur la marché français est plus récente, comme avec la classe des anti TNF dont le taux de pénétration en volume est de 17 % en 2019 (contre 2 % en 2017), la France reste encore loin de certains pays comme la Norvège ou le Danemark où ce taux de pénétration dépassait 90 % en 2017 (OCDE, 2019d).

Concernant la contribution des différents prescripteurs à la consommation des médicaments génériques et biosimilaires, nous pouvons remarquer à travers des données récentes de la ROSP du médecin traitant de l'adulte, que la prescription des médecins généralistes contribue à la croissance de ces deux consommations depuis ces dernières années. Pour la consommation des médicaments génériques en ambulatoire, l'indice global de prescription des médicaments génériques dans le répertoire (hors statines et antihypertenseurs³⁷) a augmenté sur la période 2016-2019, passant de 47,1 % à 64,7 %, soit une augmentation de 5,9 %/an sur cette période (Assurance Maladie, 2019a). Pour la consommation des médicaments biosimilaires en ambulatoire, la prescription des médecins généralistes a également contribué à sa croissance, tout du moins pour les médicaments biosimilaires dépendant de leurs compétences, comme l'illustre la part croissante de prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) au sein des prescriptions d'*insuline glargine* qui est passée de 0,2 % en 2016 à 14,3 % en 2019, enregistrant notamment une dynamique de + 5,2 points entre 2018 et 2019 (Assurance Maladie, 2019a).

Ainsi, ces deux catégories de médicaments, génériques et biosimilaires, avec une progression de leur part de marché, ont permis à travers un « effet structure » négatif de contenir la progression de la valeur du marché du médicament remboursable de ville. Cependant, l'impact de cette progression contrebalance difficilement la dynamique portée par les médicaments innovants et coûteux qui contribuent de manière importante à la croissance de ce marché. Cette dynamique est détaillée dans le paragraphe suivant.

commercialisés sont de 80 % pour les G-CSF, 54 % pour les gonadotrophines, 37 % pour les hormones de croissance, 16 % pour les héparines fractionnées et 1 % pour les hormones parathyroïdiennes (Sécurité Sociale, 2020a).

³⁷ Pour la classe thérapeutique des statines, la part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques a augmenté, passant de 90,3% à 97% sur la période 2016-2019 tout comme celle des médicaments antihypertenseurs qui est passée de 86,5% à 95,3% sur cette même période (Assurance Maladie, 2019a).

1.3.3) Une croissance soutenue par le marché des médicaments innovants et coûteux

En France, la dynamique de l'« effet structure » (+5,4 %/an en moyenne depuis 2014) (Cf Figure 1) du marché du médicament remboursable de ville est soutenue majoritairement par la consommation de médicaments innovants et onéreux.

Parmi les classes thérapeutiques en croissance en 2018 et en 2019 (représentant notamment respectivement 49,5 % et 55,1 % du marché du médicament remboursable de ville), celles qui ont contribué de manière la plus importante à la croissance de ce marché ont été celles intégrant des thérapies innovantes et coûteuses relevant de pathologies chroniques lourdes, telles que des antiviraux indiqués dans le traitement de l'hépatite C, des médicaments antinéovascularisation indiqués dans le traitement de la Dégénérescence Maculaire liée à l'âge (DMLA), des antinéoplasiques, des inhibiteurs de protéine kinase, des inhibiteurs de l'interleukine ainsi que des inhibiteurs directs du Facteur Xa (Sécurité Sociale, 2019b, 2020a). Ces trois dernières classes thérapeutiques qui représentent seulement 6,7 % du chiffre d'affaires hors taxes du marché du médicament remboursable de ville en 2019, ont été les classes les plus contributrices à sa croissance avec une contribution totale de 2 points (toutes classes confondues) pour une contribution globale de 6,6 points des classes ayant tiré positivement la croissance de ce marché en 2019 (Sécurité Sociale, 2020a). Cette évolution du marché du médicament remboursable de ville vient en partie du transfert du circuit hospitalier vers le circuit officinal de certains médicaments innovants et coûteux de ces classes. L'arrivée en ville en 2018, puis en 2019, de nombreuses molécules auparavant réservées à la rétrocession hospitalière, a contribué pour + 2,6 points à cette dynamique (Sécurité Sociale, 2020a).

Outre les modifications du circuit du médicament impactant l'évolution du marché du médicament remboursable de ville, la France se caractérise comme un pays où la consommation de médicaments innovants et coûteux est importante comme l'illustre une étude comparative de 2013 qui montre que la France et l'Espagne sont les deux plus gros consommateurs de médicaments récents, innovants et coûteux au sein de différents domaines thérapeutiques étudiés³⁸ (O'Neill & Sussex, 2015). La France se distingue également par sa rapidité à adopter de nouveaux produits plus onéreux au regard d'autres pays européens et de l'OCDE comme dans l'exemple du *sofosbuvir* (traitement contre l'hépatite C) pour lequel la France a été le pays avec la diffusion la plus rapide mais également la plus large en 2014 (Ministère de la santé et des affaires sociales, 2015).

Outre la place croissante que ces thérapies récentes et innovantes ont dans la prise en charge de pathologies lourdes, les médicaments innovants ont également une place importante en France dans la prise en charge de pathologies plus prévalentes comme celles du diabète de type II. Des données de

³⁸ Les domaines thérapeutiques étudiés dans cette étude concernaient la prise en charge de l'infarctus du myocarde, la maladie d'Alzheimer, l'hépatite C, le cancer, l'ostéoporose, et comparaient entre pays la consommation de certains médicaments onéreux et innovants tels que les médicaments anti-TNF, les nouveaux antipsychotiques, les statines, les nouveaux anticoagulants oraux, etc (O'Neill & Sussex, 2015).

consommation de vie réelle montrent notamment que la consommation des médicaments innovants mais également plus coûteux tels les inhibiteurs de la DPP4 (iDPP4), les analogues du GLP1 (AGLP1) ont augmenté au sein de la consommation des médicaments antidiabétiques, au détriment de molécules plus anciennes et moins coûteuses³⁹ telles la *metformine* ou la classe des sulfamides hypoglycémiant. D'après ces données, la *metformine* qui est la molécule de première intention dans la prise en charge du diabète de type II⁴⁰ est sous-utilisée au regard des recommandations à travers un recours insuffisant lors de l'initiation du traitement (initié dans seulement 77 % des traitements initiaux en 2015). Le respect des recommandations aurait notamment pu entraîner une baisse des dépenses remboursées de l'ordre de 6,6 millions d'euros en 2015 (Assurance Maladie, 2018). Cette sous-utilisation de molécules plus anciennes a été compensée par l'usage d'autres molécules plus récentes, que ce soit au niveau de l'initiation de la prise en charge du diabète de type II ou lors d'une seconde ou troisième ligne thérapeutique. Ainsi, les iDPP4, indiqués en bithérapie notamment en association avec la *metformine*, ont vu leur association croître de manière importante pour représenter la majorité des bithérapies associant la *metformine* (53 % en 2015 contre 15 % en 2008) au détriment des sulfamides, auparavant plus consommés, dont l'association avec la *metformine* ne représentait plus que 32 % des bithérapies en 2015 (contre 53 % en 2008). De manière analogue, les AGLP1 réservés dans des indications limitées selon les recommandations de la HAS (notamment lors de l'introduction d'une thérapie par voie injectable) et dont le coût mensuel moyen est estimé à 100 euros par patient, occupent une place plus large que celle envisagée par les recommandations de la HAS. À titre d'exemple, les AGLP1 représentaient en 2015, 47 % des initiations de traitement par voie injectable contre 53 % pour l'insuline, traitement plus ancien et moins coûteux (Assurance Maladie, 2018).

Plusieurs études comparatives étudiant l'utilisation des différentes classes antidiabétiques dans les pays européens ont confirmé ces tendances d'une consommation française plus faible des molécules anciennes et peu coûteuses au profit de molécules plus récentes et plus coûteuses. Ainsi, en 2017⁴¹, la consommation de *metformine* en France (320,33 unités standards (uts sdts)/1000 patients) était l'une des plus faibles en Europe comparée à celle des pays comme l'Allemagne (333,09 uts sdts/1000 patients), le Royaume-Uni (423,26 uts sdts/1000 patients) ou la Finlande (518,78 uts sdts/1000

³⁹ En 2013, le coût de traitement journalier de la *metformine* en France a été évaluée à 0,28 euro, celui des sulfamides entre 0,22 et 0,36 euro alors qu'il est de 1,51 à 1,62 euro pour les gliptines et de 3,61 euros pour les AGLP1 (Pichetti et al., 2013).

⁴⁰ Les recommandations internationales et celles de la HAS, publiées en janvier 2013, indiquent que le traitement médicamenteux de première ligne du diabète de type II est en règle générale une monothérapie dont la molécule de référence est la *metformine*. En cas d'échec de la monothérapie par *metformine*, une bi puis une trithérapie peuvent être instaurées, associant diverses familles de molécules, dont certaines peuvent être injectables. Parmi ces traitements, on retrouve des classes nouvelles, comme les inhibiteurs de la DPP4 (iDPP4) qui sont des antidiabétiques oraux, les analogues du GLP1 (AGLP1) qui sont injectables, ainsi que des classes plus anciennes avec en particulier les sulfamides, les inhibiteurs de l'alpha-glucosidase et les insulines (Assurance Maladie, 2018; HAS & ANSM, 2013).

⁴¹ Une comparaison antérieure menée en 2011 impliquant quatre pays (Royaume-Uni, Australie, France, Allemagne) avait déjà illustré une consommation moins importante de la *metformine* en France (38,5 %) vis-à-vis des autres pays observés (Australie (43,6 %), Allemagne (48 %), Royaume-Uni (50,3 %)). Le pourcentage indiqué représente le pourcentage de Defined Daily Dose (DDD) pour 1000 habitants par jour au sein de la structure de consommation des antidiabétiques oraux (Pichetti et al., 2013).

patients) au sein desquels la place de la *metformine* était plus importante⁴² (Assurance Maladie, 2018). De même, le recours aux AGLP1 en France (1,34 ut std/1000 patients) était plus important que dans d'autres pays comme la Norvège (1,15 ut std/1000 patients), la Finlande (1,09 ut std/1000 patients), le Royaume-Uni (0,68 ut std/1000 patients) et l'Espagne (0,67 ut std/ 1000 patients) (Assurance Maladie, 2018).

La prise en charge de la douleur est un autre exemple. En effet, le *tramadol* qui est un antalgique de pallier 2 plus récent que la codéine et plus coûteux, a vu son volume de prescription fortement augmenter en ville ces dernières années (+ 68 % entre 2006 et 2017) pour devenir l'antalgique de pallier 2 le plus consommé en France en 2017 (avec une consommation de 11,2 DDD/1000 hab/j contre 7,5 DDD/1000 hab/j en 2006) devant la *codéine* (moins de 6 DDD/1000 hab/j en 2017) (ANSM, 2019).

Des données prenant en compte l'âge du médicament⁴³ montrent de façon générale que le poids économique des médicaments récents (moins de 10 ans) est important en France. En effet, des données comparatives de 2001 montrent que la place des médicaments récents était plus importante en France (38 % de chiffre d'affaires HT) que dans d'autres pays comme l'Allemagne (26 %) (Auvray et al., 2003). Depuis le début des années 2000, la proportion des médicaments récents au sein du marché du médicament remboursable de ville a cependant diminué mais représente malgré tout une part importante de ce marché avec une part de marché estimée à 29 % en 2019, laissant notamment plus de part de marché aux molécules plus anciennes (40,8 % de part de marché aux molécules ayant plus de 20 ans en 2018 contre 33 % en 2009) (DREES, 2019e).

Par ailleurs, une étude de 2005 de la Fédération nationale de la Mutualité française a montré que les médecins français prescrivaient plus de médicaments à Service Médical Rendu Insuffisant au sein de leur prescription par rapport à leurs confrères étrangers : 2,2 lignes de prescription par habitant et par an ; contre 1 ligne en Allemagne ; 0,8 en Espagne ; 0 au Royaume-Uni et au Canada (Assemblée Nationale, 2008). Cependant, nous ne disposons pas de données plus récentes qui permettent de confirmer que la consommation de médicaments en ambulatoire en France intègre toujours, plus que celle d'autres pays, ce type de médicaments.

Toutes ces données de consommation montrent une tendance des prescripteurs français à utiliser des molécules plus récentes et/ou onéreuses que ce soit pour la prise en charge de pathologies lourdes et très spécifiques mais également pour des pathologies plus fréquentes comme le diabète ou la prise en charge de la douleur.

⁴² Lors de cette étude, les consommations les plus faibles en *metformine* étaient celles de l'Espagne (avec une consommation de 299,81 uts stds/1000 patients) et la Norvège (304,72 uts stds/1000 patients) (Assurance Maladie, 2018).

⁴³ Par convention, l'âge du médicament est calculé à partir de la première date de commercialisation de la substance active (ou le cas échéant, de la combinaison) composant le médicament. Les médicaments génériques ont par construction ici le même âge que le premier princeps commercialisé (DREES, 2019e).

L'analyse de cette tendance doit intégrer l'évolution du circuit du médicament que nous avons déjà présentée, avec un passage en ville de médicaments onéreux auparavant réservés à la rétrocession hospitalière. Cependant, bien que des données brutes de consommation et de financement soient disponibles au sein de la base de données Open Medic, mise à disposition par l'Assurance maladie⁴⁴, il est difficile de déterminer de manière spécifique la contribution de chaque type de prescripteurs (médecins généralistes, spécialistes, hospitaliers) à l'augmentation de la consommation en ville des médicaments les plus récents et les plus onéreux. Hormis pour les médicaments de la rétrocession hospitalière et ceux rattachés aux pathologies lourdes pour qui la prescription est principalement réservée aux médecins hospitaliers, la forte contribution de la prescription des médecins généralistes en termes de volume ne peut permettre d'exclure que leur contribution soit conséquente dans cette tendance inflationniste du coût du médicament de ville.

Cette première section a mis en évidence que la consommation de médicaments en ambulatoire en France est un important poste de dépense (3^{ème} poste de la CSBM), assez semblable en ce sens à celle des autres pays de l'UE-15. La consommation française de médicaments en ambulatoire est principalement composée par celle des médicaments remboursables de ville, cette dernière connaît des enjeux importants en termes de financement pour la CNAM. La croissance des prestations de financement vient principalement de la modification de la structure de cette consommation notamment induite par le passage de certains médicaments de la rétrocession hospitalière à leur délivrance en officine de ville. Bien que la part de la prescription des médecins hospitaliers y soit grandissante, pour les raisons venant d'être évoquées (circuit du médicament notamment), la prescription des médecins libéraux et principalement celle des médecins généralistes représente la principale source de l'évolution de la consommation de médicaments remboursables de ville. La possibilité récente pour les médecins libéraux de prescrire des molécules pour lesquelles la prescription était jusqu'ici réservée aux médecins hospitaliers⁴⁵, compte tenu de leur caractère innovant et coûteux, contribue à consolider le poids économique de leur prescription.

Une enquête menée en 2005 a par ailleurs montré que les dépenses plus importantes de médicaments en France par rapport à d'autres pays voisins n'étaient pas liées aux modalités de financement, de remboursement, mais bien à des différences de comportements des prescripteurs (Nguyen-Kim et al., 2005). Ce résultat bien qu'ancien nous conduit à poursuivre notre analyse de la prescription des médicaments en adoptant un point de vue microéconomique afin d'étudier plus finement les comportements des médecins généralistes français.

⁴⁴ Cette base de données permet d'avoir accès à des informations spécifiques sur la consommation et le financement des médicaments remboursables (âge et sexe du patient, spécialité du prescripteur, région, etc.) et ce à différents niveaux de la classification ATC (ATC1, ATC2, ATC3, ATC4, ATC5 et CIP 13).

⁴⁵ À partir de 2018, certains médicaments dont principalement des antiviraux à action directe (AAD) indiqués dans le traitement contre l'hépatite C ont pu être dispensés en officine. Par ailleurs, la prescription de ce type de médicaments a été rendue possible à partir de mai 2019 pour l'ensemble des médecins (y compris les médecins généralistes de ville) (Sécurité Sociale, 2020a).

Section 2 : Analyse microéconomique de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes français

Nous abordons dans cette deuxième section l'étude des pratiques de prescription individuelles des médecins. L'objectif est de mieux comprendre la manière dont les médecins généralistes français prescrivent des médicaments et quels sont les principaux déterminants de leurs comportements.

Nous étudierons, dans un premier temps, les caractéristiques de ces pratiques de prescription à l'échelon professionnel. Nous analyserons la place qu'ils donnent à la prescription médicamenteuse dans les prises en charge ainsi que l'homogénéité de cette pratique au sein de la profession. Nous nous intéresserons ensuite à la pratique de prescription médicamenteuse des médecins généralistes à une échelle vraiment individuelle en étudiant plus particulièrement sa variabilité entre médecins généralistes mais également au sein de l'exercice d'un même praticien. Les déterminants (caractéristiques du patient, du médecin, du territoire) qui sont en mesure d'influencer cette pratique seront analysés. Nous verrons enfin comment les registres de la décision médicale soumettent la prescription à différentes logiques d'action afin de répondre aux attentes du médecin, à celles du patient ou aux conditions du contexte d'exercice. Cette analyse microéconomique intégrera des études internationales afin de mieux mettre en perspectives les spécificités des pratiques de prescription médicamenteuse des médecins généralistes français et les différences de pratiques entre les médecins généralistes français et leurs homologues européens.

2.1) Caractéristiques générales des pratiques de prescription médicamenteuse des médecins généralistes français

L'analyse des pratiques de prescription médicamenteuse des médecins généralistes français passe tout d'abord par l'analyse de leurs pratiques à l'échelon professionnel. À travers cette démarche, leur rapport à la prescription médicamenteuse que ce soit de façon globale (fréquence de prescription, nombre de médicaments prescrits) ou plus spécifique (principales classes thérapeutiques prescrites) ainsi que l'homogénéité de cette pratique au sein de la profession vont être les premiers points que nous allons étudier.

2.1.1) Un recours fréquent et important à la prescription médicamenteuse

De façon assez récurrente, de nombreuses études montrent que les médecins généralistes français ont une forte propension à conclure leur consultation par une prescription médicamenteuse, 78 à 90 % de leurs consultations conduisent à une prescription médicamenteuse (Amar & Pereira, 2005; Darmon et al., 2015; IPSOS. Assurance Maladie, 2005; Kandel et al., 2004). Une enquête de la DREES menée en 2002 auprès de 922 médecins généralistes, sur 44 000 consultations et 6 000 visites, a montré qu'une

prescription médicamenteuse était faite sans autres actes dans plus de la moitié des consultations (61 %)⁴⁶ (Amar & Pereira, 2005).

Outre le fait que les médecins généralistes français aient un recours fréquent à la prescription médicamenteuse, ils prescrivent un nombre important de médicaments au cours de leurs consultations. Une étude de la DREES réalisée en 2002 (Amar & Pereira, 2005), montre que si en France la prescription médicamenteuse compte en moyenne 3 médicaments prescrits par ordonnance⁴⁷ (Gimbert & Chauffaut, 2014; Lancry, 2007), celle des médecins généralistes contribue de manière importante à ce volume de prescription avec un nombre moyen de 3,7 médicaments prescrits par ordonnance.

La prescription des médecins généralistes français contribue de manière directe et indirecte à la polymédication⁴⁸ notamment des personnes âgées chez qui 33 % à 40 % des plus de 75 ans prennent au moins 10 médicaments différents par jour (Le Cossec, 2015). En effet, comme le souligne une étude menée en 2011, 10 % des prescriptions françaises comportent plus de six médicaments et 25 % d'entre elles plus de quatre (Gimbert & Chauffaut, 2014). Ces données rejoignent l'étude de la DREES de 2002 au cours de laquelle 15 % des consultations des médecins généralistes ont conduit à la prescription d'au moins 5 médicaments (Amar & Pereira, 2005).

Les médecins généralistes français prescrivent 4,4 fois plus de médicaments et d'arrêts maladie que leurs homologues spécialistes, avec notamment un ratio prescriptions/honoraires évalué à 4,52 en 2006 pour les médecins généralistes contre 0,90 pour les spécialistes (Lancry, 2007; Masson, 2011). Ces différences s'expliquent par la place qu'ont ces médecins dans la prise en charge des patients notamment à travers le suivi et le renouvellement des prescriptions qu'ils réalisent et qui conduisent ainsi au renouvellement des traitements qu'ils n'ont pas eux-mêmes instaurés, ces traitements ayant été instaurés par des médecins spécialistes libéraux ou hospitaliers.

Ce recours fréquent et important des médecins généralistes français à la prescription médicamenteuse lors de leur consultation est une de leurs spécificités par rapport à leurs homologues européens. Une étude menée par IPSOS en 2005 établit que 90 % des consultations de généralistes s'étaient conclues par une prescription médicamenteuse en France, contre 83 % des cas en Espagne, 72 % en Allemagne et 43 % aux Pays-Bas. Cette différence de fréquence de la prescription médicamenteuse lors d'une consultation est d'autant plus caractéristique que les patients français consultent leur médecin en

⁴⁶ Au sein de cette étude, 60,9 % des consultations des médecins généralistes ont conduit uniquement à une prescription médicamenteuse, dans 17,1 % des autres consultations, la prescription médicamenteuse était associée à d'autres actes ou prescriptions (Amar & Pereira, 2005).

⁴⁷ En effet, des évaluations réalisées au cours des quinze dernières années ont estimé que la prescription médicamenteuse française comportait en moyenne trois médicaments par ordonnance : 3,03 médicaments en 2004 ; 2,96 en 2006 (Lancry, 2007); 2,87 en 2011 (Gimbert & Chauffaut, 2014).

⁴⁸ Il n'y a pas de définition consensuelle de la polymédication. La définition classique se réfère à la prise régulière d'au moins 5 médicaments. Une définition plus qualitative inclut la notion de polypathologie : la polymédication est alors définie comme la prise régulière de plusieurs médicaments nécessaires au traitement de plusieurs maladies chroniques (HAS, 2015a).

moyenne à peu près aussi⁴⁹ fréquemment que les patients des autres pays (IPSOS. Assurance Maladie, 2005). Cette même étude montre que le nombre de médicaments prescrits est plus important en France avec une moyenne de 1,6 médicament prescrit par médecin et par consultation contre 1,2 en Allemagne ; 1,2 en Espagne et 0,9 médicament aux Pays-Bas (IPSOS. Assurance Maladie, 2005).

Les médecins généralistes français réservent donc une place importante à la prescription médicamenteuse dans leur prise en charge en comparaison des praticiens européens. Ce constat en termes de fréquence et d'importance de la prescription mérite d'être complété par une approche plus qualitative de cette prescription en termes de classes thérapeutiques.

2.1.2) Des domaines et des classes thérapeutiques privilégiés

Les médecins généralistes sont des omnipraticiens, ils sont donc amenés à prescrire au sein de divers domaines thérapeutiques soit à travers le renouvellement de traitements initiés par leurs confrères spécialistes, soit par l'initiation de nouveaux traitements relevant de leurs compétences. Si leur liberté de prescription est potentiellement large, les données de consommation montrent que leurs pratiques de prescription se concentrent majoritairement au sein de quatre domaines thérapeutiques : celui de « l'appareil digestif, de stomatologie et métabolisme », du « système respiratoire », du « système nerveux central⁵⁰ » ainsi qu'au sein du « système cardio-vasculaire ».

Ces quatre domaines thérapeutiques qui représentent une partie importante de la consommation de médicaments en ambulatoire (40,8 % en valeur et 69,7 % en volume), constituent pour plus de deux tiers (74,5 % en volume et 64,8 % en valeur) la prescription médicamenteuse des médecins généralistes français⁵¹ (Assurance Maladie, 2021b). Ces données rejoignent parfaitement celles de deux autres études plus anciennes⁵² (Amar & Pereira, 2005; Darmon et al., 2015). Ces quatre catégories thérapeutiques représentent des domaines où la prévalence des pathologies rattachées (diabète, hypertension artérielle, asthme, affections digestives, etc.) est pour la plupart élevée et pour lesquels le médecin généraliste est un des principaux prescripteurs que ce soit par l'instauration de traitements ou en relais des spécialistes lors du renouvellement de leurs prescriptions.

⁴⁹ Au sein de cette étude, les patients français consultaient en moyenne leur médecin traitant environ 4,9 fois par an en France contre 5,2 en Allemagne, 4,8 en Espagne et 3,2 aux Pays-Bas (IPSOS. Assurance Maladie, 2005).

⁵⁰ Au sein de cette catégorie de médicaments, on retrouve des médicaments d'indications diverses dont les anesthésiques, les analgésiques, les anti-épileptiques, les anti-parkinsoniens, les psycholeptiques (dont font partie les anxiolytiques, les hypnotiques) ainsi que les psychoanaleptiques (dont les antidépresseurs).

⁵¹ La prescription des médecins généralistes a représenté en 2019, 167,0 millions de boîtes prescrites pour un montant de 9 887 millions d'euros. Au sein de cette consommation, les médicaments « de l'appareil digestif, de stomatologie et métabolisme » ont représenté 17,1 % en volume et 18,8 % en valeur de cette consommation, les médicaments cardio-vasculaires (12,6 % en volume et 17,9 % en valeur), les médicaments du système nerveux central (37,7 % en volume et 17,6 % en valeur) et les médicaments du système respiratoire (7,1 % en volume et 10,4 % en valeur) (Assurance Maladie, 2021b).

⁵² En effet, dans l'étude de la DREES de 2002, les médicaments de l'appareil cardio-vasculaire représentaient 21 % des prescriptions des médecins généralistes, devant ceux des médicaments du système nerveux central (20 %), les médicaments de l'appareil digestif et du métabolisme (16 %) et de l'appareil respiratoire (15 %) (Amar & Pereira, 2005). Lors d'une étude ultérieure menée sur les années 2011 et 2012, la prise en charge des facteurs du risque cardio-vasculaire (hypertension artérielle non compliquée (9,9 %) ; dyslipidémie (5,1 %) ; diabète non insulino-dépendant (3,2 %) et des maladies respiratoires aiguës (8,4 %) étaient les situations les plus fréquentes (Darmon et al., 2015).

Dans ces domaines thérapeutiques, les médecins généralistes français se concentrent sur un nombre restreint de classes thérapeutiques. En effet, dix classes thérapeutiques parmi les 83 de la classification ATC2 (Anatomical Therapeutic Chemical)⁵³ représentent plus de la moitié de leur prescription médicamenteuse (59,6 % en volume et 54,1 % en valeur)⁵⁴ (Assurance Maladie, 2021b).

Dans ces dix classes thérapeutiques, les analgésiques (26,6 % du volume), les psycholéptiques (5,0 %), les médicaments indiqués pour les troubles de l'acidité (5,0 %), les antibactériens à usage systémique (4,7 %) ainsi que les anti-thrombotiques (3,8 %) sont les catégories pour lesquelles la prescription médicamenteuse des médecins généralistes contribue le plus au volume consommé en 2019 (Assurance Maladie, 2021b).

Quelques exemples permettent d'illustrer les catégories thérapeutiques et classes pharmacologiques pour lesquelles la prescription médicamenteuse des médecins généralistes a un impact économique mais également sanitaire.

Avec une contribution à hauteur de 80,4 % en volume et 79,0 % en valeur⁵⁵, la prescription des médicaments analgésiques (ou antalgiques) par les généralistes contribue fortement à la consommation en France des analgésiques, une des plus importantes consommations d'Europe. Lors d'une étude comparative menée en 2015 dans 7 pays européens (France, Allemagne, Italie, Espagne, Royaume-Uni, Danemark et Suède), la France était le 3^{ème} plus gros pays consommateur d'antalgiques derrière le Royaume-Uni et l'Espagne (ANSM, 2019).

La classe thérapeutique des anti-bactériens par voie générale (alias antibiotiques) dont 93 % des dispensations sont réalisées en officine de ville, est également une classe thérapeutique pour laquelle la prescription médicamenteuse des généralistes (67,0 % en volume et 64,6 % en valeur⁵⁶) contribue grandement à la consommation française (23,6 DDD⁵⁷/1000 habitants en 2018) qui représente ainsi l'une des plus importantes dans l'OCDE (3^{ème} pays derrière la Grèce (32,5 DDD /1000 hab.) et l'Espagne (24,6 DDD/1000 hab.))⁵⁸ (European Centre for Disease Prevention and Control, s. d.; Santé Publique France, 2018).

⁵³ Le Système de classification anatomique, thérapeutique et chimique (en anglais : Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification System) est utilisé pour classer les médicaments.

⁵⁴ Le nombre de boîtes de médicaments prescrits par les médecins généralistes français en 2019 pour ces dix classes thérapeutiques a été de 994,8 millions de boîtes pour un montant de 5 352,4 millions d'euros (Assurance Maladie, 2021b).

⁵⁵ La prescription des médecins généralistes au sein de la classe des analgésiques (classe N02) a représenté 444,5 millions de boîtes prescrites pour un montant de 781,5 millions d'euros en 2019 (Assurance Maladie, 2021b).

⁵⁶ La prescription des médecins généralistes au sein de la classe des antibactériens par voie systémique (classe J01) a représenté 77,7 millions de boîtes prescrites pour un montant de 413,9 millions d'euros (Assurance Maladie, 2021b).

⁵⁷ La DDD, acronyme de l'expression anglaise Defined Daily Dose est définie comme la dose d'entretien moyenne présumée par jour pour un médicament utilisé dans son indication principale chez l'adulte (Seys et al., 2001).

⁵⁸ En 2018, la consommation française en médicaments antibiotiques était notamment supérieure de 33 % à la consommation moyenne ambulatoire au sein des pays de l'UE-15 (17,66 DDD/1000 hab) (European Centre for Disease Prevention and Control, s. d.).

Dans les classes pharmacologiques plus spécifiques, les anxiolytiques et les hypnotiques sont deux classes de médicaments psycholeptiques pour lesquelles le poids de la prescription des médecins généralistes est important (75,2 % en valeur et 73,9 % en volume)⁵⁹, les médecins généralistes étant notamment à l'initiation de ces traitements dans environ 82 % des cas (ANSM, 2017; Assurance Maladie, 2021b). Cette forte implication de la prescription des généralistes dans ces classes pharmacologiques contribue également au niveau élevé de la consommation française de ces molécules (71,4 DDD/1000 hab./j en 2015) en comparaison des autres consommations européennes (2^{ème} rang au sein de huit pays comparés derrière l'Espagne (88,8 DDD/ 1000 hab./j)⁶⁰⁻⁶¹ (ANSM, 2017).

Enfin, la classe thérapeutique des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) (Classe A02BC) est une classe d'anti-ulcéreux largement prescrite par les médecins généralistes (81,7 % en valeur et en volume)⁶². À la différence des autres classes ou catégories qui viennent d'être citées, la France ne se distingue pas spécialement des autres pays européens par une consommation plus importante de ces molécules⁶³ (Assurance Maladie, 2011). Si les montants remboursés pour ces molécules ont diminué en raison de l'inscription de ces molécules dans le répertoire des médicaments génériques, l'enjeu est ici le nombre croissant de boîtes prescrites, avec notamment des prescriptions qui ne respectent pas les recommandations pour une part minoritaire mais non négligeable des médecins généralistes français⁶⁴ (Assurance Maladie, 2019c).

Dans l'étude de la DREES de 2002, plusieurs classes thérapeutiques étaient généralement présentes dans une même ordonnance (dans 84 % des cas) (Amar & Pereira, 2005). Ceci peut s'expliquer par le fait que les médecins généralistes diagnostiquent au cours de leur consultation plusieurs problèmes qui nécessitent des prescriptions différentes ou parce qu'un même diagnostic nécessite plusieurs médicaments de classes thérapeutiques différentes mais complémentaires. Ainsi, l'étude de la DREES de 2002 a montré que les prescriptions des médecins généralistes qui comptabilisent plus de cinq

⁵⁹ La prescription des médecins généralistes au sein de la classe des benzodiazépines et apparentés (N05BA, CD et CF) a représenté en 2019, 70,0 millions de boîtes prescrites pour un montant de 117,6 millions d'euros (Assurance Maladie, 2021b).

⁶⁰ Cette étude comparative portant sur la consommation de benzodiazépines a été réalisée par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM) entre 2012 et 2015 au sein de 8 pays européens (Allemagne, Danemark, Espagne, France, Italie, Norvège, Royaume-Uni, Suède) (ANSM, 2017).

⁶¹ Cependant, malgré un niveau de consommation des plus bas depuis 2000, près de 13,4 % de la population française a consommé en 2015 au moins une fois une benzodiazépine dans l'année quelque soit l'indication. Le nombre d'utilisateurs en France reste cependant élevé, en particulier avec une prévalence plus importante chez les plus de 65 ans (ANSM, 2017).

⁶² La prescription des médecins généralistes au sein de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons (A02BC) a représenté en 2019, 77,9 millions de boîtes prescrites pour un montant de 401,9 millions d'euros (Assurance Maladie, 2021b).

⁶³ En effet, entre 2006 et 2009, la France a enregistré une croissance de sa consommation en IPP, 3 fois moins élevée qu'en Espagne ou qu'aux Pays-Bas et près de 5 fois moins élevée qu'en Allemagne et en Italie (Assurance Maladie, 2011).

⁶⁴ Sur l'année 2017, des prescriptions supérieures aux posologies maximales ont été observées chez une part certes très minoritaire mais non négligeable des médecins généralistes (5 056 prescripteurs ont prescrit des doses supérieures aux posologies maximales durant un minimum de 3 mois consécutifs à au moins 5 de leurs patients et 1 258 prescripteurs ont prescrit des doses supérieures aux posologies maximales durant un minimum de 6 mois consécutifs à au moins 5 de leurs patients) (Assurance Maladie, 2019c).

médicaments, comptaient pour 35 % d'entre elles deux médicaments appartenant à la même classe thérapeutique (Amar & Pereira, 2005).

Les données présentées au sein du paragraphe 1.3.2 ont souligné que les médecins généralistes français prescrivent maintenant davantage de médicaments génériques avec un indice global de prescription de médicaments génériques dans le répertoire (hors statines et antihypertenseurs) estimé à 64,7 % en 2019 et une part de boîtes de statines et d'antihypertenseurs prescrits dans le répertoire des génériques évaluées respectivement à 97,0 % et 95,3 % pour cette même année (Assurance Maladie, 2019a).

Les études et les données présentées dressent un portrait global, en moyenne des pratiques de prescription des médecins généralistes français. Toutefois ces tendances générales cachent une assez grande hétérogénéité des pratiques que nous allons maintenant préciser.

2.1.3) Une pratique professionnelle hétérogène

Une analyse détaillée de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes français montre qu'elle présente une hétérogénéité non négligeable, qu'elle soit géographique ou interindividuelle. Cette hétérogénéité se traduit d'un point de vue économique par une dispersion des coûts de prescription au sein des médecins généralistes.

Plusieurs études ont mis en évidence que les pratiques de prescription des médecins généralistes et par conséquent le coût de la prescription n'étaient pas homogènes sur le territoire français. Certaines régions telles que les régions du Nord et du Nord-Est de la France ont été caractérisées par une prescription moyenne des médecins généralistes plus élevée que sur le reste du territoire mais avec une part plus faible des gros prescripteurs⁶⁵ (Masson, 2011). Dans cette même étude (Masson, 2011), la région Centre apparaît comme une région avec un fort pourcentage de médecins généralistes « gros prescripteurs », tous types de prescriptions confondus. Une étude menée en 2007 par Béjean et al. exploitant les données des CPAM d'Aquitaine et de Bourgogne sur l'année 2000, a mis en évidence, toutes choses égales par ailleurs, un coût de la prescription plus important des médecins généralistes de la région Aquitaine en comparaison de ceux exerçant en Bourgogne (Béjean et al., 2007).

L'hétérogénéité des comportements de prescription est aussi interindividuelle. Une évaluation menée en 2002 par la CNAM montre que, sur la totalité des médecins généralistes français, 8 700 d'entre eux (soit 16 %) ordonnaient 30 % de la consommation médicamenteuse remboursée par l'ensemble des

⁶⁵ Lors de cette observation, les médecins généralistes qualifiés de « forts prescripteurs » ont été définis comme les 25 % d'entre eux qui avaient les montants totaux de prescription les plus élevés au niveau national, soit le premier quartile de distribution (Masson, 2011).

régimes d'Assurance maladie et prescrivaient ainsi en moyenne près de deux fois plus de médicaments que l'ensemble de la profession (Assurance Maladie, 2002).

Cette hétérogénéité de pratique se traduit également à un niveau plus local comme mis en évidence par une étude de la CPAM de Nantes menée dans sa circonscription en 2001 où 30 % des 842 médecins généralistes de cette circonscription, prescrivaient pour plus de la moitié (53,4 %) du montant total des prescriptions réalisées par les généralistes au sein de cette caisse (dont 10 % d'entre eux prescrivaient 22,7 % du montant total)⁶⁶ (Masson, 2011). Cette étude de la CPAM de Nantes converge avec l'étude de Béjean et al. de 2007 d'une hétérogénéité individuelle du coût de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes, indépendamment de l'hétérogénéité entre zones géographiques. Béjean et al. ont montré qu'au sein des régions Aquitaine et Bourgogne confondues, près d'un quart (22,4 %) des médecins généralistes présentait un coût annuel de prescription par patient (744,59 euros) deux fois moins élevé qu'un autre groupe plus restreint de médecins (10,4 %) dont le coût annuel de prescription par patient était évalué à 1 434,43 euros (Béjean et al., 2007).

La dispersion des coûts de prescription médicamenteuse des médecins généralistes, peut s'expliquer par différents paramètres tels que le rapport des médecins généralistes à la prescription médicamenteuse, à la catégorie et au volume des médicaments prescrits ainsi qu'au suivi des recommandations.

Une étude de la DREES de 2002, montre qu'une probabilité de prescription et un volume de médicaments prescrits moins importants caractérisent les médecins généralistes d'Ile-de-France vis-à-vis de ceux d'autres régions telles que la Normandie et la Picardie (Amar & Pereira, 2005). La probabilité de prescription de médicaments génériques était également plus faible chez les médecins généralistes d'Ile-de-France que dans d'autres régions comme celles de l'Est de la France (Amar & Pereira, 2005).

Très peu d'études à grande échelle en France se sont intéressées au lien entre les pratiques de prescription médicamenteuse des généralistes et le suivi des recommandations. Selon le rapport de l'Assemblée Nationale du 30 avril 2008, 30 à 50 % des prescriptions médicamenteuses ne respectent pas les recommandations, sont effectuées en dehors des indications de l'Autorisation de Mise sur la Marché (AMM), ou dépassent les posologies usuelles maximales recommandées et les durées de traitement (Assemblée Nationale, 2008). Quelques études et analyses illustrent une diversité de pratiques des médecins généralistes dans des prises en charge thérapeutiques spécifiques faisant l'objet de recommandations. À titre d'exemple, les médecins généralistes qui sont les principaux prescripteurs

⁶⁶ Dans cette analyse, un autre groupe de médecins généralistes, deux fois plus nombreux (60 %) n'a contribué qu'à hauteur de 34,6 % de ces dépenses totales au sein de cette circonscription (Masson, 2011).

d'IPP mais également de benzodiazépines⁶⁷ présentent une pratique non homogène au regard du bon usage de ces deux classes thérapeutiques (ANSM, 2017; Assurance Maladie, 2019c). Le constat est identique pour la prise en charge d'une affection bien codifiée comme la rhinopharyngite aiguë qui ne nécessite pas de traitement antibiotique, mais dont la prescription montre une présence d'antibiotique variable dans des données recueillies en 2001 auprès de 778 médecins généralistes⁶⁸ (Mousquès et al., 2003, 2010).

Ces constats empiriques d'une hétérogénéité dans la pratique de la prescription en médecine générale méritent d'être expliqués. La liberté de prescription n'est pas une explication suffisante, d'autant plus que, si toutes les spécialités bénéficient de la même liberté de prescription, la disparité n'est pas d'ampleur égale au sein de chacune d'entre elles. Le rapport entre le plus fort prescripteur et le plus faible étant notamment plus important chez les médecins généralistes (rapport de 11,8) qu'au sein d'autres spécialités telles que les dermatologues par exemple (rapport de 5,7)⁶⁹ (Masson, 2011). Cette hétérogénéité de pratique entre médecins généralistes peut s'expliquer plus particulièrement par la complexité de l'acte de prescription et par la multitude de facteurs qui l'influencent.

Ainsi, afin d'analyser plus en profondeur la disparité des pratiques de prescription médicamenteuse des médecins généralistes français, nous allons poursuivre notre analyse dans ce sens en présentant tout d'abord les constats empiriques de cette variabilité à travers toute une série d'études.

2.2) Analyses empiriques de la variabilité des pratiques de prescription médicamenteuse

À la différence de la variabilité des pratiques médicales notamment hospitalières qui ont beaucoup été étudiées au niveau international, moins d'études se sont portées sur la variabilité des pratiques de prescription médicamenteuse en médecine de ville. En effet, jusqu'au début des années 90, les études sur la variabilité des pratiques médicales se sont focalisées sur l'hôpital, à partir de données agrégées. Ce n'est ensuite qu'à partir des années 1990 que l'utilisation des données agrégées a été remise en cause dans l'analyse de la variabilité des pratiques médicales. L'accès à des données individuelles et le développement conjoint de recueils de données relatifs aux patients a permis de réaliser des analyses multivariées plus performantes comme les modèles hiérarchiques multiniveaux le permettent (Mousquès et al., 2001).

⁶⁷ Au sein du rapport de l'ANSM relatif au bon usage des benzodiazépines, 25 % des prescriptions initiales de benzodiazépines hypnotiques observées entre 2012 et 2014 étaient non conformes aux recommandations (ANSM, 2017).

⁶⁸ Lors de cette étude, 23,9 % des médecins généralistes ont prescrit des antibiotiques dans moins de 30 % des consultations alors que pour 18,1 % d'entre eux, le taux de consultations comportant une prescription d'antibiotique a été supérieur à 70 % (Mousquès et al., 2003).

⁶⁹ Ce rapport entre forts et faibles prescripteurs est très disparate selon les spécialités. En effet, il est de 2,8 pour la chirurgie orthopédique, 6 pour la gynécologie, 9,3 en pédiatrie et de 28,6 pour la psychiatrie (Masson, 2011).

En nous appuyant sur plusieurs études conduites en France, complétées par quelques sources internationales, nous allons présenter des constats et des analyses pour appréhender les contours et les déterminants des pratiques de prescription médicamenteuse en médecine générale.

2.2.1) Une variabilité des pratiques inter et intra-médecins

La variabilité des pratiques des médecins peut s'expliquer à travers deux dimensions : par la différence de comportements de prescription d'un médecin généraliste à l'autre (variabilité entre médecins) mais également par l'hétérogénéité de la pratique d'un même médecin au sein de sa patientèle (variabilité intra-médecin ou entre patients).

Depuis le début des années 2000, plusieurs études françaises ont adopté une démarche positive consistant à analyser les différences de prise en charge entre médecins mais également entre patients d'un même médecin afin de définir les déterminants de la variabilité de leur pratique de prescription médicamenteuse. Les critères d'analyse ont notamment porté sur la probabilité de prescription d'au moins un médicament (Amar & Pereira, 2005)⁷⁰ (Darmon et al., 2015)⁷¹, sur le nombre de lignes de traitements prescrits ainsi que sur la probabilité de prescription de médicaments génériques (Amar & Pereira, 2005). Cette variabilité de pratique a également été étudiée à travers le coût de la prescription par patient pour plusieurs profils de prescripteurs⁷² (Béjean et al., 2007). D'autres études ont abordé la variabilité des pratiques de prescription médicamenteuse dans le cadre de prises en charge plus spécifiques telles que celle de la rhinopharyngite aiguë (Mousquès et al., 2003, 2010)⁷³, de l'hyperlipidémie⁷⁴ (Mousquès et al., 2001) et dans la prescription de la classe thérapeutique des IPP⁷⁵ (Beaubeau-Gauthier, 2006). Selon les études, cette variabilité est analysée en fonction des caractéristiques du médecin (âge, sexe, secteur conventionnel, etc.), du patient (médicales et sociodémographiques (âge, sexe, profession, etc.)) mais également du territoire d'exercice (densité médicale, environnement socio-économique, etc.). Selon les études, l'existence d'une variabilité de

⁷⁰ Cette étude a été menée à partir de données de l'observatoire épidémiologique permanent Thalès auprès de 922 médecins généralistes et a ainsi évalué 44 000 consultations et 6 000 visites à domicile entre juin et décembre 2002 (Amar & Pereira, 2005).

⁷¹ Il s'agit d'une étude nationale multicentrique réalisée en patientèle de médecine générale à partir de 20 600 consultations menées par 54 internes au sein de 128 centres durant une période ouverte de 20 jours répartis entre 2011 et 2012 (Darmon et al., 2015).

⁷² Cette étude a été réalisée en exploitant les données des CPAM d'Aquitaine et de Bourgogne pour l'année 2000, couplées avec des données de l'Insee pour les informations contextuelles auprès de 4 660 médecins généralistes de la région Aquitaine (3190 médecins) et de la région Bourgogne (1470 médecins) (Béjean et al., 2007).

⁷³ Cette étude s'est fondée sur les données d'activité de 2001 d'un panel de médecins généralistes français qui a permis de recueillir des données issues de 254 620 séances (ou consultations) effectuées par 778 médecins généralistes (Mousquès et al., 2003, 2010).

⁷⁴ Cette étude a été réalisée auprès de 613 médecins généralistes ce qui a permis de recueillir un échantillon de 43 763 patients ayant consulté au moins une fois en 1999 pour le motif principal d'hyperlipidémie et/ou ont eu une prescription de médicaments pour ce même motif en 1999 (Mousquès et al., 2001).

⁷⁵ Cette étude s'est déroulée auprès de 44 médecins du 1^{er} octobre 2002 au 31 mars 2003 ce qui a permis de recueillir des données auprès de 9 702 patients et 17 740 actes qui correspondaient aux critères de l'étude (Beaubeau-Gauthier, 2006).

pratiques a pu être mise en évidence, soit à travers l'utilisation d'un modèle vide⁷⁶ ou d'un modèle multiniveaux, par l'intermédiaire de différents indicateurs tels que le coefficient de variation⁷⁷, le coefficient de variation interne⁷⁸ voire le coefficient de corrélation intra-classe⁷⁹.

Les écarts de pratique entre médecins généralistes sont, selon les études et les critères retenus, 2 à 3 fois moins importants que ceux existants pour un même médecin au sein de sa propre pratique (variabilité intra-médecins)⁸⁰ (Amar & Pereira, 2005; Beaubeau-Gauthier, 2006; Mousquès et al., 2001, 2003). À titre d'exemple, la variabilité entre médecins pour le nombre de médicaments prescrits au cours d'une consultation (coefficient de variation de 48 %) est beaucoup moins importante que la variabilité de celle d'un même médecin au sein de sa patientèle (coefficient de variation : 95 %) (Amar & Pereira, 2005). De même, dans l'étude de Mousquès sur les pratiques de prescription d'antibiotique pour la prise en charge de la rhinopharyngite aiguë, la variabilité inter-médecins n'a représenté que 23 à 27 % de la variabilité totale des pratiques de prescription contre 73 à 77 % pour la variabilité intra-médecins (Mousquès et al., 2003).

Cependant, les variations entre médecins ne sont pas pour autant négligeables. Elles montrent que le choix de prescription relève malgré tout aussi du comportement individuel général du médecin. Les valeurs de variations observées au sein de ces études convergent notamment avec celles issues d'études internationales ayant utilisé la même méthodologie et pour lesquelles la contribution de la variation inter-médecins au sein de la variation totale s'échelonnait de 13 à 43 %⁸¹ (Davis et al., 2002; De Jong, 2008; Scott & Shiell, 1997).

La coexistence de ces deux variabilités, inter et intra-médecins, attestent que les médecins ont leur propre style de pratique en termes de prescription mais qu'ils adaptent avant tout leurs prescriptions

⁷⁶ L'analyse d'un modèle vide consiste à analyser un modèle n'intégrant aucune caractéristique spécifique : ni celles liées au patient, ni celles du médecin dans notre cas de figure.

⁷⁷ Le coefficient de variation est un indicateur standard de dispersion qui est le rapport entre l'écart-type et la moyenne de la distribution observée. Plus le coefficient de variation est élevé et plus les pratiques sont hétérogènes (Mousquès et al., 2001).

⁷⁸ Le coefficient de variation interne (rapport de l'écart-type à la moyenne de chaque indicateur) reflète, pour un médecin donné, la variation de sa prescription en fonction de ses patients. Il correspond à la moyenne des coefficients de variation interne (Amar & Pereira, 2005).

⁷⁹ Le coefficient de corrélation intra-classe habituellement désigné par la lettre grecque ρ est une estimation de concordance des mesures par l'évaluation de la corrélation entre 2 mesures ou plus chez un même sujet (Beaubeau-Gauthier, 2006).

⁸⁰ Au sein de l'étude de Mousquès et al. portant sur la variabilité des pratiques médicales dans le cadre de la prise en charge de l'hyperlipidémie, la variabilité intra-médecins a été deux fois et demie supérieure à la variabilité inter-médecins (Mousquès et al., 2001). Par ailleurs, lors de l'étude ayant porté sur la variabilité des pratiques de prescription des IPP, à travers l'analyse d'un modèle vide, la part de variation des pratiques de prescription intra-médecins au sein de la variation totale a été évaluée entre 88 % et 97 %, suivant le type de modèles et le type de prescriptions étudiées, contre 3 % et 12 % pour les variations de pratiques inter-médecins. L'écart entre ces résultats et ceux des autres études déjà mentionnées peuvent s'expliquer par une petite taille de l'échantillon de médecins (44 médecins) au sein de cette étude dont la pratique semble plus homogène que dans la population générale des médecins généralistes (Beaubeau-Gauthier, 2006).

⁸¹ Cette variabilité de pratiques entre médecins a notamment été illustrée par différentes études qui ont rapporté les mêmes grandeurs de variabilité inter-médecins : 13 à 27 % pour les infections du tractus respiratoire supérieur dans une étude néo-zélandaise (Davis et al., 2002) ; 3 à 19 % pour le traitement de l'hypertension, des lombalgies, de la dépression, des infections des voies respiratoires dans une étude néerlandaise (Jong, s. d.) et 18 à 43 % pour le traitement des entorses et des otites moyennes aiguës dans une étude australienne (Scott & Shiell, 1997).

aux caractéristiques des patients, à leur besoin, et au contexte dans lequel la consultation a lieu. Il convient alors de s'interroger sur les paramètres plus spécifiques qui déterminent et conditionnent les pratiques de prescription médicamenteuse des médecins généralistes, c'est ce que nous allons étudier à travers les études françaises que nous venons de mentionner, complétées par des données issues d'études internationales.

2.2.2) Les déterminants de la pratique individuelle de prescription et de sa variabilité

Certaines des études précédemment citées ont permis également par l'intermédiaire d'analyses multivariées utilisant des modèles de régression hiérarchique (appelés multiniveaux) de déterminer toutes choses égales par ailleurs les paramètres qui vont influencer les pratiques de prescription médicamenteuse des médecins généralistes.

L'identification de ces déterminants permet de les rassembler dans trois catégories : ceux rattachés aux caractéristiques des patients, aux caractéristiques des médecins ainsi qu'au contexte du territoire d'exercice. D'autre part, l'utilisation de ces modèles multiniveaux a permis de tenir compte de la structure hiérarchique des données et d'estimer l'importance des variations à chaque niveau (patients, médecins et contexte du territoire) afin d'évaluer leur contribution à la variabilité totale.

2.2.2.1) Les caractéristiques associées aux patients

Les déterminants des pratiques de prescription médicamenteuse des médecins généralistes français liés aux caractéristiques des patients relèvent de trois dimensions : l'état de santé du patient au moment de la consultation (situation clinique, complications, comorbidités), les caractéristiques socio-démographiques du patient (âge, sexe, situation socioprofessionnelle) et le contexte de la consultation (relation patient-médecin, consultation initiale ou suivi).

2.2.2.1.1) L'état de santé du patient au moment de la consultation

Un des premiers déterminants de la prescription médicale, est très logiquement l'état de santé du patient au moment de la consultation.

L'étude menée par la DREES de 2002, observe que la probabilité de se voir prescrire au moins un médicament ainsi que le nombre de médicaments prescrits sont plus élevés dans le cadre d'une pathologie chronique que dans le cadre d'une pathologie aiguë (Amar & Pereira, 2005). D'autre part, la nature de la pathologie diagnostiquée a une forte influence. Par exemple, dans le contexte de pathologies cardiaques, la probabilité de prescription médicamenteuse ainsi que le nombre de médicaments prescrits sont importants (4,2 lignes de médicaments prescrits)⁸² (Amar & Pereira, 2005). À l'inverse, lorsqu'une pathologie dermatologique est diagnostiquée, bien que la probabilité de

⁸² Au sein de l'étude menée par la DREES en 2002, les données n'ont pas permis de connaître le nombre de boîtes prescrites par médicament ainsi que le volume total de la prescription (Amar & Pereira, 2005).

se voir prescrire un médicament reste forte, le nombre de lignes de médicaments prescrits (2,4) est plus faible que dans le cadre de la prise en charge d'autres pathologies (Amar & Pereira, 2005). Par ailleurs, la nature invalidante et chronique de pathologies catégorisées comme Affection Longue Durée (ALD) induit une probabilité plus importante de recevoir une prescription médicamenteuse (Darmon et al., 2015) et d'avoir une prescription qui comporte un nombre de médicaments important (Amar & Pereira, 2005), assortie d'un coût élevé de l'ordonnance (Béjean et al., 2007).

Concernant les variations de pratiques de prescription des médicaments génériques, l'étude de la DREES de 2002 a mis en lumière que la probabilité de se voir prescrire un médicament générique est plus faible dans le cas de pathologies chroniques ceci pouvant s'expliquer par le fait que des patients souffrant de ce type d'affections ont l'habitude de médicaments et sont donc plus réticents aux changements que représenterait un générique (Amar & Pereira, 2005). La nature de l'affection a également son influence. Les infections des voies aériennes ainsi que les problèmes rhumatologiques sont associés de manière plus importante à la prescription de médicaments génériques à l'inverse des maladies cardio-vasculaires et des affections psychologiques ou psychiatriques (Amar & Pereira, 2005).

La prescription médicamenteuse est également corrélée au degré de certitude du diagnostic posé. Lorsque le diagnostic est probable mais pas certain, le médecin a tendance à prescrire plus souvent un médicament mais en moins grande quantité (Amar & Pereira, 2005). Lors de la prise en charge d'une affection, le nombre moyen de médicaments prescrits est plus faible lors d'une affection en cours d'exploration, que dans le cas du contrôle ou d'une stabilisation d'une affection chronique (Amar & Pereira, 2005).

La présence de certains éléments cliniques, diagnostics ou antécédents, vont aussi influencer les prescriptions. À titre d'exemple, la présence d'une complication supposée bactérienne (conjonctivite, sinusite, etc.) dans le cadre d'une rhinopharyngite aiguë va influencer positivement la prescription d'une antibiothérapie tout comme la prescription d'une statine chez un patient ayant des antécédents coronariens personnels (Mousquès et al., 2001, 2003, 2010). De même, une affection gastrique dont le diagnostic sera incertain au vu des symptômes, entraînera plus de prescriptions de protecteurs gastriques qu'une situation clinique dont le diagnostic sera confirmé et pour laquelle un IPP sera préférentiellement choisi (Beaubeau-Gauthier, 2006).

Le diagnostic établi par le médecin a aussi été mis en évidence comme principal déterminant de la probabilité d'une prescription médicamenteuse (Davis & Gribben, 1995)⁸³ tout comme son coût (Aguado et al., 2008)⁸⁴ dans des études internationales.

2.2.2.1.2) Les caractéristiques sociodémographiques des patients

Les caractéristiques sociodémographiques des patients sont également des facteurs déterminants toutes choses égales par ailleurs de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes.

Parmi ces caractéristiques, l'âge va intervenir de manière positive sur l'intensité des pratiques de prescription médicamenteuse, notamment chez les patients présentant des âges extrêmes (enfants et patients de 60 ans et plus). En effet, la probabilité de recevoir une prescription médicamenteuse est plus importante⁸⁵ pour ces patients (Darmon et al., 2015). Par ailleurs, l'effet de l'âge sur le nombre de médicaments prescrits chez les personnes âgées, à pathologie donnée, est souligné et est particulièrement fort (Amar & Pereira, 2005). Si le nombre de médicaments prescrits augmente avec l'âge, cette corrélation est liée plus spécifiquement à l'augmentation du nombre de pathologies liée au vieillissement qu'à l'âge des patients en tant que tel (Auvray & Sermet, 2002). Cependant, lorsque l'on tient compte des caractéristiques des médecins, l'effet de l'âge du patient sur le nombre de médicaments prescrits serait plus limité (Amar & Pereira, 2005). En effet, les médecins ayant une clientèle âgée sont eux-mêmes souvent plus âgés et l'âge du médecin peut influencer ses pratiques de prescription (Amar & Pereira, 2005). Ainsi, pour des raisons qui viennent d'être avancées, l'âge serait corrélé, toutes choses égales par ailleurs, à un coût de prescription plus élevé, comme observé dans l'étude de Bejean et al. en 2007 (Béjean et al., 2007). Cet effet de l'âge sur les pratiques de prescription se retrouve également dans le cadre de prises en charge plus spécifiques. À titre d'exemple, la prescription d'antibiotique est moins fréquente chez les plus de 65 ans dans la prise en charge de la rhinopharyngite aiguë (Mousquès et al., 2010) tout comme la prescription d'IPP vis-à-vis d'un autre protecteur gastrique au sein de cette même classe d'âge (Beaubeau-Gauthier, 2006).

En complément de l'âge, le genre du patient n'est pas sans effet sur les prescriptions faites. Le genre féminin a un impact positif sur les pratiques de prescription médicamenteuse des médecins

⁸³ Cette étude néo-zélandaise avec pour objectif de déterminer l'influence propre des caractéristiques des patients et des médecins sur la probabilité des médecins de prescrire au moins un médicament au cours d'une consultation a été menée de 1991 et 1992 auprès de 143 médecins. Dans cette étude, les caractéristiques des patients, des médecins ainsi que des groupes de diagnostics ont été pris en compte. Leur analyse a intégré différents modèles. Au sein de leurs résultats, le diagnostic établi par le médecin est apparu comme le principal déterminant de cette probabilité (Davis & Gribben, 1995).

⁸⁴ Cette étude espagnole menée par Aguado et al. en 2008 et réalisée à partir de données espagnoles de 2005 auprès de 66 000 patients rattachés à 5 centres de santé a conduit à une modélisation du coût de la prescription en fonction de l'âge du patient, du diagnostic et du centre d'exercice du médecin. Pour les patients adultes, la variabilité du coût de la prescription médicamenteuse fut expliquée à hauteur de 35 % par les diagnostics, à hauteur de 10,5 % par l'âge des patients et de 1,8 % par le centre au sein duquel le médecin exerçait (Aguado et al., 2008).

⁸⁵ Une prescription médicamenteuse plus fréquente chez les enfants est probablement liée à l'incidence des infections, en particulier des voies aériennes, au sein de cette classe d'âge (SFMG, s. d.-b).

généralistes. Être une femme est corrélé au fait de recevoir plus fréquemment une prescription (Amar & Pereira, 2005; Darmon et al., 2015) et avec un nombre de médicaments prescrits en moyenne plus élevé lorsqu'une prescription est faite (Amar & Pereira, 2005). Cette étude rejoint une autre étude française qui atteste que les femmes consomment plus de médicaments et ce pour la plupart des classes thérapeutiques (Fourcade et al., 2013). Ce constat peut s'expliquer notamment par un nombre de motifs de recours ou de diagnostics par consultation plus élevé chez les femmes (DREES, 2009).

Le genre a également une influence sur les pratiques de prescription médicamenteuse dans le cadre de prises en charge plus spécifiques. Les femmes seraient, par exemple, moins susceptibles de recevoir une prescription d'antibiotique dans la prise en charge de la rhinopharyngite aiguë, tout comme celle d'un IPP dans les affections digestives (Beaubeau-Gauthier, 2006; Mousquès et al., 2010). Ces données françaises sont corroborées par des études à l'étranger. Par exemple, l'âge du patient comme déterminant de la prescription médicamenteuse est un des résultats d'une étude espagnole menée en 2007 par Fernandez-Liz et al. sur des données de 2002, dans laquelle le nombre de prescriptions et les coûts par patient augmentent avec l'âge, et où les femmes ont une probabilité plus élevée de recevoir une prescription médicamenteuse⁸⁶ (Fernández-Liz et al., 2008).

La catégorie socioprofessionnelle des patients est la troisième caractéristique sociodémographique qui influence la prescription médicamenteuse des généralistes. Dans l'étude de la DREES de 2002, la probabilité qu'une personne inactive reçoive une prescription médicamenteuse lors d'une consultation est, toutes choses égales par ailleurs, supérieure de 18 % à celle d'un patient ayant un emploi. Même si les différences sont toutefois peu marquées, le nombre de médicaments serait quant à lui plus faible lorsque le patient fait partie de certaines catégories professionnelles, notamment si il est commerçant ou cadre⁸⁷ (Amar & Pereira, 2005).

L'impact de la catégorie socioprofessionnelle intervient également dans le cadre de prises en charge plus spécifiques. Une probabilité plus faible de se voir prescrire un traitement antibiotique a été observée chez les personnes inactives dans le cadre de la prise en charge de la rhinopharyngite aiguë et une probabilité plus élevée d'une prescription de statine existerait pour les cadres dans la prise en charge de l'hyperlipidémie (Mousquès et al., 2001, 2010). Les modalités et niveau de couverture complémentaire en lien avec le statut socioprofessionnel des patients interviennent de manière conjointe dans le choix de prescription des médecins. Les patients relevant de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ont plus de probabilité de recevoir une prescription médicamenteuse lors de leur

⁸⁶ Fernandez-Liz et al. se sont intéressés à l'hétérogénéité du coût de l'ordonnance et du nombre de prescriptions dans le but de déterminer la prévalence et les habitudes de prescription des médicaments en fonction de l'âge et du sexe des patients, et ainsi identifier leur part relative dans les coûts de prescription, au sein des soins de santé primaires catalans. Ces études ont conclu que la nombre de prescriptions et les coûts par patient augmentent avec l'âge. La probabilité de prescription médicamenteuse est notamment plus élevée chez les femmes (Fernández-Liz et al., 2008).

⁸⁷ La plus faible prescription de médicaments chez les cadres peut s'expliquer par une probable meilleure santé et un suivi plus régulier auprès du corps médical pour ces derniers (Amar & Pereira, 2005).

consultation, avec un nombre de médicaments prescrits plus élevé ainsi qu'une probabilité plus importante qu'un médicament générique y figure (Amar & Pereira, 2005). Ces influences peuvent s'expliquer en partie par l'état de santé des patients au sein des classes socioprofessionnelles mais également par le fait que les médecins prennent en compte la situation socio-économique des patients pour choisir leur prescription même si les assurances complémentaires prennent en grande partie le coût des médicaments prescrits (Amar & Pereira, 2005).

2.2.2.1.3) Le contexte de la consultation médicale

Le contexte de la consultation est la troisième dimension rattachée aux caractéristiques des patients que nous analysons.

La relation que le médecin entretient avec son patient (nouvelle, régulière ou occasionnelle) peut intervenir dans la pratique des médecins. Toutefois les études ne sont pas consensuelles sur cette possibilité. Dans l'étude de la DREES de 2002, être un nouveau patient n'a pas d'effet sur la probabilité de recevoir une prescription médicamenteuse alors que cette même condition est associée à une probabilité plus faible dans l'étude de Darmon et al. (Amar & Pereira, 2005; Darmon et al., 2015). Une probabilité plus faible de recevoir une prescription médicamenteuse lorsque l'on est un nouveau patient ou un patient occasionnel peut s'expliquer par l'orientation de la consultation initiale vers une prise de contact et un recueil d'informations ou l'établissement de procédures administratives principalement (Darmon et al., 2015). Malgré cela, l'étude de la DREES de 2002 a souligné que la prescription réalisée pour des patients nouveaux ou occasionnels a tendance à contenir moins de médicaments que celle réalisée pour des patients réguliers (Amar & Pereira, 2005). Par ailleurs, dans l'étude d'Amar et Pereira, la probabilité de se voir prescrire un médicament générique est supérieure de 41 % chez les nouveaux patients ; ceci pouvant s'expliquer par une difficulté accrue d'instauration de médicaments génériques chez des patients suivis régulièrement et pour qui des habitudes de prescription sont déjà ancrées (Amar & Pereira, 2005).

L'effet de l'ancienneté de la relation entre les patients et les médecins sur les pratiques de prescription est également présent dans le cadre de prises en charge plus spécifiques comme lors de l'étude menée par Beaubeau-Gauthier en 2007, où les patients les mieux connus par les médecins généralistes ont une probabilité plus importante qu'une prescription d'IPP leur soit réalisée (au profit d'autres protecteurs gastrique) vis-à-vis de patients moins connus (Beaubeau-Gauthier, 2006).

De même, le contexte en amont de la consultation va avoir un impact. Par exemple, la probabilité de se voir prescrire un médicament antibiotique dans le cadre de la prise en charge d'une rhinopharyngite aiguë serait plus faible lorsqu'il y a eu initialement une prescription d'antibiotique ou lorsque le patient est déjà venu se faire soigner pour une rhinopharyngite au cours de l'année (Mousquès et al.,

2003, 2010). La probabilité de se voir prescrire une antibiothérapie serait notamment plus forte lorsque la consultation se déroule dans une période de contexte épidémique plus défavorable (entre janvier et avril par exemple), ceci pouvant être dû à une assimilation à tort du contexte épidémique à une justification thérapeutique (Mousquès et al., 2003).

Nous venons de voir les principaux déterminants rattachés aux caractéristiques du patient et à la consultation. Nous allons maintenant étudier les déterminants rattachés aux caractéristiques du médecin pouvant également peser sur ses pratiques de prescription.

2.2.2.2) Les caractéristiques personnelles et d'exercice des médecins

Les caractéristiques démographiques des médecins (âge, sexe), leurs modalités d'exercice (secteur conventionnel, activité isolée, de groupe) et de formation en termes de médicaments sont des paramètres opérant pour la prescription du médecin.

2.2.2.2.1) Les caractéristiques sociodémographiques des médecins

L'âge des médecins interviendrait sur la réalisation de prescription médicamenteuse ainsi que sur le nombre de médicaments prescrits mais les données issues des études françaises ayant abordé ce paramètre ne sont pas totalement convergentes.

Dans l'étude de la DREES de 2002, l'âge du médecin a un effet prédictif négatif sur le fait de réaliser une prescription médicamenteuse ainsi que vis-à-vis du nombre de médicaments prescrits⁸⁸ (Amar & Pereira, 2005). Ce résultat diverge de celui de l'étude de Lancry et al. et de l'étude de Béjean et al. dans lesquelles les médecins d'âge avancé prescrivent plus et plus cher que leurs confrères plus jeunes (Béjean et al., 2007; Lancry & Paris, 1997). Les raisons avancées selon les auteurs, reposent selon Lancry sur le lien entre l'âge du médecin avec celui de sa patientèle qui présentant plus de comorbidités, serait plus consommatrice de prescriptions médicamenteuses ; alors que pour Béjean, la corrélation entre l'âge du médecin et le coût de la prescription s'expliquerait plus par l'impact générationnel des médecins que par l'influence de la morbidité de la patientèle.

L'impact de l'âge des médecins généralistes a également été observé pour la prise en charge de pathologies spécifiques. Dans la prise en charge de la rhinopharyngite aiguë, les jeunes médecins généralistes (35-44ans) sont moins prescripteurs d'antibiotiques que leurs aînés (Mousquès et al., 2003, 2010). A contrario, dans la prise en charge de l'hyperlipidémie, la prescription de statines est plus élevée chez les jeunes médecins (moins de 40 ans) (Mousquès et al., 2001). La corrélation de l'augmentation de la prescription de statines chez les jeunes médecins tout comme une relative absence de prescription d'antibiotique dans le cadre de la rhinopharyngite aiguë suggéreraient que les

⁸⁸ Lors de cette étude, il a été observé que les médecins hommes de moins de 45 ans ont une probabilité plus importante de réaliser une prescription médicamenteuse pour laquelle le nombre de lignes de médicament est notamment plus important que pour des confrères plus âgés (Amar & Pereira, 2005).

jeunes médecins plus proches de la formation initiale, seraient alors plus sensibles aux recommandations ou mieux informés des nouvelles prises en charge (Mousquès et al., 2001) ; la proximité de la formation initiale serait alors probablement en faveur de meilleures pratiques (Davis et al., 2002).

Le fait d'être une médecin femme semble également conditionner les pratiques de prescription médicamenteuse des généralistes. Selon l'étude menée par la DREES de 2002, les femmes médecins de moins de 45 ans ont une probabilité plus faible de réaliser une prescription médicamenteuse que l'ensemble de leurs confrères (Amar & Pereira, 2005) et le coût de leurs prescriptions serait moins élevé que celui des médecins hommes (Béjean et al., 2007). De plus, l'étude de la DREES de 2002 a souligné que les médecins femmes âgées de plus de 45 ans ont une probabilité plus élevée de prescrire au moins un médicament générique que leurs confrères masculins du même âge (Amar & Pereira, 2005).

L'effet du genre sur les pratiques de prescription dans le cadre de prises en charge spécifiques (hyperlipidémie, rhinopharyngite aiguë) n'a pas été mis en évidence au sein des études françaises déjà citées (Mousquès et al., 2001, 2003). Cependant, une étude hollandaise ayant analysé en 2013 des données issues de 11 285 consultations de médecine générale aux Pays-Bas souligne que les femmes médecins généralistes prescrivent moins souvent des antibiotiques que leurs confrères masculins, en particulier lors de consultations avec des patientes (Eggermont et al., 2018). Une revue de littérature des 20 dernières années portant sur des études faisant état de différences de prescription selon le genre du médecin notamment vis-à-vis de patients âgés souligne que les femmes médecins sont plus prudentes dans leurs pratiques de prescription médicamenteuse pour cette catégorie de patients, notamment par rapport au risque d'effets indésirables (Mishra et al., 2020).

2.2.2.2.2) Les modalités d'exercice des médecins généralistes

Les modalités d'exercice (structure de l'activité, secteur de conventionnement, exercice isolé ou de groupe) ainsi que les modalités d'information et de formation vis-à-vis des médicaments sont des paramètres que plusieurs études jugent déterminants sur les pratiques de prescription médicamenteuse des médecins généralistes français.

Tout d'abord, le niveau d'activité d'un médecin généraliste a un effet positif sur la réalisation de prescriptions médicamenteuses. Par exemple dans l'étude de Lancry et Paris, plus un médecin fait d'actes, plus il prescrit de médicaments par acte (Lancry & Paris, 1997). La standardisation par âge et par genre ne modifie pas le sens du phénomène, même si elle en atténue l'intensité (Lancry & Paris, 1997). Cet effet a également été observé dans la prise en charge de la rhinopharyngite pour laquelle la prescription d'antibiotique est corrélée à un nombre plus important d'actes et de visites réalisés par le médecin généraliste (Mousquès et al., 2003). Ces données vont dans le sens du lien mis en évidence

dans l'étude de Béjean et al. entre le niveau d'activité et le coût moyen de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes (Béjean et al., 2007).

On peut également observer que les médecins généralistes du secteur 2 prescrivent moins souvent (Amar & Pereira, 2005) et pour moins cher que leurs confrères du secteur 1 (Béjean et al., 2007). Ceci peut s'expliquer notamment par un objectif de revenu qui sera explicité plus en détails dans le paragraphe 2.3.3.1.

La visite médicale au domicile du patient est associée dans l'étude de Darmon et al. à une probabilité plus importante pour le patient de recevoir une prescription médicamenteuse (Darmon et al., 2015), la visite à domicile n'est cependant pas un paramètre déterminant vis-à-vis du coût de la prescription médicamenteuse en tant que tel : la visite à domicile n'induirait pas une prescription médicamenteuse plus coûteuse par rapport à celle réalisée lors d'une consultation au cabinet à âge équivalent. Le médecin qui a une activité plus orientée vers les visites à domicile prescrirait plus mais parce qu'il a en charge une patientèle plus âgée et donc polypathologique (Lancry & Paris, 1997).

Concernant le type d'exercice (exercice isolé, de groupe), les médecins pratiquant en exercice de groupe semblent être moins prescripteurs que ceux qui exercent de manière isolée (Tollen, 2008). Une augmentation de la prescription de statines et d'IPP ont par ailleurs pu être observées chez les médecins exerçant en groupe, ceci pouvant s'expliquer par une acquisition et un partage de connaissances plus important au sein de ce type d'exercice ou par le fait d'être des cibles privilégiées des visiteurs médicaux (Beubeau-Gauthier, 2006; Mousquès et al., 2001).

2.2.2.2.3) Les modalités de formation et d'information

Les modalités de formation et d'information des médecins généralistes sur le médicament sont un autre déterminant possible de leur prescription médicamenteuse. La participation à des séances de Formation Médicale Continue (FMC) a un effet sur les pratiques de prescription médicamenteuse. Cet effet est attesté par la diminution de la prescription d'antibiotiques dans le cadre de la prise en charge de la rhinopharyngite aiguë (Mousquès et al., 2003, 2010) ou par celle d'IPP chez les médecins participant à des séances de FMC ou de groupes de pairs (Beubeau-Gauthier, 2006). Les analyses de ces études convergent avec l'étude britannique de Wilson et al. de 1999 au sein de laquelle la diminution de la prescription d'antibiotiques des médecins généralistes serait corrélée à leur participation à la formation continue⁸⁹ (R. P. Wilson et al., 1999).

⁸⁹ Cette étude a porté sur l'analyse des déterminants de la prescription d'antibiotiques des médecins généralistes britanniques à travers les données issues de 351 cabinets sur deux périodes distinctes en 1991 et en 1994. À travers l'utilisation de régressions linéaires multiples, cette étude a étudié la variation des volumes et des coûts de prescriptions entre médecins sur ces deux périodes. Cette étude a conclu que les volumes de prescription d'antibiotiques sont plus importants chez les

A contrario, les études françaises qui ont étudié l'impact de la visite des délégués de l'industrie pharmaceutique sur les pratiques de prescription médicamenteuse des médecins généralistes, ont souligné que cette visite contribue positivement à la réalisation d'une prescription médicamenteuse et à un choix orienté des molécules prescrites⁹⁰ (Darmon et al., 2015; Mousquès et al., 2001, 2003, 2010). Les analyses issues de ces études confirment ainsi celles issues des études majoritairement anglo-saxonnes dans lesquelles la visite des délégués de l'industrie pharmaceutique conduit à une augmentation de la quantité de médicaments prescrits ainsi qu'à une diminution de la qualité des prescriptions médicamenteuses réalisées (OMS & Action Internationale pour la Santé, 2009; Spurling et al., 2010). Cependant, l'influence de l'industrie pharmaceutique sur la prescription médicamenteuse des médecins généralistes est à nuancer, ces derniers n'étant pas toujours les primo-prescripteurs en raison de leur positionnement au sein de la prise en charge thérapeutique des patients.

2.2.2.3) Les caractéristiques du territoire

Le territoire sur lequel le médecin exerce (qui peut être assimilé à la zone d'emploi de son lieu d'installation)⁹¹ est caractérisable par différentes variables socio-économiques dont la part de foyers ruraux, la part de foyers non imposables, le revenu net fiscal par foyer imposable ainsi que le nombre de médecins généralistes libéraux et spécialistes pour 100 000 habitants (Amar & Pereira, 2005). Le lien de ces caractéristiques avec la prescription des médecins généralistes du territoire a été prouvé par plusieurs études.

Dans l'étude de la DREES de 2002, la part des foyers ruraux du territoire d'exercice a une influence sur la probabilité de la réalisation d'une prescription médicamenteuse des médecins généralistes⁹² (Amar & Pereira, 2005) : cette probabilité est d'autant plus faible que la part de foyers ruraux dans la population est élevée. La forte proportion de foyers ruraux conduirait, par ailleurs, à une prescription de médicaments génériques plus élevée (Amar & Pereira, 2005).

D'autres études ont établi un lien entre les caractéristiques du territoire et le coût des prescriptions médicamenteuses des médecins généralistes. En effet, dans l'étude de Béjean et al., le lien entre le coût de la prescription médicamenteuse par patient et le niveau d'imposition moyen par foyer est

médecins qui pratiquent dans des milieux défavorisés, qui pratiquent seuls et qui ne suivent pas de formation continue (R. P. Wilson et al., 1999).

⁹⁰ En effet, l'étude de Darmon et al. souligne que les praticiens recevant plus de 5 fois par semaine des visiteurs médicaux ont une probabilité significativement plus élevée de réaliser une prescription médicamenteuse (Darmon et al., 2015). De manière plus spécifique, dans l'étude de Mousquès et al., les médecins déclarant recevoir moins de 10 visiteurs médicaux par mois en moyenne prescrivaient moins d'antibiotiques que les autres médecins généralistes (Mousquès et al., 2003, 2010). D'autre part, dans l'étude de Mousquès et al. portant sur la variabilité des pratiques de prescription dans le cadre de l'hyperlipidémie, si le nombre de visiteurs médicaux n'a aucune influence sur la probabilité de prescription de statines, il a un effet positif sur la probabilité de prescription de statines de 3^{ème} génération (plutôt que de 1^{ère} et de 2^{ème} génération), pouvant ainsi faire supposer un « effet marketing » (Mousquès et al., 2001).

⁹¹ Une zone d'emploi est un espace géographique regroupant plusieurs communes à l'intérieur duquel la plupart des actifs résident et travaillent. On compte 306 zones d'emploi en France métropolitaine (Amar & Pereira, 2005; INSEE, 2020b).

⁹² Au sein de l'étude de la DREES de 2002, les autres variables caractérisant la zone d'emploi n'ont pas été significatives vis-à-vis de la probabilité de la réalisation d'une prescription médicamenteuse (Amar & Pereira, 2005).

souligné (Béjean et al., 2007). Ce lien peut s'expliquer en partie par des éléments sociologiques, les foyers avec des revenus supérieurs à la moyenne auraient des demandes de soins plus importantes, tout en étant associé à une plus grande capacité à payer (Béjean et al., 2007). A contrario, un contexte économique local défavorable, avec un taux de chômage élevé et des revenus moyens faibles, aurait une influence négative sur le coût des prescriptions médicamenteuses (Béjean et al., 2007). Cette réduction du coût de la prescription médicamenteuse peut s'expliquer par la volonté des médecins généralistes de réduire la part potentiellement à charge pour leurs patients. Cette justification rejoint celle mentionnée dans le paragraphe 2.2.2.1.2 ; les modalités de prise en charge complémentaire des patients seraient prises en compte par les médecins généralistes lors de leurs choix d'une prescription médicamenteuse.

L'effet de la densité médicale sur les pratiques de prescription médicamenteuse des médecins généralistes français varie selon l'impact de la densité mis en avant pour les patients et les médecins. Dans l'étude de Béjean et al., la densité médicale (à un niveau cantonal) a un effet négatif sur le nombre d'actes et le coût de prescription des médecins généralistes, l'augmentation de l'offre sur le territoire accroît le partage des prises en charge entre médecins généralistes, spécialistes et autres structures de soins auxquels le patient aurait plus facilement accès et certaines prescriptions onéreuses pourraient alors être assurées par d'autres que le médecin généraliste (Béjean et al., 2007). L'étude de Lancry de 1997 montre, pour sa part, que le niveau de prescription médicamenteux d'un médecin (montant moyen de la prescription par acte et par médecin) est influencé par la densité médicale à travers la notion de concurrence existante entre praticiens et se traduisant par des « standards locaux » de pratique d'autant plus contraignants que la densité est forte (Lancry & Paris, 1997), notion que nous développerons dans le paragraphe 2.3.4. L'étude de la DREES de 2002, n'a, quant à elle, pas montré de lien entre la densité médicale et la réalisation d'une prescription médicamenteuse, à état de santé donné des patients (Amar & Pereira, 2005).

Le lien entre la densité des médecins généralistes et les pratiques de prescription médicamenteuse a notamment été souligné dans une étude menée en Belgique, plus la densité médicale par habitant est élevée et plus le volume de médicaments prescrits est important à la fois par habitant et par consultation (Schaumans, 2015). Le lien entre densité médicale et prescription médicamenteuse a également été observé en France dans le cadre de la prise en charge plus spécifique de la rhinopharyngite aiguë, les médecins généralistes exerçant dans une zone à forte densité (supérieure à 135 médecins généralistes pour 100 000 habitants) prescriraient moins d'antibiotiques (Mousquès et al., 2003, 2010). Cependant, il n'y a pas eu d'explication avancée pour ce lien dans cette étude.

Les études présentées identifient une pluralité de déterminants de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes notamment la nature du diagnostic posé, des caractéristiques du patient comme son âge ou son genre, des facteurs en lien avec les modalités d'exercice du médecin ou le contexte du

territoire notamment la densité médicale. La contribution de certains de ces paramètres à la variabilité totale des pratiques a pu être quantifiée. À titre d'exemple, dans l'étude de Mousquès et al. portant sur la prescription d'antibiotiques, les déterminants caractérisant les actes et les patients n'ont pu expliquer qu'une faible part de la variance de cette pratique (4,5 %), ceux rattachés aux médecins et à leur exercice expliquaient pour leur part de 11 à 14 % de la variation totale (Mousquès et al., 2003). Aguado et al. de 2005 soulignent quant à eux que pour les patients adultes, la variabilité du coût de la prescription médicamenteuse était expliquée à hauteur de 35 % par le diagnostic loin devant l'effet de l'âge du patient (10,5 %) et celui du lieu d'exercice du médecin (1,8 %) (Aguado et al., 2008). Il est probable que l'intensité de l'impact d'un déterminant soit à son tour dépendante des pathologies, des médecins, des patients.

Ces approches empiriques de la prescription, par la multiplicité des déterminants mis en avant, par les relations souvent enchevêtrées qui existent entre ces déterminants, conduisent à appréhender la décision de prescrire comme une décision complexe, relevant sans doute de logiques et registres de motivation différents. L'analyse qui suit des décisions d'activité et de prescription des médecins est en mesure de donner du sens à tous ces déterminants.

2.3) Des cadres théoriques pour une décision complexe

L'économie de la santé a développé différents cadres théoriques pour expliquer des décisions d'activité des médecins libéraux (Béjean, 1999). Ils renvoient à une pluralité des registres de motivation du médecin. Bien qu'issues, nous allons le voir, d'hypothèses et parfois antagonistes quant à ce qui motive, influence le médecin dans son activité, ces approches sont à même conjointement d'éclairer l'activité de prescription si l'on considère que les médecins articulent, hiérarchisent différemment les logiques qu'elles impliquent selon les situations rencontrées. Elles concourent, à donner plus de lisibilité à une décision complexe comme la décision de prescrire.

2.3.1) La pratique de prescription médicamenteuse : un acte complexe sous influence

En tant qu'omnipraticien, les médecins généralistes sont amenés à gérer une diversité de situations cliniques pour lesquelles une prescription médicamenteuse peut être requise. La prescription des médecins généralistes peut concerner des maladies généralement bénignes (rhume, rhinopharyngite, gastro-entérite, reflux gastro-œsophagien, par exemple), dont la symptomatologie est largement connue et pour lesquelles les prises en charge sont balisées et l'incertitude plutôt faible. Cependant, les médecins généralistes sont également confrontés à des situations plus complexes (patients polypathologiques, âgés, addiction) pour lesquelles la prescription médicamenteuse est moins évidente avec une part de gestion de risques plus marquée.

La prescription médicale s'insère dans une relation « déséquilibrée » entre patients et médecins, en raison du déséquilibre entre les connaissances professionnelles du médecin prescripteur et le savoir

profane du patient (Arrow, 1963). Ainsi, la relation médecin-patient est constituée de deux référentiels distincts, ceux du patient et du médecin, parfois convergents, qui vont interagir selon des conceptions, croyances, valeurs, connaissances, attentes, et besoins respectifs de chacun (Collin, 1999).

Le déséquilibre de la relation médecin-patient est fort dans la décision de prescription, pour laquelle les connaissances du patient peuvent être considérées comme plus faibles, par exemple, celles sur les symptômes et les pathologies. Les médicaments étant majoritairement des biens dont l'acquisition nécessite une ordonnance, leurs prescriptions ne sont, en général, pas demandées directement par le patient mais correspondent à une demande secondaire, élaborée par le médecin au nom du patient. Le médecin peut être alors considéré comme l'agent du patient, en référence au cadre théorique de la théorie de l'agence (Feldstein, 1974). Il décidera pour lui des prescriptions qui lui conviennent. Comme le stipule la théorie de l'agence, compte tenu de l'asymétrie d'information entre le médecin et son patient et de l'incertitude des résultats de la prise en charge, le médecin peut respecter les attentes du patient, n'agir que pour son bénéfice ou utiliser son pouvoir discrétionnaire pour prendre des décisions à son propre avantage. Toutefois la décision du médecin peut, même dans ce cadre, intégrer des demandes personnelles des attentes du patient en référence à ses habitudes, ses craintes, ses goûts, son contexte de vie. La notion de « colloque singulier » est souvent employée pour traduire la singularité de la consultation médicale mais aussi le dialogue et la confiance qui doivent, en principe, s'instaurer dans les échanges comme dans les décisions.

La décision de prescription est aussi dépendante du contexte organisationnel du système de santé et des approches culturelles de la place du médicament dans les soins (prise en compte du coût de la prescription médicamenteuse au sein de la pratique médicale, place du médicament dans la prise en charge de certaines pathologies bénignes, etc.).

Cette décision peut être parcourue en modifiant les déterminants, les registres de la décision de prescription. Si on considère que la décision de prescription est uniquement fondée sur les savoirs médicaux et thérapeutiques, c'est alors uniquement la diversité des connaissances qui peut expliquer l'hétérogénéité des pratiques. Tout en tenant compte de cette prescription « scientifique », le médecin peut l'adapter aux demandes du patient, compte tenu de leur relation ou de ce qu'il sait de son comportement et de son mode vie. Le médecin peut aussi modifier la prescription, son intensité en nombre comme en symptômes couverts, en fonction de la manière dont il souhaite gérer son activité, son style de pratique, du temps qu'il souhaite donner au patient. Il peut enfin, nous l'avons vu dans les études présentées, intégrer le comportement de ses confrères, compte tenu de ses relations avec ses pairs et de possibles normes locales de pratique. L'hétérogénéité des pratiques sera alors répartie entre les patients, entre les médecins, entre les territoires.

Ces différentes logiques, dont les dynamiques sont distinctes par la genèse de leurs motivations et des objectifs visés, vont interagir et moduler la pratique des prescripteurs. Au sein de leur exercice, les

médecins généralistes pourront notamment choisir de les intégrer délibérément au sein de leur pratique ou d'y être contraints (incités) selon le contexte et les règles de leur activité.

À travers la prise en compte de tous ces éléments, l'acte de prescription de médicaments représente un acte complexe. Il est influencé par de multiples paramètres, des paramètres qui interagissent entre eux, dont la hiérarchie dans la prise de décision peut aussi s'adapter au cas par cas, au contexte médical, au patient et au médecin. La prescription dépend bien sûr des données cliniques du patient et du diagnostic, mais si elle ne relèverait que d'une *Evidence-Based Medicine*, elle devrait être conforme à celle élaborée par un logiciel de prescription. Les éléments précédents et la variabilité inter-médecins ou géographique des prescriptions montrent qu'elles intègrent bien d'autres logiques qui vont la moduler voire la configurer. Les cadres théoriques des décisions d'activité des médecins permettent de situer ces logiques et leurs références.

2.3.2) La relation médecin-patient comme cadre de référence

Le cadre de la relation médecin-patient offre plusieurs logiques sur la manière dont un médecin généraliste élabore sa prescription. Comme évoqué précédemment, la relation médecin-patient est une relation déséquilibrée (Batifoulrier et al., 2008) au sein de laquelle de nombreux facteurs rattachés à cette relation, notamment sociologiques et « subjectifs », vont intervenir tels que le poids de la demande exprimée par le patient, la symbolique du médicament et de l'acte (Collin, 1999). Ces éléments vont alors construire et conditionner la relation entre ces deux acteurs au sein de laquelle un « contrôle profane » du patient, notion instaurée par Freidson, s'exprimera plus ou moins fortement (Freidson, 1970).

Ce « contrôle profane » renvoie à la capacité du patient à la fois de juger de la pertinence du comportement du médecin, de lui faire des demandes pour sa prise en charge, de mettre en avant ses préférences. On parle ici de contrôle dans la mesure où le patient a la possibilité d'imposer, dans certaines circonstances ses choix, fort de la menace de désertier la clientèle du médecin (Le Pen, 2009). Ce « contrôle profane » pourra être guidé par différents critères notamment des indicateurs de qualité perçue du comportement et des décisions du médecin. La durée de la consultation est un indicateur de qualité pour le patient, notamment dans la gestion de cas complexes ou dans le cadre de prise en charge psychologique (A. Wilson, 1991; A. Wilson & Childs, 2002) et ce d'autant plus dans un système de rémunération des médecins généralistes à l'acte comme c'est le cas en France (Saint-Lary & Sicsic, 2015). Le fait de se voir prescrire des médicaments lors d'une consultation peut aussi être perçu par le patient comme un indicateur de qualité de la consultation (Schaumans, 2015). Le « contrôle profane » s'appuie aussi sur les propres connaissances du patient. Ces connaissances seront plus importantes dans la prise en charge de maladies chroniques ou récurrentes. Le patient connaît les prescriptions qu'il a déjà eues, qu'elles lui aient été données par le médecin qu'il consulte ou par un de

ses confrères. La fréquentation des sites d'information médicale est aussi aujourd'hui des sources pour anticiper la ou les prescriptions que le médecin « devrait » prescrire.

Dans le cadre de cette relation médecin-patient, de la possibilité du médecin de répondre ou pas aux attentes du patient, plusieurs logiques et contextes peuvent être analysés.

2.3.2.1) Répondre à l'attente des patients et valider sa légitimité professionnelle

Dans le cadre de la relation médecin-patient, la prescription médicamenteuse peut être instrumentalisée à des fins non médicales, lorsque le médecin se soumet au « contrôle profane » du patient pour ne pas altérer la relation médecin-patient (Bradley, 1992; Britten, 2004) ou pour légitimer sa position professionnelle au sein de cette relation (Rosman, 2010).

Ce « contrôle profane » des patients, qui peut s'exprimer par une demande explicite de médicaments de la part des patients ou être seulement ressentie en tant que telle par les médecins, témoigne d'une certaine pression sur la prescription dont les médecins généralistes font assez souvent état. Selon le quatrième panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale réalisé en 2016⁹³, 84 % des médecins généralistes français pensent que les patients attendent d'eux des prescriptions. Cette pression des patients sur les prescriptions concernerait principalement une demande de médicaments⁹⁴ (Delga et al., 2003). La demande des patients représenterait alors l'un des premiers motifs de prescription de médicaments⁹⁵ (Schwartz et al., 1989). Cette prescription médicamenteuse serait parfois réalisée contre le gré des médecins généralistes comme le montre l'étude IPSOS de 2005 dans laquelle 10,2 % des 46 % des médecins français interviewés, qui ressentaient une pression de prescription de la part de leurs patients, disent avoir fait une prescription médicamenteuse contre leur gré (IPSOS. Assurance Maladie, 2005).

Cette soumission des médecins aux demandes de médicaments des patients conduirait ainsi à des prescriptions de médicaments dont une grande partie semblent injustifiées⁹⁶ (Little et al., 2004; Tamblyn, 1996). Le manque de justification de la prescription médicamenteuse vis-à-vis de certaines prises en charge a d'ailleurs été souligné par l'étude IPSOS de 2005. 24 % et 27 % des prescriptions

⁹³ Le quatrième panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale s'est déroulé entre mai et septembre 2016. Au total, 2 038 médecins du territoire national ont été interrogés (Carrier, et al., 2017).

⁹⁴ Lors de cette évaluation menée à travers 599 consultations, la « pression de prescription » a concerné en premier lieu les médicaments (17,3 %), puis les actes de biologie (2,5 %) ainsi que les arrêts de travail (2,0 %). Les médicaments faisant le plus souvent l'objet d'une "pression de prescription" ont été représentés par les antalgiques (27,6 %), les anti-inflammatoires (non stéroïdiens et stéroïdiens) (17,1 %), les médicaments de la sphère gastro-entérologique (16,2 %), les anti-infectieux (14,3 %) ainsi que les vitamines et "antiasthéniques" (11,4 %) (Delga et al., 2003).

⁹⁵ Lors de cette étude rapportant les motivations de prescription de 141 médecins, la demande des patients était la raison la plus fréquemment invoquée par les médecins quant à la réalisation d'une prescription médicamenteuse (51 déclarations sur 110 réponses obtenues, soit 46 %) (Schwartz et al., 1989).

⁹⁶ Au sein de cette étude menée au Québec en 1996, il est ressorti que 68 % des patients âgés attendaient de recevoir une prescription à la fin de leur consultation, cette prescription n'étant justifiée que dans 45 % des cas de l'étude (Tamblyn, 1996). D'après une étude britannique menée auprès de 30 médecins lors de 847 consultations, les auteurs ont conclu qu'après le besoin médical, le sentiment qu'avaient les médecins vis-à-vis des attentes du patient, était le deuxième plus fort déterminant conduisant à la prescription d'une minorité de médicaments alors que le médecin pensait que ces prescriptions étaient à peine ou peu nécessaires (Little et al., 2004).

réalisées respectivement pour la prise en charge du rhume et des troubles du sommeil ne sont pas estimées nécessaires, et les médecins interviewés les auraient faites parce qu'ils avaient ressenti une attente des patients dans 58 % et 92 % des cas (IPSOS. Assurance Maladie, 2005). Toutefois, le ressenti de cette pression de prescription par le médecin généraliste peut être plus fort que la pression réelle comme le souligne une étude (Britten, 2004). En effet, les attentes envers la prescription médicamenteuse ne sont pas souvent explicitement énoncées par les patients et les médecins les supposent donc parfois plus qu'ils ne les entendent.

La réponse aux demandes, explicites ou pas des patients, peut dépendre du contexte de la consultation. Certaines situations complexes à gérer (personnes âgées, signes cliniques diffus générant une certaine incertitude face à la pose du diagnostic) peuvent être sources de mansuétude de la part du médecin généraliste afin de mieux contrôler la prise en charge de son patient et éviter un nomadisme médical pouvant lui être défavorable (Collin, 1999).

La prescription médicamenteuse a également une valeur symbolique autant pour le patient que pour le médecin et joue alors un rôle dans la relation médecin-patient (Collin, 2003). Les médecins généralistes peuvent percevoir la prescription médicamenteuse comme un moyen de légitimer leurs compétences médicales et thérapeutiques (Rosman, 2010). L'ordonnance matérialise alors la capacité du médecin à poser un diagnostic, à formaliser le fait qu'il a pris en compte la demande de soins du patient. Elle est le signe que le médecin a su mobiliser ses compétences pour trouver un traitement et répondre au besoin de soin du patient. Ainsi, à travers l'ordonnance, le médecin généraliste légitimise sa position de soignant.

Comme le souligne Dupuy, toute action de santé produit des résultats techniques tels que la diminution des souffrances, l'amélioration du confort physique du patient mais conduit également à des résultats non techniques comme la qualité de la relation entre le médecin et son patient (Dupuy, 1974). Lorsqu'un patient consulte et demande explicitement ou pas un traitement, sa demande traduit de manière sous-jacente la demande du traitement le plus performant possible. Si l'innovation thérapeutique symbolise la thérapeutique la plus efficace pour le patient comme pour le médecin, la prescription de médicaments innovants devient alors un moyen de répondre de manière efficace à l'attente du patient. Le rôle de la prescription de médicaments innovants ne sera pas uniquement lié à son impact thérapeutique en tant que tel mais à la fonction qu'elle joue dans la relation médecin-patient et à la réponse souhaitée par ces deux protagonistes (Dupuy, 1974; Lancry & Paris, 1997).

Le comportement des médecins généralistes face à une prescription qui pourrait être fortement influencée par la relation médecin-patient est différent selon les profils de prescripteurs et selon leurs objectifs. Les travaux de la sociologue Anne Vega⁹⁷ distinguent dans cet esprit plusieurs catégories de

⁹⁷ Lors de ces études sociologiques menées par Vega dont l'objectif était d'étudier le rapport des médecins généralistes à l'ordonnance, aux patients mais aussi aux autres professionnels, et de mettre à jour des processus et des logiques de

prescripteurs. Les généralistes dits « faibles prescripteurs » basent leur relation avec leurs patients sur la communication ainsi que sur la notion de partenariat et voient dans leurs patients des acteurs de leur prise en charge, intégrant notamment un temps d'écoute et d'éducation dans cette relation (Vega, 2012b, 2012c). À l'inverse, les médecins généralistes caractérisés comme les « plus prescripteurs » ont tendance à imposer leurs connaissances aux patients à travers des jugements normatifs avec une approche plus ou moins verticale et à maintenir ainsi une certaine distance avec ces derniers (Vega, 2012b, 2012c).

La prise en considération de l'innovation thérapeutique médicamenteuse au sein de la relation médecin-patient peut être aussi différente selon le profil des prescripteurs. La place de l'innovation pourrait avoir plus d'impact sur la relation si le médecin est favorable à l'innovation et a une vision plutôt positive des médicaments en minorant leurs effets indésirables. Une étude anglaise a notamment montré que l'innovation thérapeutique était accueillie différemment selon le profil des prescripteurs. Les médecins « gros prescripteurs » ont un accueil plus favorable à l'innovation, privilégiant les bénéfices potentiels et prescrivent notamment pour se faire une opinion (Prosser et al., 2003). À l'inverse, les médecins caractérisés comme « faibles prescripteurs » considèrent qu'un nouveau médicament est dans une phase expérimentale et ces derniers préfèrent attendre avant de le prescrire, choisissant d'utiliser des produits anciens dont ils connaissent leurs effets (Prosser et al., 2003).

À partir de toutes ces observations, nous pouvons ainsi projeter que les médecins dits « faibles prescripteurs » seraient moins sujets à accéder aux demandes de prescription de leurs patients, notamment celles concernant des médicaments innovants, basant leur relation avec le patient sur l'écoute plutôt que sur une réponse immédiate aux attentes. Mais certaines situations (risque de nomadisme, addiction) pourraient les amener à accepter le « contrôle profane » du patient dans une volonté de lui fournir des soins requis. Les médecins les plus prescripteurs maintiendraient une certaine distance avec les demandes des patients mais admettraient le « contrôle profane » du patient pour la demande d'un médicament innovant, prescription pour eux sans obstacle et qui pourrait compenser les limites relationnelles avec leurs patients.

2.3.2.2) Créer et consolider la relation dans un contexte territorial concurrentiel

L'inscription de la prescription dans la nature relation médecin-patient peut être modulée par le contexte du territoire.

Exerçant dans un contexte libéral et concurrentiel, les médecins français évoquent une double difficulté au moment de l'installation : créer et fidéliser la clientèle et assurer la pérennité financière de leur cabinet. Les deux étant liés, un des moyens dont disposent les jeunes médecins généralistes va

comportements, 30 médecins généralistes ont été interrogés sur leurs parcours professionnels, leurs difficultés au travail, leurs motivations et trajectoires personnelles. Parmi eux, 18 praticiens ont été particulièrement suivis et 10 ont été observés au sein de leurs consultations et/ou de leurs visites à domicile pour analyser leur pratique effective et les interactions avec les patients. Au total, environ 550 consultations et 50 visites à domicile ont été suivies (Vega, 2012a).

être la prescription médicamenteuse. Elle va se révéler indispensable pour maintenir ce lien avec le patient notamment lorsque la relation sera instaurée et stabilisée (Rosman, 2010). Dans ce contexte d'exercice libéral, la prescription médicamenteuse sera d'autant plus un moyen de capter le patient que la concurrence entre praticiens est élevée. En effet, plus la densité médicale est élevée et plus le patient peut être amené à consulter plus aisément d'autres confrères généralistes, comme observé par Béjean et al. (Béjean et al., 2007) avec la notion de partage d'un marché local. La crainte de perdre un patient peut alors intervenir et conduire à lui donner satisfaction en termes de produits prescrits.

En abordant le marché ambulatoire comme un marché de concurrence monopolistique (Béjean, 2009), on peut aussi considérer que les médecins se différencient par leur pratique de prescription et que les patients choisiront leur médecin aussi en fonction de sa pratique de prescription, que le médecin aura du mal à faire évoluer sans craindre de perdre sa patientèle. La connaissance des pratiques des professionnels doit pour cela circuler entre les patients et la crainte de voir ses patients désertir exister, la densité médicale du territoire peut ici jouer un rôle clé. Le « contrôle profane » lié à la concurrence serait alors d'autant plus fort dans un contexte de forte concurrence entre médecins. Toutefois, dans un contexte de densité médicale importante, un praticien qui exerce de manière isolée (ex : cabinet privé) pourrait être plus sujet au « contrôle profane » du patient que dans un contexte d'exercice de groupe (Collin, 1999; Freidson, 1970) où des « standards locaux » peuvent exister ; concept mis en avant dans l'étude de Lancry et Paris que nous développerons plus loin au paragraphe 2.3.4.

2.3.2.3) Une relation dans un contexte culturel et organisationnel

La nature de la relation médecin-patient peut varier selon les pays en raison d'attentes différentes des médecins comme des patients et d'une perception aussi différente de la place du médicament dans les soins.

Alors que 46 % des médecins français interviewés lors de l'étude IPSOS de 2005 déclarent ressentir une pression de prescription de la part de leurs patients, ce ne sont que 36 % des médecins généralistes allemands ou espagnols, et seulement 20 % des généralistes néerlandais interviewés, qui faisaient part de ce type de pression (IPSOS. Assurance Maladie, 2005). Cette pression moindre ressentie se traduit par une estimation moins importante du pourcentage de prescriptions réalisées contre leur gré (7,7 % en Allemagne ; 6,2 % en Espagne, 5,6 % aux Pays-Bas contre 10,2 % des prescriptions en France) (IPSOS. Assurance Maladie, 2005). Ces différences de perceptions et de réponses données à la demande des patients peuvent s'expliquer notamment par des attitudes et des attentes différentes vis-à-vis de la relation thérapeutique selon ces différents pays.

Un comportement de prescription dit de « restriction » a pu être observé dans certains pays comme aux Pays-Bas où les médecins gardent un certain « scepticisme » à l'égard du médicament et orientent leurs compétences et leur légitimité médicale vers leur capacité à écouter, à rassurer et à conseiller le patient (Rosman, 2010). Au sein d'autres pays comme la France, les médecins généralistes vont plutôt

aborder leur exercice avec une logique de « réparation instantanée » avec l'utilisation du médicament (Rosman, 2010). Ainsi, notamment pour les médecins les plus prescripteurs, ces praticiens auront tendance à médicaliser les maux bénins, comme le fait de prescrire des médicaments ou des antibiotiques pour un rhume mais également de traiter préférentiellement certaines affections comme les troubles psychiques par des médicaments, alors qu'une psychothérapie pourrait suffire (Vega, 2012a). Une approche culturelle différente du soin chez les médecins peut être donc un premier élément en mesure d'expliquer ces différences.

L'approche culturelle des patients quant au médicament est un deuxième élément qui donne du sens aux différences observées entre pays. 80 % des patients français interviewés lors de l'enquête IPSOS de 2005 estiment que les consultations ne devraient pas forcément se terminer par une ordonnance de médicaments (contre 91 % des patients hollandais interrogés) ; la satisfaction exprimée par les patients français qui n'ont pas eu de prescription au terme de leur consultation est toutefois plus élevée que celle des patients des autres pays⁹⁸. D'ailleurs, dans ce sondage, 86 % des patients français interviewés déclarent qu'ils ont confiance dans un médecin qui ne leur prescrirait aucun médicament à la fin de la consultation (IPSOS. Assurance Maladie, 2005). Les attitudes des patients en France, ne paraissent pas les disposer *a priori* à une plus forte consommation médicamenteuse, qui demeure pourtant une réalité.

Il existe une forme de décalage entre les attentes réelles des patients, en particulier pour certaines classes de médicaments, et les attentes supposées par les médecins⁹⁹. Les médecins analysent la satisfaction de leurs patients de ne pas recevoir de prescriptions comme celle d'un signe d'absence de maladie (IPSOS. Assurance Maladie, 2005). En ce sens, l'absence d'une ordonnance n'apparaît pas dans l'étude IPSOS comme un motif de détérioration de la relation médecin-patient. Pourtant d'autres travaux laissent entendre que l'attachement à l'ordonnance en France est sans doute supérieur. Il serait dû à une croyance profondément ancrée dans notre société dans les progrès de la médecine, à une vision « optimiste » des médicaments chez la plupart des médecins généralistes ainsi qu'au fait que l'acte de prescrire un médicament est perçu comme la reconnaissance de l'état pathologique du patient (Rosman, 2010; Vega, 2012c).

Si la dimension culturelle, symbolique, du médicament varie selon les pays et change les attentes des patients et des médecins, les modalités de rémunération des médecins généralistes ont aussi des particularités nationales qui vont peser sur leur comportement et leur relation au patient.

⁹⁸ Au cours de ce sondage, les patients qui ne se sont pas vu prescrire de médicament lors de l'une de leurs dernières consultations se sont déclarés, dans tous les pays, très majoritairement satisfaits par la décision du praticien. En France, cette satisfaction a paru plus élevée encore, avec 53 % des patients qui se sont déclarés « *tout à fait satisfait* », plus qu'en Espagne (38 %) ou aux Pays-Bas (30 %), et moins qu'en Allemagne (73 %) (IPSOS. Assurance Maladie, 2005).

⁹⁹ Les médecins interrogés dans les différents pays ont perçu une forme d'ambivalence des attitudes de leurs patients. Ils ressentaient d'une part la pression de prescription et d'un autre côté la sensibilité de leurs patients à un discours médical éclairé notamment vis-à-vis du bon usage thérapeutique (IPSOS. Assurance Maladie, 2005).

Dans les différents pays européens, les modes de rémunération des médecins généralistes relèvent de trois grands modes de rémunération : la rémunération fixe (salarial) qui correspond à un paiement forfaitaire pour un temps de travail donné, indépendamment de l'intensité de l'activité pendant ce temps de travail ; la rémunération à l'acte qui est un paiement en fonction du nombre de consultations du médecin ; et la capitation qui consiste à verser au médecin une somme forfaitaire déterminée par le nombre de patients du médecin et de leurs caractéristiques sociodémographiques (Albouy & Déprez, 2009; Paris & Devaux, 2013). Ces modes de rémunération sont souvent assortis de règles spécifiques et d'autres modalités complémentaires de paiement, et la réalité de la rémunération des médecins est souvent bien plus complexe que ne le laisse penser son mode dominant. Il est toutefois intéressant d'exposer l'impact que peut avoir *a priori* chacun de ces modes de rémunération sur la relation médecin-patient et la pratique de prescription.

Le modèle de paiement à l'acte est principalement utilisé dans la plupart des pays européens avec assurance maladie comme en Allemagne, en Belgique, en France et en Suisse, pays dans lesquels les médecins généralistes sont des travailleurs indépendants (Paris & Devaux, 2013). Ce mode de rémunération peut inciter les praticiens à satisfaire les attentes médicamenteuses des patients et à adopter des comportements de prescription où le « contrôle profane » du patient sera pris en considération, notamment lorsque le patient a le choix entre plusieurs praticiens. De plus, lorsque le paiement direct du médecin par le patient conclut la consultation, le patient-payeur a, au moins un instant, une position dominante qui favorise son « contrôle profane ».

La capitation, représentant la rémunération de base des médecins anglais et néerlandais (Albouy & Déprez, 2009), est une autre modalité de rémunération qui incite les médecins généralistes à satisfaire les attentes des patients notamment vis-à-vis de la qualité perçue et attendue (Paris & Devaux, 2013). Cependant, l'effet de ce type de rémunération dépend fortement des modalités de fonctionnement de la capitation (responsabilité ou non du budget global, etc.). Ne pas être responsabilisé sur le niveau des dépenses médicamenteuses peut conduire les médecins à satisfaire les attentes de leurs patients même lorsque celles-ci ne sont pas justifiées, de peur que leurs patients ne changent de médecin traitant. À l'inverse, si le médecin généraliste est responsable d'un budget global, comme c'est le cas au Royaume-Uni (le forfait qu'il touche par patient inclut les médicaments prescrits), il peut être au contraire incité à rationner ses prescriptions médicamenteuses (Albouy & Déprez, 2009).

Pour sa part, le salarial, institué en Espagne ainsi que dans des pays scandinaves comme la Suède et la Finlande (Paris & Devaux, 2013), est une modalité de rémunération qui permet aux médecins généralistes de se détacher plus facilement du « contrôle profane » du patient n'ayant plus à craindre une diminution de sa patientèle. Si la durée de consultation apparaît comme un indicateur de qualité pour le patient, ce mode de financement peut alors donner la faveur à la durée de consultation au détriment de la réalisation d'une prescription médicamenteuse.

Les deux dernières modalités de rémunération (capitation et salariat) n'étant pas associées à une rémunération attribuée lors de la consultation, permettent notamment de mieux dissocier l'acte médical du règlement financier de la pratique du médecin, ce qui constitue un mécanisme de protection : la relation avec le patient reste purement médicale sans qu'une ambiguïté commerciale ne puisse être introduite (Rosman, 2010). Le choix de la prescription s'increrait alors aussi dans une logique plus sanitaire.

Tous ces éléments montrent dans quelle mesure les comportements de prescription influencés par le « contrôle profane » du patient au sein de la relation thérapeutique médecin-patient peuvent être déterminés et conditionnés par de multiples périmètres.

Si le médecin peut être attentif à l'importance de sa relation avec le patient, il peut aussi de façon plus utilitariste et opportuniste rechercher ses propres intérêts lorsqu'il décide de la prescription de son patient.

2.3.3) L'adoption d'une logique « optimisatrice » pour choisir sa pratique

La relation « déséquilibrée » entre médecins et patients, lui laisse la possibilité de la manipuler à son profit, comme le postule la théorie de l'agence. L'élaboration de la prescription relève alors d'un choix autonome, celui du médecin, et non plus d'une décision construite dans une interaction, comme dans le paragraphe précédant.

Il s'agira pour le médecin d'optimiser ses pratiques de prescription, pour qu'elles répondent au mieux à ses objectifs personnels, objectifs qui pourraient se différencier de l'intérêt ou des attentes du patient en termes de prescription. Le médecin peut chercher à maximiser ses revenus, ou au moins à atteindre un revenu cible, à minimiser son effort, à minimiser l'incertitude ou le risque associé au traitement. Cette optimisation par le médecin de sa pratique ne se fait pas sans limite, l'éthique ou la déontologie interdisent de nuire au patient mais le contexte concurrentiel et les modes de rémunération vont aussi contraindre les stratégies possibles.

2.3.3.1) Un objectif de maximisation des revenus ou de minimisation de l'effort

Dans le cadre du paiement à l'acte, si le médecin généraliste est un individu rationnel souhaitant maximiser son revenu par rapport à ses conditions d'exercice, il va chercher à optimiser son temps de travail par rapport à son temps libre afin d'obtenir une rémunération optimale en fonction de sa contrainte temps (Saint-Lary et al., 2015; Samson, 2009).

Pour la plupart des médecins généralistes français qui font partie du secteur 1, avec donc un tarif de l'acte fixe, leur rémunération est déterminée en grande partie par leur nombre d'actes. Pour un temps de travail donné, le médecin qui veut augmenter son revenu, pourra augmenter son nombre d'actes en diminuant le temps de chaque consultation. La prescription médicamenteuse et son contenu peuvent

alors compenser un temps de consultation volontairement réduit, rejoignant ainsi l'hypothèse avancée par Lancry de la substitution du temps de la consultation par la réalisation d'une prescription médicamenteuse (Lancry & Paris, 1997).

Cette substitution pourra être plus facilement adoptée au sein de certaines prises en charge. On peut citer la prescription d'antibiotiques, il est par exemple plus rapide de prescrire un antibiotique plutôt que de prendre le temps de réaliser un test angine lors d'une consultation. La prescription de psychotropes lors de la prise en charge de pathologies psychologiques ou psychiatriques est aussi un bon exemple. Le médecin choisit l'option la moins consommatrice de temps, la prescription peut alors écourter le temps d'écoute du patient (Mousquès et al., 2003; Vega, 2012c; Ventelou et al., 2005).

Cette stratégie peut être amplifiée par le profil du prescripteur. Comme l'a observé la sociologue Anne Vega, certains médecins sont venus à la médecine pour « travailler confortablement », avoir « une bonne qualité de vie », voire pour « faire du chiffre » (Vega, 2012c). Ainsi, cette catégorie de médecins sera d'autant plus sensible à rapidement prescrire pour mettre fin à des échanges jugés dénués d'intérêt ou considérés comme éprouvants (Vega, 2012c). Dans ses analyses, Vega constate que les médecins caractérisés comme « gros prescripteurs » optimisent leur temps de travail en cadrant leurs consultations, les rendant toujours très courtes quels que soient les problèmes des patients, et privilégient notamment les patients dits « rapides » (Vega, 2012c). Cette démarche de compensation de la durée de la consultation par la rédaction d'une prescription médicamenteuse sera d'autant plus acceptée que le médicament a une connotation positive pour le médecin comme pour le patient.

La prescription médicamenteuse peut également être utilisée par les médecins généralistes pour optimiser, ici minimiser, le risque ou l'incertitude auxquels ils font face dans leur diagnostic ou leur traitement. En effet, dans son cheminement intellectuel pour définir la démarche thérapeutique à mettre en place, le médecin doit intégrer et anticiper les risques et les conséquences non souhaitées. Face à des situations complexes à gérer notamment dans le cas de pathologies chroniques ou lorsque les signes cliniques ne permettent pas au médecin de poser un diagnostic de manière aisée, la prescription choisie peut lui permettre de gérer l'incertitude de la prise en charge. Le médecin peut notamment prescrire dans un premier temps un médicament quitte à revoir le patient dans un second temps afin de réévaluer le diagnostic posé initialement si la première thérapeutique n'est pas efficace. Ce comportement de prescription rejoint notamment l'observation effectuée dans l'étude d'Amar et al. dans laquelle les médecins ont tendance à prescrire plus souvent un médicament mais en moins grande quantité lorsque le diagnostic est probable mais pas certain (Cf paragraphe 2.2.2.1.1.). Le médicament répondrait alors au doute du médecin en l'absence de formation à l'incertitude (Gallois, 2010).

Le contenu de la prescription médicamenteuse peut aussi chercher à réduire rapidement les symptômes présents ou susceptibles d'apparaître, dans une logique « un médicament-un symptôme », que ce soit pour prévenir des risques organiques ou pour éviter d'éventuels symptômes à venir (Vega, 2012c).

Cette utilisation anticipatrice et extensive du médicament sera plus utilisée chez les médecins ayant une perception majorée des risques encourus par le patient ; chez des médecins pouvant être caractérisés comme de « gros prescripteurs », cette prescription « anticipée » leur permettrait également de se rassurer et de se prémunir sans trop d'efforts des risques supposés et redoutés notamment suite à des expériences de pratiques malheureuses vécues (Vega, 2012c).

2.3.3.2) L'adaptation à la demande du territoire

L'adoption d'une logique qualifiée d'« optimisatrice » dans sa pratique de prescription peut être non pas un choix délibéré du médecin mais être une contrainte face à une forte demande de prise en charge. Les conditions d'exercice des médecins et leur liberté d'installation ont entraîné une répartition inégale de ces derniers sur le territoire national (Anguis et al., 2018). La sous-densité médicale sur certains territoires va augmenter la patientèle du médecin, et intensifier sa charge de travail. Les choix présentés dans le paragraphe précédent, raccourcir le temps de consultation et le substituer par une ordonnance plus fournie, est alors une solution qui s'impose pour pouvoir accueillir plus de patients. Les liens observés entre densité médicale, temps de consultation et intensité de la prescription trouvent ici une autre interprétation.

Certaines études ont abordé cet aspect en étudiant le lien entre densité médicale et durée des consultations mais également entre durée des consultations et prescription médicamenteuse. Ainsi, dans des zones peu denses d'un point de vue médical, plusieurs études montrent que les médecins ont effectivement un temps de travail plus important avec une patientèle plus élevée (Béjean et al., 2007; Jakubovitch et al., 2012).

En admettant que lorsqu'un médecin fait plus d'actes, il prescrit plus de médicaments par acte (Lancry & Paris, 1997), une densité médicale faible de médecins conduirait alors à un volume de prescriptions plus élevé. Le surmenage induit par ces conditions d'exercice et cette charge de travail importante pourrait par ailleurs renforcer le réflexe « ordonnance-médicament » (Vega, 2012a). Toutefois, il n'est pas certain qu'une intensification de la densité médicale, conduise à l'inverse nécessairement à une activité moins dense et donc à une baisse du volume de prescriptions. En effet, l'hypothèse d'induction de la demande, prédit que les médecins, du fait de leur pouvoir discrétionnaire ont la possibilité d'augmenter la demande de soins au-delà de ce qui serait nécessaire, de maintenir voire d'augmenter leur activité, en faisant par exemple revenir plus souvent leurs patients (Delattre & Dormont, 2000; Dormont & Samson, 2019). Si ce comportement inducteur est avéré, l'augmentation de l'activité pourrait alors conduire à un volume de prescriptions médicamenteuses plus important mais qui de nouveau serait un choix (Albouy & Déprez, 2009).

Ainsi, que ce soit par un choix délibéré ou en réponse au contexte du territoire d'exercice, la prescription médicamenteuse interviendrait pour permettre d'augmenter le nombre d'actes et/ou

faciliter la décision thérapeutique. Cependant, cette augmentation de la prescription dépend en grande partie du mode de rémunération des médecins généralistes.

2.3.3.3) L'influence des modalités de rémunération des médecins généralistes

La littérature empirique conclut que dans l'ensemble, les médecins sont sensibles aux incitations produites par les différents schémas de rémunération, et qu'ils modifient leur pratique dans le sens de ces incitations (Albouy & Déprez, 2009; Saint-Lary et al., 2015). Nous avons déjà exposé au paragraphe 2.3.2.3. l'influence que les modes de rémunération pourraient avoir sur la relation médecin-patient. Ils peuvent aussi modifier le comportement optimisateur du médecin, notamment celui concernant la prescription.

Nous avons déjà présenté, paragraphe 2.3.2.3, trois types de rémunérations coexistantes à travers les différentes modalités de rémunération des médecins généralistes au sein des pays européens ; chacune d'entre elles ayant des effets propres sur les comportements de prescription médicamenteuse des médecins généralistes. Dans la plupart des pays, ces trois modes de paiement coexistent, mais interviennent à travers des proportions variables ce qui permet d'en atténuer les effets.

En France, la réforme du médecin traitant a permis de compléter la rémunération à l'acte des médecins généralistes par des rémunérations forfaitaires qui correspondent en 2019 en moyenne à 15 % de leur rémunération (contre 6 % en 2010) (DREES, 2020b). En Espagne où les médecins généralistes sont salariés dans des centres de santé publics, leur salaire est ajusté par une capitation qui représente environ 15 % de leur revenu et qui permet de prendre en compte la densité, la dispersion géographique ainsi que la structure d'âge de la population traitée (Paris & Devaux, 2013). D'autres pays présentent un système de rémunération sophistiqué. L'Allemagne intègre un paiement à l'acte plafonné dans un schéma global de capitation (Albouy & Déprez, 2009) alors que le Royaume-Uni et les Pays-Bas intègrent, pour leur part, la capitation comme modalité initiale de rémunération, rémunération complétée soit par du salariat (Royaume-Uni) ou par du paiement à l'acte (Pays-Bas) (Albouy & Déprez, 2009).

Les stratégies précédentes qui aboutissaient à une augmentation de la prescription pour pouvoir augmenter le nombre d'actes seront d'autant plus fréquentes et fortes que le niveau de rémunération dépendra du nombre d'actes. Ce sera le cas pour la rémunération à l'acte et surtout dans le cas où le tarif de l'acte est fixe. Dans le cas contraire, lorsque le médecin peut à la fois jouer sur son volume d'activité et sur le tarif de l'acte, ses arbitrages seront fonction de sa capacité à imposer un prix au patient, l'augmentation des tarifs pouvant être favorisé car n'impliquant pas un effort accru ni un sacrifice plus fort de son temps de loisir. Dans ce cas le paiement à l'acte n'inciterait pas, indirectement, à prescrire plus. En France les médecins conventionnés en secteur 2 dit aussi « à honoraires libres », peuvent jouer sur des stratégies de volume d'activité et de prix pour maximiser leur revenu ou atteindre leur revenu cible (Bellamy & Samson, 2010). On constate effectivement

empiriquement que ces médecins ont une moindre prescription, tant en fréquence qu'en coût (Amar & Pereira, 2005; Béjean et al., 2007; Pilorge, 2016b). À notre connaissance, aucune étude en France ne prouve que leur durée de consultation soit plus longue, cela ne reste donc qu'une hypothèse pour expliquer leur niveau de prescription. D'autant plus que d'autres interprétations sont possibles, par exemple chez les omnipraticiens, les médecins en secteur 2 sont souvent des médecins à exercice particulier (ONDPS, 2008) comme des homéopathes ou des acupuncteurs, avec donc des orientations thérapeutiques en partie non médicamenteuses.

De façon plus générale, quelque soit le niveau de densité médicale, la littérature sur les comportements d'offre de soins et les revenus des médecins de ville montre que le paiement à l'acte encourage la fourniture de services. À travers le système de tarification à l'acte, les médecins peuvent ainsi être incités à faire revenir leurs patients pour une consultation de suivi plus tôt que nécessaire d'un point de vue strictement médical (Dormont & Samson, 2011) ce qui pourra conduire dans le même temps à des prescriptions médicamenteuses supplémentaires.

Le salariat et la capitation permettent de déconnecter la rémunération du nombre d'actes réalisés. La substitution entre le temps de consultation et l'ordonnance n'est donc pas justifié. Dans la capitation, même si le médecin peut être incité à avoir une patientèle plus nombreuse, il n'est pas incité à lui prodiguer plus d'actes. Par contre, la stratégie d'utiliser plus et plus facilement la prescription médicamenteuse pour minimiser son effort reste envisageable dans ces deux modes de rémunération, qu'il s'agisse de raccourcir l'écoute des patients ou le temps de recherche de la décision thérapeutique, de minimiser l'incertitude d'un traitement plus restreint ou de l'évolution du patient. Le médecin pourrait alors d'autant plus minimiser son effort que la désertion de patients mécontents ne changera pas, du moins à court terme, son revenu (dans la capitation les listes sont fixes pendant un certain temps). L'inclusion dans le paiement de la capitation d'un budget de prescription enlève tout intérêt à cette stratégie (Albouy & Déprez, 2009).

Ces analyses montrent que, dans leur pratique de prescription, les médecins généralistes peuvent adopter des comportements optimisateurs et rechercher leur propres objectifs. Dans tous les cas présentés, ils aboutiront à augmenter le volume de leur prescription médicamenteuse. Mais les médecins sont aussi ensermés dans des normes et des relations professionnelles qui peuvent influencer directement leur comportement de prescription ou indirectement impacter leur relation avec le patient comme leurs possibilités « stratégiques ».

2.3.4) L'influence des normes professionnelles et des relations entre pairs

Certaines études comme celle de Lancry et al. et de Béjean et al. ont mis en évidence l'existence de pratiques standardisées, nommées « standard locaux » (Béjean et al., 2007; Lancry & Paris, 1997). Ces « standards locaux » renvoient à des comportements homogènes issus d'un ajustement de la pratique

individuelle des médecins à la pratique moyenne de leurs confrères que ce soit au sein d'un territoire, assez étendu ou proche ou dans la structure d'exercice (Lancry & Paris, 1997).

De façon plus descendante des normes de pratiques, des recommandations sont diffusées dans la profession. Elles peuvent émaner de sociétés savantes, d'organisations professionnelles ou d'institutions de référence pour la qualité des soins. Ces standards et ces normes peuvent notamment concerner les pratiques de prescription médicamenteuse. Leur adoption par un professionnel représenterait pour lui différents avantages, disposer d'une référence pour des décisions entachées d'incertude voire d'indétermination, s'adapter au contexte du territoire notamment en termes de concurrence sur le marché ambulatoire local, ils concrétisent aussi l'impact de l'appartenance à un groupe professionnel.

2.3.4.1) Lever l'incertitude et se conformer à des standards de pratique

Suivre des normes ou des standards de pratique est un moyen pour prendre plus facilement une décision. Le médecin diminue ainsi la charge mentale associée à ses décisions.

Lorsque que les normes sont descendantes, établies à des niveaux nationaux ou internationaux, elles véhiculent à un instant donné l'état des connaissances et un accord intersubjectif sur ce qui doit être fait, décidé pour les patients. L'adhésion à ces normes dépendra de la reconnaissance que le médecin aura pour l'institution qui les aura émises. Dans certains pays comme aux Pays-Bas où les médecins disposent de plus de 80 standards de prescription qui couvrent toutes les pathologies traitées en médecine générale (Rosman, 2010), les pratiques de prescription vont être assez normées rendant le non-respect à ces règles moins évident¹⁰⁰. En France, bien que la grande majorité des recommandations relatives aux pathologies prises en charge en médecine générale ne relevaient pas encore récemment de recommandations officielles, des recommandations de bonne pratique commencent depuis quelques années à être émises par la HAS, parfois en collaboration avec des sociétés savantes, pour permettre de guider la pratique des médecins généralistes dans leur exercice. À titre d'exemples, nous pouvons citer les recommandations relatives au choix et à la durée de l'antibiothérapie dans la cystite aiguë simple ou encore la prise en charge du patient présentant une lombalgie commune (HAS, 2019a, 2021).

Des normes locales peuvent également exister, notamment pour la prescription. De façon empirique, la longueur ou le coût moyen de l'ordonnance peuvent être différents d'une région à l'autre, d'un canton à l'autre (Béjean et al., 2007; Lancry & Paris, 1997). Comme les normes précédentes, elles peuvent lever l'incertitude de certaines décisions ou permettre sans réflexion de cadrer ses pratiques. Ces normes locales peuvent venir de la formation initiale des médecins, les pratiques transmises sont

¹⁰⁰ D'autre part, durant leur formation, la majorité des médecins hollandais ont été sensibilisés à ces recommandations qui ont émergé dans les années 80 et qui ont été élaborées par le collège de médecins généralistes (NHG) (Rosman, 2010).

parfois hétérogènes entre universités ou établissements hospitaliers, et les médecins s'installent souvent près de leur lieu de formation.

Les normes locales peuvent aussi se construire de façon plus spontanée et ascendante. Des informations sur les pratiques des professionnels circulent entre médecins, directement lors de leurs échanges, indirectement par les informations que s'échangent les patients et qu'ils restituent ensuite au médecin. Par exemple, si beaucoup des confrères géographiquement proches d'un médecin prescrivent des médicaments anxiolytiques ou acceptent de renouveler une ordonnance sans revoir le patient, le médecin ne se posera pas la question, puisque ses confrères le font, c'est possible, non problématique donc il le fera. La norme a ici un statut de référence, elle va se construire progressivement, s'imposer, mais elle peut aussi évoluer dans le temps.

La participation à des groupes de pratique tels que les groupes de pairs sont des lieux de diffusion des normes descendantes comme des normes locales. Les groupes de pairs peuvent être identifiés à des Groupes d'Analyse de Pratique entre Pairs (GAPP) avec la réalisation d'une démarche collective réunissant des médecins généralistes volontaires d'une même zone géographique ayant pour but de travailler sur leurs pratiques professionnelles. Dans cette démarche, les médecins participants peuvent connaître les pratiques de leurs confrères, adopter celles qui améliorera leur propre pratique, et trouver ainsi des réponses à certaines problématiques ou des façons de lever une incertitude lorsque des recommandations descendantes n'existent pas.

L'appropriation et la diffusion de normes de prescription peut dépendre du profil des prescripteurs. Les études de Vega ont mis en évidence que les « gros prescripteurs » sont moins portés à parler de leurs pratiques à leurs confrères, se contentant seulement de constater leurs « écarts » (Vega, 2012b). A contrario, les médecins généralistes caractérisés comme « faibles prescripteurs » auraient gardé l'habitude de partager leurs décisions avec d'autres professionnels notamment avec leurs pairs, en particulier lors de prises en charge complexes telles que la prise en charge de patients psychiatriques ou souffrant d'addiction (Vega, 2012b). Cette catégorie de médecins peuvent même accepter de discuter leurs ordonnances avec leurs confrères, fortement guidés par un désir de qualité des soins (Vega, 2012b).

Ainsi, l'adoption d'une logique de prescription assimilant l'intégration de normes professionnelles locales peut être recherchée délibérément par les médecins généralistes afin de répondre à leurs propres objectifs (gestion de l'incertitude, amélioration des pratiques professionnelles). Cependant, le rattachement des comportements de prescription aux normes locales peut être subi dans un but d'adaptation au marché, notamment pour faire face à la concurrence sur le territoire.

2.3.4.2) Réagir à l'état du marché ambulatoire

La conformité à un standard local en matière de prescription médicamenteuse peut aussi être analysée comme une adaptation des médecins généralistes aux structures du marché (Lancry & Paris, 1997). A contrario de la production de biens et de services traditionnels où face à la concurrence, l'offreur cherche à diversifier sa production, le médecin généraliste va, dans le cadre de son exercice et plus spécifiquement celui de la prescription médicamenteuse, rechercher à répondre au respect de la norme locale (Lancry & Paris, 1997). Si un médecin prescrit différemment, c'est au risque de voir sa patientèle se détourner de lui pour aller vers d'autres confrères. Ainsi, s'il prescrit moins que ses confrères, sa prescription pourrait être perçue comme moins efficace. À l'inverse, une prescription plus importante pourrait le faire percevoir comme un professionnel peu certain du traitement à prescrire ou peu soucieux des impacts d'une surconsommation médicamenteuse chez ses patients (Lancry & Paris, 1997).

Les normes de pratique dans la prescription médicamenteuse des médecins généralistes sont d'autant plus opérante que la concurrence entre médecins généralistes sera forte (Lancry & Paris, 1997). Les médecins généralistes sont plus sensibles aux « standards locaux » dans les grandes villes où la concurrence est plus forte que dans les plus petites communes. Ceci peut sembler étonnant puisque les praticiens exerçant en ville ne se connaissent pas ou très peu à l'inverse des petites communes où les pratiques professionnelles sont rapidement connues. Les investigations menées par Lancry pour répondre à cette question concluent sur le rôle important que le « contrôle profane » du patient pourrait jouer. Sur un territoire où un nombre relativement conséquent de médecins exercent, le patient qui a parfois recours à différents praticiens va véhiculer des informations sur les pratiques des uns et des autres, et demander une relative conformité dans les pratiques du médecin par rapport à celles qu'il a observées chez ses confrères. Dans les grandes communes où la concurrence entre médecins généralistes est beaucoup plus forte que dans les petites communes, les praticiens plus sensibles au contrôle qu'exerce la patientèle sur leur pratique, accepteront ces demandes et adopteront donc effectivement les mêmes pratiques que leurs confrères (Lancry & Paris, 1997). Dans les petites communes où la concurrence est plus faible entre médecins généralistes, le « contrôle profane » est moins intense et le médecin est alors moins sensible à ce que demande sa patientèle et à ce que font ses confrères (Lancry & Paris, 1997).

Cependant, l'assimilation des normes professionnelles locales dans les comportements de prescription des médecins généralistes peut être modulée par le contexte organisationnel et le mode d'exercice des médecins généralistes.

2.3.4.3) L'influence du contexte organisationnel et de l'exercice de groupe

L'instauration de normes de pratique peut être facilitée par l'exercice de groupe dans des structures telles que les cabinets médicaux ou les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) qui représentent

des lieux d'exercice où la proximité des praticiens permet une facilitation théorique des échanges entre confrères. Le développement actuel que connaît l'exercice de groupe chez les médecins généralistes français à travers leur intégration dans ces structures (Chaput et al., 2019; *Les maisons de santé conventionnées en plein BOOM*, 2018) est donc un contexte propice pour la construction et la diffusion de ces normes.

La structuration de la médecine de ville, autour d'une pratique de groupe peut avoir un impact important sur les pratiques de prescription médicamenteuse des médecins généralistes. En Europe, il existe des niveaux différents d'intégration des médecins généralistes à la pratique de groupe. Ainsi, des pays comme l'Allemagne, la Belgique et l'Italie représentent des pays dont l'exercice de groupe entre médecins généralistes est minoritaire avec un exercice qui ne dépassait pas 30 % en 2005¹⁰¹. À l'inverse, la Suède, la Finlande ainsi que le Royaume-Uni¹⁰² représentent des pays où l'exercice de groupe est majoritaire et dont la participation des médecins généralistes au sein de ce type d'exercice dépassait 90 % en 2005. Les Pays-Bas font également partie des pays où l'exercice de groupe est développé avec plus de huit médecins généralistes sur dix qui sont intégrés dans ce type d'exercice (Paris & Devaux, 2013). Pour sa part, la France faisait partie en 2005 des pays où les médecins généralistes exerçaient principalement de manière isolée (39 % d'exercice de groupe) (Bourgueil et al., 2009). Cependant, douze ans plus tard, selon le quatrième panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale, 61 % des médecins généralistes libéraux déclarent exercer en groupe au titre de leur activité libérale principale (Chaput et al., 2019). L'exercice de groupe avec au moins un autre médecin généraliste est la situation la plus fréquente, et concerne 57 % de l'ensemble des médecins libéraux généralistes, soit neuf médecins généralistes exerçant en groupe sur dix.

Ce mode d'exercice de groupe avec des confrères au sein d'une même structure tout comme l'intégration débutante mais grandissante des médecins généralistes à l'exercice interprofessionnel sont des éléments en mesure de rendre les « standards locaux » plus présents dans les comportements de prescription des médecins généralistes français, l'exercice de groupe étant un milieu notamment où les normes locales peuvent prendre l'ascendant sur le « contrôle profane » du patient comme évoqué au sein du paragraphe 2.3.2.2.

En complément de l'appartenance à des structures de soins pluriprofessionnelles et coordonnées, les médecins pratiquent plus ou moins les échanges intraprofessionnels, notamment à travers la participation à groupes d'échange de pratique entre pairs. Ces groupes sont des lieux privilégiés pour dialoguer sur sa pratique et construire des consensus. En France, la pratique médicale reste une

¹⁰¹ Au sein de cette étude, la participation des médecins généralistes à l'exercice de groupe représentait 15 à 20 % des généralistes italiens, 25 à 30 % des généralistes allemands et 30 % des généralistes belges (Bourgueil et al., 2009).

¹⁰² Au sein de cette étude, la participation des médecins généralistes à l'exercice de groupe représentait plus de 90 % des généralistes finlandais, 92 % des généralistes anglais et 98 % des généralistes suédois en 2005 (Bourgueil et al., 2009).

pratique malgré tout encore assez isolée dans laquelle la pratique d'échange entre pairs reste assez rare bien qu'en progression.

Dans une étude comparative ayant évalué la participation des médecins généralistes de différents pays européens à des groupes de pairs, 10 % des médecins généralistes français participaient à des groupes de pairs en 2015 alors que la pratique était quasi inexistante en 2000. Cette étude souligne une grande disparité entre pays pour la participation des médecins généralistes à ces groupes. Dans certains pays comme le Danemark, la Suisse, les Pays-Bas¹⁰³, il existe une forte tradition en matière d'échange de pratique entre pairs, les médecins sont enclins à se rencontrer, ce qui contribue à un taux de participation de plus de 75 % pour ces pays (Rohrbasser et al., 2018). Aux Pays-Bas où la participation des médecins à ces groupes d'échange est élevée, le contrôle social entre médecins est fort, les médecins participent à ces groupes d'échange pour réfléchir à leurs pratiques de prescription et pour chercher explicitement à les harmoniser (Rosman, 2010).

Toutes les analyses et les données qui viennent d'être présentées dans cette deuxième section convergent vers l'hétérogénéité et la complexité des comportements de prescription des médecins généralistes. Les déterminants de la décision de prescrire sont multiples (caractéristiques des patients, des médecins, du contexte du territoire), les motivations de la décision relèvent de plusieurs registres pour les médecins (répondre au patient, à ses propres attentes, suivre des normes et des logiques professionnelles). Le curseur du choix d'une prescription peut aller de la liberté au choix impératif. Les spécificités de la prescription des généralistes français montrent un recours plus fréquent que dans d'autres pays au médicament et la concentration des prescriptions sur certaines classes thérapeutiques. La nature de cette décision et ses caractéristiques pour les généralistes français devront être intégrées dans les politiques et les outils mis, ou à mettre en place, dans notre système de santé, pour réguler la prescription médicamenteuse, pour l'améliorer d'un point de vue sanitaire comme économique.

Ce premier chapitre nous a permis de mieux comprendre l'importance, les caractéristiques ainsi que les déterminants de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes français. Nous avons pu souligner le poids économique important de consommation de médicaments en ambulatoire dans les dépenses de santé en France ainsi que son évolution. Bien que des paramètres extérieurs aux pratiques des prescripteurs (augmentation du nombre de patients sous ALD, évolution du circuit de délivrance du médicament) aient contribué, depuis plusieurs années, à un accroissement de la consommation des médicaments en ambulatoire, les comportements de prescription des médecins généralistes restent un élément important dans la configuration et le volume de cette consommation. Le rapport de ces praticiens à la prescription médicamenteuse (fréquence de prescription et volume de médicaments prescrits importants) ainsi que l'hétérogénéité de leurs pratiques renforcent tout l'enjeu que représente cette pratique notamment en termes sanitaire et économique. Cette variabilité des pratiques que nous

¹⁰³ Au sein de cette étude, les taux de participation des médecins à ces groupes d'échange en 2015 étaient de 85 % pour le Danemark, la Suisse et de 75 % pour celle des médecins généralistes néerlandais (Rohrbasser et al., 2018).

avons décrite est conditionnée par des déterminants pluriels et parfois interdépendants. Si la décision de prescrire est une décision complexe, la politique de régulation de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes sera aussi une démarche complexe, elle devrait notamment cibler les différents déterminants de la prescription médicale, composer avec la diversité des registres de motivation des professionnels. Le chapitre 2 va justement aborder la configuration, les outils et l'évolution de cette politique de régulation en France.

Chapitre 2 : La régulation de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes et la place du pharmacien d'officine : modalités et perspectives

Le chapitre 1 a mis en évidence que la prescription médicamenteuse des médecins généralistes français a des enjeux économiques et sanitaires qui justifient de chercher à la réguler, mais aussi que la décision de prescription d'un médecin est complexe avec des déterminants et des logiques plurielles qui peuvent rendre sa régulation difficile.

Une des finalités de notre travail doctoral est d'étudier les Groupes de Pratique Médecins Pharmaciens (GPMP) et la possibilité qu'ils s'implantent en France. De façon générale, ces groupes doivent permettre d'améliorer la prescription médicamenteuse des médecins, en termes sanitaire comme économique, ils mobilisent des pharmaciens pour animer ces groupes, et fonctionnent déjà dans plusieurs systèmes de santé. Pour pouvoir mieux saisir leur cohérence et amorcer leur faisabilité dans notre système de santé, ces trois volets doivent être étudiés. Ce chapitre 2 précisera la politique de régulation de la prescription médicamenteuse actuellement menée en France, le rôle actuel du pharmacien d'officine dans la prescription médicale et analysera les expériences étrangères des GPMP.

Plusieurs questions seront successivement abordées. Sur quels fondements les politiques françaises de régulation se sont-elles basées pour réguler la prescription médicamenteuse des médecins libéraux ? Quels sont les stratégies et dispositifs mis en oeuvre pour encadrer plus spécifiquement la prescription médicamenteuse des médecins généralistes ? Vers quels types de dispositif les pouvoirs publics semblent-ils vouloir orienter leur politique actuelle ? Comment les pharmaciens officinaux contribuent-t-ils actuellement à la régulation de la prescription médicamenteuse en France ? Dans quelle mesure l'évolution du système de soins primaires français représente-t-il un contexte favorable à une contribution plus importante des pharmaciens d'officine à cette régulation ? Quels bilans peuvent être faits de l'implantation de groupes de pratique entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine à l'étranger ?

Trois sections permettront de répondre à ces questionnements.

Dans une première section, nous analyserons comment la politique française de régulation de la prescription médicamenteuse s'est construite pour encadrer les comportements de prescription des médecins libéraux. Nous verrons que, pour maîtriser les dépenses de médicaments, et malgré des mesures de régulation du prix des médicaments remboursables et de leur taux de remboursement, les pouvoirs publics français ont, comme dans de nombreux pays, orienté leur politique de régulation vers un encadrement des pratiques de prescription des médecins libéraux. Nous expliciterons les différentes

stratégies mises en place pour cet encadrement des pratiques. Nous analyserons comment la politique de régulation s'oriente aujourd'hui vers la mise en place de nouvelles actions de régulation intégrant une participation plus active des médecins pour réguler leurs propres pratiques et une valorisation des données de vie réelle.

Dans une deuxième section, nous aborderons l'exercice actuel du pharmacien d'officine et l'évolution de ses missions qui l'amènent à contribuer davantage à la régulation de la prescription médicamenteuse. Nous verrons comment ces actions s'inscrivent dans la relation qu'ils entretiennent avec les médecins généralistes. Nous analyserons pourquoi, *a priori*, l'évolution actuelle de l'organisation des soins primaires représente, en France, un contexte favorable à la mise en place de nouvelles actions de régulation de la prescription médicamenteuse intégrant une collaboration médecins-pharmaciens.

Dans une troisième section, nous ferons un bilan des différents modèles de GPMP à l'étranger, et plus précisément en Suisse, Belgique et Pays-Bas. Nous comparerons comment ces différents modèles se sont implantés, en étudiant des caractéristiques variables de ces modèles (objectifs visés, méthodes, contexte d'implantation, financement, évaluation, etc.). Les résultats que ces groupes de pratique ont produit seront également analysés. Cette analyse des expériences étrangères permettra de mieux appréhender théoriquement la cohérence et la faisabilité d'un tel dispositif dans d'autres systèmes de santé que ceux les ayant effectivement expérimentés.

Section 1 : La politique de régulation de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes en France : modalités et perspectives

La politique de régulation de la prescription médicamenteuse des médecins de ville a connu des évolutions importantes depuis les années 1970, dans ses modalités d'action et avec une prise en compte plus récente de l'efficacité de cette prescription. Mieux appréhender cette évolution, les outils déjà utilisés, et les perspectives actuelles vont nous permettre ensuite de mesurer la place que le pharmacien d'officine pourrait y prendre.

Dans cette section 1, nous étudierons, dans un premier temps, comment les pouvoirs publics français ont encadré progressivement les pratiques médicales à travers une politique publique de maîtrise des dépenses intégrant qualité des soins et rationalisation des pratiques, à travers l'instauration de références, validées par la profession. Nous aborderons notamment comment cette politique s'est voulue de plus en plus incitative envers la profession médicale.

La politique de régulation de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes sera ensuite développée de manière plus spécifique. Nous expliciterons la manière avec laquelle les pouvoirs publics s'appuient sur plusieurs leviers (relation médecin-patient, logique optimisatrice, relation entre

pairs) pour encadrer les comportements de prescription des médecins généralistes français. À la fin de cette section, nous aborderons les éléments d'évaluation des mesures existantes ainsi que les perspectives de la politique de régulation de la prescription médicamenteuse des médecins français.

1.1) Un encadrement progressif des pratiques en médecine de ville

La politique de régulation de la médecine a connu des évolutions en France. Elles s'est construite sur l'objectif d'une pratique médicale conforme à des standards objectifs de qualité. Le relatif échec à imposer des normes descendantes a conduit cette politique vers des outils plus incitatifs que contraignants.

1.1.1) La convergence d'une démarche scientifico-professionnelle et d'une logique de régulation

1.1.1.1) Une rationalisation des pratiques médicales initiée par le milieu médical et scientifique

La variabilité des pratiques médicales s'explique en partie par une décision complexe dans laquelle différentes logiques et déterminants vont interférer.

Le savoir médical fait évidemment partie des déterminants qui vont influencer les décisions du médecin. Le savoir médical peut avoir différentes figures. Il peut être fondé sur une démarche scientifique qui rendra parfaitement rationnelle les décisions prises par le médecin. À travers cette démarche, diagnostics et traitements seront alors identiques dès lors que les médecins auront les mêmes savoirs. Il peut également être dit pratique, il est certes fondé sur des connaissances scientifiques mais est aussi basé sur des observations propres à l'expérience empirique du médecin et à son intuition.

Dans les années 1970, les milieux scientifiques et médicaux ont essayé de répondre à la variabilité des pratiques médicales et de la rationaliser. Ils ont tenté de la limiter mais également de légitimer la validation des connaissances médicales à travers une approche scientifique, qui a conduit au développement de l'Evidence Base Médecine (EBM) aux États-Unis¹⁰⁴ (Reynaudi et al., 2013; Rolland & Sicot, 2012). L'émergence de l'EBM a notamment fait débat à cette époque, et le fait encore, entre certains praticiens qui voient en l'EBM une manière de donner un statut d'expert à leur pratique, par l'intégration d'une démarche scientifique, alors que d'autres voient dans cette démarche une menace sur l'exercice de leurs compétences, leur faisant perdre une certaine légitimité de décision (Bizouarn, 2019). Le recours croissant à la science au sein de la pratique médicale a effectivement

¹⁰⁴ Cette approche scientifique a pour objectif de fournir aux cliniciens des techniques de lecture et d'évaluation de la qualité scientifique des publications médicales afin de permettre une analyse la plus explicite et optimale possible des données disponibles pour la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient (Sackett et al., 1996). Cette approche médico-scientifique se base sur des études de tailles populationnelles importantes afin d'obtenir une évaluation la plus explicite possible quant aux décisions à prendre dans la prise en charge des patients notamment vis-à-vis de l'utilisation des traitements médicamenteux.

contribué à une nouvelle forme d'objectivité de cette dernière, transformant de fait l'exercice médical moderne (Le Pen, 1999). Si le savoir pratique n'a pas disparu, il a sans aucun doute perdu en légitimité, et doit au moins composer avec le savoir scientifique.

Ces différentes visions de la place de l'EBM en tant que norme des pratiques médicales illustrent les débats sur le rapport entre l'expérience individuelle et les connaissances scientifiques dans la construction du savoir médical. Ces débats concernent aussi la place de la rationalisation des pratiques médicales dans les politiques de régulation et ont été portés par des discussions entre les pouvoirs publics et la profession médicale (Reynaudi et al., 2013; Rolland & Sicot, 2012). Si au sein de la profession médicale, il s'agit de se tourner vers des normes scientifiques partagées ; pour les pouvoirs publics et les régulateurs du système de santé, ces normes peuvent aussi être des réponses à des objectifs d'efficience ; elles doivent alors produire des soins plus efficaces, plus pertinents et ainsi éviter des prises en charge inutiles.

1.1.1.2) Une politique de maîtrise des dépenses de santé couplant qualité des soins et rationalisation des pratiques

En France, avant les années 1970, l'État s'est très peu intéressé aux pratiques médicales laissant aux médecins une certaine liberté d'exercice. Ce n'est qu'à partir de cette période, avec l'émergence des politiques de maîtrise de dépenses publiques de santé, que la régulation de la pratique médicale va prendre une place plus importante dans les objectifs des institutions gouvernementales. L'État va alors chercher à contrôler les dépenses de santé tout en assurant des soins de qualité. Dans ce contexte, la rationalisation des pratiques médicales et leur évaluation vont commencer à s'intégrer à la politique de régulation à travers la mise en place de normes et de règles impulsées par des experts (médecins, économistes) (Reynaudi et al., 2013; Rolland & Sicot, 2012). Ce changement de politique va notamment reconfigurer les rapports entre les acteurs du système de santé (pouvoirs publics, caisses d'Assurance maladie, représentants de la profession, experts en évaluation)¹⁰⁵ ainsi qu'au sein du monde médical, avec un transfert de pouvoir vers certains experts médicaux (sociétés savantes) qui seront à l'origine des recommandations sur lesquelles se fondera cette rationalisation de la pratique (Reynaudi et al., 2013; Robelet, 1999).

Cette politique couplant qualité des soins et normalisation des pratiques va se traduire au niveau institutionnel par l'inscription de plusieurs mesures dans le Code de déontologie, dans le Code de la Sécurité sociale ainsi que dans les conventions médicales. Elle va aussi se traduire par la création d'agences (Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM), Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)) où différents acteurs dont les pouvoirs

¹⁰⁵ L'introduction de ces tiers au sein des pratiques médicales au nom de l'intérêt général va retranscrire une mutation de l'exercice de la médecine notamment en inscrivant la régulation des pratiques médicales sur un modèle pouvant être considéré comme régalien (Reynaudi et al., 2013).

publics vont concourir à la création de ces normes et veiller à une transformation et à une évaluation cohérentes du système médical (Reynaudi et al., 2013).

Au final, à partir des années 1990, le monde médical va connaître une véritable mutation de sa pratique, sous l'impulsion d'une régulation publique de plus en plus complexe et diversifiée, octroyant une place croissante aux données probantes.

1.1.1.3) Un encadrement renforcé des pratiques par des instances et des références publiques

À partir de cette période, l'État va progressivement resserrer sa mainmise sur les pratiques médicales à travers la mise en place de diverses instances et mesures. Les premières mesures encadrant la rationalisation et l'évaluation des pratiques médicales, vont résulter de compromis entre la profession médicale et les pouvoirs publics. Elles seront non sanctionnantes et la profession médicale sera partie prenante dans leur mise en place afin de ne pas susciter son hostilité¹⁰⁶.

La création de l'ANDEM¹⁰⁷ en 1989 sera la première mesure institutionnelle de la « médecine basée sur les preuves » en France, cette agence ayant pour rôle de diffuser les recommandations et autres consensus élaborés par les sociétés savantes (HAS, 2005; Rolland & Sicot, 2012).

Par la suite, la politique de régulation des pratiques médicales va se montrer progressivement plus encadrante et plus intrusive. Le remplacement de l'ANDEM par l'ANAES (en 1997) est un exemple. L'ANAES reprendra entre autres les mêmes actions que l'ANDEM à la différence qu'elle aura un statut d'établissement administratif public (HAS, 2005). Ces mutations de l'encadrement des pratiques médicales vont se formaliser également par l'instauration des premières références conventionnelles avec la mise en place des Références Médicales Opposables (RMO) (HAS, 2005; Rolland & Sicot, 2012). Avec les RMO, les pouvoirs publics veulent intervenir sur les pratiques médicales en réduisant les pratiques inutiles voire dangereuses non pas en disant aux médecins ce qu'ils doivent faire mais en pointant ce qui n'est pas recommandé (Ogien, 2001).

Ces premières mesures d'encadrement de la pratique médicale ont débouché au final sur un consensus entre la profession médicale qui souhaitait garder une certaine liberté de pratique, et les pouvoirs publics qui souhaitaient, pour leur part, garder la possibilité de contrôler les prescripteurs trop éloignés de ces références. Toutefois, le côté opposable et potentiellement sanctionnable de ces dispositions va entraîner ultérieurement un rejet de ces mesures par le Conseil d'État et par la profession médicale (Ogien, 2001; Rolland & Sicot, 2012).

¹⁰⁶ La profession médicale étant de plus en plus au fait de l'émergence de l'EBM, celle-ci s'est accommodée à cette démarche de qualité. Elle a notamment souhaité prendre une place dans les discussions au sein de cette nouvelle politique de régulation afin de ne pas être sous le joug des pouvoirs publics et que cette orientation politique ne se réduise pas à un seul objectif comptable (Rolland & Sicot, 2012).

¹⁰⁷ La création d'agences institutionnelles portant sur l'encadrement et l'évaluation des pratiques médicales a notamment été envisagée suite à un rapport demandé par Claude Evin en 1989 à MG France sur l'évaluation médicale.

À travers les RMO, la liberté de la pratique médicale a été visée directement pour la première fois avec cette notion d'opposabilité. L'échec de cette normalisation descendante et contraignante va déboucher par la suite sur une politique publique mobilisant l'autonomie et la responsabilisation des médecins (Obrecht, 2009).

1.1.2) Les RBP : un instrument d'action politique dans la régulation des pratiques médicales

1.1.2.1) Une refonte des politiques de régulation à travers l'intégration des RBP

À la fin des années 1990, suite à l'échec de la mise en place des RMO et devant les difficultés rencontrées par l'intégration de ces recommandations émises par les élites médicales, les pouvoirs publics vont rechercher de nouveaux moyens pour maîtriser les dépenses publiques de santé.

Les Recommandations de Bonnes Pratiques (RBP) vont alors refonder la politique de régulation sur la notion de qualité des soins¹⁰⁸ (Caniard, 2002). S'inspirant de mesures instaurées au Royaume-Uni dans le cadre de la National Health Service (NHS), les pouvoirs publics français vont reprendre à leur compte des recommandations de pratique élaborées par la profession médicale et initialement prévues à des fins professionnelles¹⁰⁹. Les RBP matérialisent alors la convergence entre une légitimation scientifique de l'exercice médical par les pairs et la volonté institutionnelle de rationaliser la pratique médicale. Les RBP vont devenir les normes sur lesquelles un ensemble de dispositifs va s'appuyer et ainsi constituer le socle de la nouvelle politique de régulation des pratiques médicales (Reynaudi et al., 2013). Ces RBP vont également incarner un outil phare de la politique d'évaluation des pratiques permettant à la profession médicale de s'auto-évaluer et d'être évaluée¹¹⁰. La mise en place de ces RBP va permettre à l'État de renforcer son contrôle de la profession médicale en responsabilisant les médecins, autant à titre individuel qu'au titre d'un groupe professionnel. En effet, bien que les RBP relèvent d'un statut juridique incertain dans la mesure où elles dépendent très largement des données sur lesquelles elles s'appuient et de ceux qui les élaborent, la question de la responsabilité juridique du clinicien ne peut être évacuée en cas de non-respect¹¹¹ (Rolland & Sicot, 2012).

¹⁰⁸ À la différence des RMO qui renvoyaient à des soins inutiles ou dangereux par la notification « *Il n'y a pas lieu de* », les RBP vont encadrer la pratique médicale de manière différente en établissant des « *Grades de recommandations* » (Reynaudi et al., 2013).

¹⁰⁹ Cette reprise des recommandations professionnelles pour le compte des pouvoirs publics s'est inspirée des réformes menées au sein du National Health Service (NHS). Cette démarche a conduit à une intégration des recommandations de pratique médicale dans différents dispositifs et outils avec un objectif de maîtrise des dépenses de santé et de qualité des soins (Laplace et al., 2002).

¹¹⁰ En induisant une collecte de données et d'informations sur les pratiques médicales, ces RBP vont incarner un outil de régulation à la fois pour les pouvoirs publics afin d'évaluer les pratiques médicales mais également pour les médecins qui pourront par ce retour d'informations s'auto-évaluer notamment en matière d'écart vis-à-vis de leur propres pratiques (Rolland & Sicot, 2012).

¹¹¹ Le Conseil d'État, dans un arrêt du 27 avril 2011 concernant « l'abrogation de la recommandation professionnelle relative aux traitements médicamenteux du diabète de type 2 » a jugé que les RBP produites par la HAS avaient une valeur réglementaire (Le Conseil d'État, s. d.).

L'autonomie qui est une caractéristique importante de la profession médicale et à laquelle la profession est fortement attachée se trouve alors potentiellement encadrée par une multiplicité de dispositifs allant du référentiel à l'outil de régulation. Au détour d'un partenariat entre le régulateur (l'État), le financeur (l'Assurance maladie) et les praticiens à travers leurs représentants, la politique publique de régulation basée sur les RBP va pouvoir se mettre en place de manière effective.

1.1.2.2) La reconfiguration des instances publiques autour des RBP

Au début des années 2000, l'utilisation initiale des RBP par les pouvoirs publics n'a toutefois toujours pas permis d'avoir l'effet escompté. Les RBP étant perçues comme intrusives dans la relation médecin-patient et ressenties comme verticales et supérieures aux normes intraprofessionnelles, leur application effective est restée très faible comme le soulignent différentes publications (Aubert & Laversin, 2000; Vallée, 1999).

Malgré les freins rencontrés, les pouvoirs publics, attachés à cette notion d'efficience et de qualité des soins vont continuer à vouloir impliquer les praticiens dans une démarche continue d'analyse de leurs pratiques en références à ces RBP. Dans cet objectif, des négociations rassemblant l'État, l'Assurance maladie ainsi que les représentants professionnels vont contribuer à inscrire les RBP dans la loi¹¹², comme instrument de la politique de qualité des soins et de maîtrise des dépenses de santé¹¹³. Le pilotage des pouvoirs publics sur la médecine de ville est renforcé, et la responsabilisation des professionnels accrue. Au sein de ce pilotage, l'Assurance maladie endossera le rôle de financeur et l'État celui de régulateur (Rolland & Sicot, 2012).

Une répartition des tâches va alors se mettre en place entre les différentes institutions, l'HAS se positionnant comme intermédiaire entre l'État et les médecins alors que l'Assurance maladie suivra, pour sa part, le développement des outils conventionnels en s'appuyant sur les RBP édictées par la HAS.

La HAS va avoir un rôle clé dans la production ou la coproduction de RBP en labellisant les travaux réalisés par les sociétés savantes et en diffusant ces recommandations auprès des professionnels sans entrer dans une relation contraignante avec eux.

Les notions de qualité et d'efficience deviennent alors des enjeux importants au sein de la politique de régulation. En effet, ce n'est qu'avec la création de la HAS et les loi de 2004, que les notions

¹¹² Cette inscription des RBP dans la loi va être réalisée à travers deux principales lois : celle du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique notifiant la responsabilité de l'État en la matière et celle du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance maladie, créant ainsi la Haute Autorité de Santé (HAS), agence qui sera dédiée à la production et la diffusion des RBP (HAS, 2014; Légifrance, 2017a; Légifrance, 2019).

¹¹³ Les RBP ont été introduites tout d'abord au sein de la convention de 1998-2005, en tant qu'outils de maîtrise médicalisée des dépenses financées par l'Assurance maladie, puis dans un second temps au sein de la convention de 2005-2010 où ces dernières vont faire l'objet d'une prise en charge collective. D'autre part, au sein de ces conventions signées entre médecins généralistes et la CNAM, et pour lesquelles les signataires inscrivent leur engagement dans la maîtrise des dépenses de santé, l'amélioration des pratiques ainsi que l'optimisation des dépenses, des objectifs chiffrés de modification des comportements des professionnels sont fixés en référence aux RBP (Rolland & Sicot, 2012).

d'efficacité et de maîtrise des dépenses de santé vont devenir des questions majeures, ces notions ne figurant pas dans les textes de l'ANDEM et l'ANAES. L'attribution de la Commission d'Évaluation Économique de Santé Publique (CEESP) à la HAS en 2008 va renforcer cette volonté d'efficacité du système de santé français (Reynaudi et al., 2013).

De son côté, l'Assurance maladie, en tant que financeur, va se montrer fortement investie dans le contrôle et l'évaluation des pratiques médicales et ce à travers la question de la variabilité des pratiques. L'Assurance maladie va alors mener des actions visant à homogénéiser et optimiser les pratiques médicales dans un objectif de maîtrise des dépenses de santé.

Dans cette démarche de déploiement de l'évaluation des pratiques médicales, le développement de systèmes d'information via le codage des actes et des prescriptions¹¹⁴ a permis d'étendre et d'enrichir l'analyse des pratiques. Le SNIIRAM a notamment été créé¹¹⁵ pour permettre le suivi individuel et offrir aux praticiens une image de leur activité au travers des remboursements de l'Assurance maladie. Grâce aux bases de données constituées, l'Assurance maladie va alors disposer d'informations de plus en plus précises et nombreuses sur les pratiques des médecins notamment celles relatives à la prescription médicamenteuse. La régulation des pratiques médicales va devenir plus efficace car non seulement ces données vont permettre d'évaluer l'écart des pratiques au regard des recommandations mais elles vont également permettre d'analyser la variabilité des pratiques en fonction des caractéristiques des médecins et des patients et de repérer des praticiens « hors normes » (Rolland & Sicot, 2012).

De manière conjointe, l'Assurance maladie va mettre en place des entretiens confraternels, entretiens où des praticiens conseils de l'Assurance maladie vont intervenir directement auprès de leurs pairs dans l'objectif soit de les informer de leur pratique lors de visites de routine, soit de les amener à la modifier sur les bases des RBP, les RBP servant dans cette démarche d'outils de dialogue¹¹⁶ (Assurance Maladie, 2021g). À titre d'exemple, 30 000 entretiens confraternels ont été menés en 2005 et 60 000 en 2010 (Bocquet & Peltier, 2010).

Cette démarche pédagogique non sanctionnante illustre l'évolution de l'approche de l'Assurance maladie envers la médecine de ville, la régulation par l'information va remplacer en partie la régulation réglementaire initialement instaurée, convergeant ainsi avec la volonté des pouvoirs publics de responsabiliser les médecins sur leur propre pratique.

Cependant, les RBP vont conduire également à une politique de régulation tournée vers la performance et l'incitation financière. Cette démarche complémentaire à une politique d'information

¹¹⁴ Le codage des actes, des prescriptions et des pathologies ont été instaurés en 1993 (Rolland & Sicot, 2012).

¹¹⁵ Le SNIIRAM a été créé lors de la loi de financement de la Sécurité sociale de 1999 (Légifrance, 1999).

¹¹⁶ Ces actions d'accompagnement vont notamment cibler prioritairement les médecins situés au-delà des moyennes de prescription et auront pour objectifs d'échanger sur leur pratique et de les inciter à la modifier vers une pratique plus adaptée.

sera présentée comme pouvant monétairement compenser l'effort des médecins pour améliorer leur pratique.

1.1.3) Vers une politique de régulation de plus en plus incitative

Alors qu'un système de paiement à la performance basé sur la qualité des soins a été initié dès le début des années 2000 au Royaume-Uni dans le cadre de la politique du New Public Management (NPM)¹¹⁷ (Van Haepere, 2012) à travers le dispositif nommé « Quality and Outcomes Framework » (QOF), la volonté politique d'intégrer ce type de paiement en France date de la fin des années 2000 (P.-L. Bras, 2020; Franc, 2019). L'adhésion des médecins au respect des recommandations¹¹⁸ va alors être recherchée par les pouvoirs publics à travers l'incitation financière et la mise en place d'une rémunération à la performance ; ce mode de rémunération constituant alors un grand changement au sein des pratiques médicales (Dormont, 2013; Reynaudi et al., 2013)

Différents dispositifs (Accords de Bon Usage des Soins (ACBUS), Contrats de Bonnes Pratiques (CBP), Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI)) tournés vers l'incitation financière vont alors se succéder à la fin des années 2000, ces dispositifs, initialement non obligatoires et non sanctionnants¹¹⁹ vont au fur et à mesure s'intégrer de manière conventionnelle et des objectifs chiffrés vont leur être attribués. Le CAPI va être un des premiers dispositifs en France de rémunération des médecins à la performance. Ce dispositif, initié en 2009, a été proposé individuellement par la CNAM aux médecins libéraux et ce sur la base du volontariat. Il a été ainsi instauré en dehors du cadre des conventions négociées entre la CNAM et les syndicats médicaux (P.-L. Bras, 2020; Franc, 2019). Ce contrat comportait des engagements individualisés pour les professionnels « *relatifs à la prescription, à la participation à des actions de dépistage et de prévention, à des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, à la participation à la permanence des soins, au contrôle médical, ainsi qu'à toute action d'amélioration des pratiques, de la formation et de l'information des professionnels* » (Franc, 2019). Ce contrat prévoyait le versement de compensations financières en contrepartie de l'amélioration d'indicateurs sélectionnés sur la base des recommandations de la HAS et de l'ANSM, et issus de comparaisons internationales (Franc, 2019). Ainsi, seize objectifs cibles communs à tous les médecins étaient évalués indépendamment les uns des autres à la date anniversaire du contrat. Le médecin recevait alors un bonus (positif ou nul) lié à sa capacité d'atteindre les objectifs ou d'améliorer ses résultats pour les indicateurs via un système de points (Commission des Comptes de la sécurité sociale, 2011).

¹¹⁷ Le New Public Management est une doctrine qui a émergé au Royaume-Uni et aux États-Unis au cours des années 1980 et qui vise à développer des activités de contrôle par l'État via un ensemble d'outils d'évaluation et d'indicateurs de résultat (Van Haepere, 2012).

¹¹⁸ Alors que les RMO recherchaient à encadrer les prescriptions par l'opposabilité, le respect des recommandations via les RBP va être recherché par l'incitation financière.

¹¹⁹ Ces dispositifs étant non obligatoires, non sanctionnants, ils vont permettre par l'intermédiaire d'incitations financières de réaliser un contrôle des médecins. De plus, ces dispositifs n'entraînaient aucune pénalité en cas d'absence de résultat alors que l'atteinte d'objectifs chiffrés permettait une rémunération en contrepartie (Reynaudi et al., 2013).

Malgré une forte opposition des principaux syndicats de médecins généralistes à ce dispositif, le CAPI a rencontré une forte participation des médecins (P.-L. Bras, 2020; Dormont, 2013; Franc, 2019). Selon l'Assurance maladie, entre juillet 2009 et avril 2011, près de 16 000 médecins traitants libéraux ont signé un CAPI, soit plus d'un médecin éligible sur trois (Commission des Comptes de la sécurité sociale, 2011; Massin et al., 2014). Ce type de mesure incitative s'est ensuite généralisée à l'ensemble de la profession médicale de ville dans le cadre de négociations conventionnelles avec le dernier dispositif en vigueur : la « Rémunération sur Objectifs de Santé Publique » (ROSP). L'intégration de ce dispositif dans la convention médicale a été signée en 2011 par tous les syndicats de médecins généralistes (P.-L. Bras, 2020; Franc, 2019). La ROSP se décline notamment en fonction du profil du prescripteur : médecin traitant de l'adulte, médecin traitant de l'enfant, médecin spécialiste en cardiologie, spécialiste en gastroentérologie et hépatologie ainsi que spécialiste en endocrinologie, diabétologie et nutrition (Assurance Maladie, 2021f).

La ROSP repose sur deux composantes : les indicateurs de qualité représentés par les RBP, et les règles qui lient atteinte des indicateurs et versement de la rémunération. Les indicateurs retenus sont organisés autour de 3 grands volets : le suivi des pathologies chroniques, la prévention ainsi que l'efficacité des prescriptions (Assurance Maladie, 2021c). Ils sont élaborés par un travail collectif¹²⁰ et veulent faire évoluer les pratiques médicales vers des objectifs de santé définis par la convention médicale (Légifrance, 2018).

Dans le cadre de la « ROSP du médecin traitant de l'adulte » qui représente celle impliquant le plus grand nombre de prescripteurs en médecine de ville, le nombre d'indicateurs évalués a sensiblement augmenté par rapport au CAPI, passant de 16 à 24 au sein de la convention de 2011 (Franc, 2019). Actuellement, parmi les 29 indicateurs retenus au sein de cette ROSP, 25 sont calculés sur la base des données issues du Système National des Données de Santé (SNDS) et 4 sont calculés sur la base de données déclarées par les médecins traitants (Assurance Maladie, 2021c).

Ce dispositif de la ROSP a évolué lors de la convention médicale signée en 2016. Cette convention a conforté le dispositif en faisant, d'une part, évoluer les indicateurs conformément aux recommandations médicales et, d'autre part, en les modifiant afin de renforcer leur impact sur la qualité des pratiques et l'efficacité des soins (Assurance Maladie, 2016). Les périmètres de la ROSP ont de nouveau évolué en 2018 (évolution des indicateurs et des règles de gestion de la ROSP) (Assurance Maladie, 2021f).

¹²⁰ Les indicateurs résultent d'un travail collectif entre les parties signataires de la convention fondée sur les propositions du Collège de la Médecine Générale (CMG) ainsi que sur les avis et référentiels émis par les différents opérateurs sanitaires (HAS, Institut National du Cancer (INCa), ANSM et Santé publique France) (Assurance Maladie, 2018). Ces nouvelles normes introduites de manière conventionnelle présentent par ailleurs l'avantage d'être élaborées en concertation avec les médecins libéraux permettant de mieux rétablir un contrôle entre normes horizontales et verticales.

À travers la reconfiguration de la politique de régulation des pratiques médicales et via le partage des missions entre instances institutionnelles, les pouvoirs publics ont donc mis en place une politique de régulation de plus en plus incitative, tournée vers la qualité des soins et la maîtrise des dépenses de santé dans laquelle les médecins libéraux gardent une autonomie mais sont supposés répondre aux incitations monétaires.

À travers cette évolution de la politique de régulation des pratiques médicales en médecine de ville, différentes stratégies vont notamment être mises en place par les pouvoirs publics pour encadrer de manière plus spécifique la prescription médicamenteuse des médecins généralistes français.

1.2) Les stratégies de régulation de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes

C'est dans ce contexte de reconfiguration de la politique de régulation des pratiques médicales que les pouvoirs publics vont mettre en place des mesures spécifiques pour la régulation de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes. Différentes stratégies vont être employées par les pouvoirs publics associées aux logiques de prescription analysées dans le chapitre 1 (relation médecin-patient, logique optimisatrice, relation entre pairs). Ces mesures vont s'articuler autour de deux modalités différentes : le caractère incitatif d'une part et l'approche informative et pédagogique d'autre part.

1.2.1) Des comportements de prescription aux stratégies de régulation

1.2.1.1) Les mesures incitatives de la ROSP

Parmi les mesures incitatives utilisées par les pouvoirs publics pour réguler la prescription médicamenteuse des médecins généralistes, on trouve principalement la ROSP du médecin traitant de l'enfant ou de l'adulte. La « ROSP du médecin traitant de l'adulte » va être la mesure phare pour encadrer la pratique de prescription médicamenteuse des médecins généralistes. Parmi les 29 indicateurs retenus dans la « ROSP du médecin traitant de l'adulte », quinze sont en lien direct avec la qualité ou l'efficacité de leur prescription médicamenteuse (Assurance Maladie, 2021c). La nature de certains indicateurs a notamment évolué depuis la convention de 2011 tout comme les objectifs à atteindre pour obtenir une rémunération.

Les indicateurs actuels associés à la qualité et à l'efficacité de la prescription médicamenteuse au sein de la « ROSP du médecin traitant de l'adulte » sont retranscrits au sein du tableau 10.

TABLEAU 10 Indicateurs de la ROSP du médecin traitant de l'adulte associés à la qualité et à l'efficacité de la prescription médicamenteuse

Volet	Domaine	Indicateurs de qualité	Objectif intermédiaire	Objectif Cible
Suivi des pathologies Chroniques	Risques Cardiovasculaires	- Part des patients dont le risque cardio-vasculaire a été évalué (par SCORE ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines (déclaratif)	80	≥ 95 %
		- Part des patients présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et antiagrégant plaquettaire et inhibiteur de l'enzyme de conversion ou antagoniste des récepteurs à l'angiotensine II	38	≥ 56 %
Prévention	Iatrogénie	- Part des patients > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 (≥ 2) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques)	10%	≤ 3% %
		- Part des patients ayant initié un traitement par benzodiazépine hypnotique et dont la durée de traitement est supérieure à 4 semaines	47%	≤ 30 %
- Part des patients ayant initié un traitement par benzodiazépine anxiolytique et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines		19%	≤ 9 %	
	Antibiothérapie	- Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients de 16 à 65 ans et hors ALD	45 %	20 %
		- Part des patients traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance (<i>amoxicilline + acide clavulanique</i> ; céphalosporine de 3 ^{ème} et 4 ^{ème} génération ; fluoroquinolones)	52 %	≤ 32 %
Efficacité	Prescription dans le répertoire	-Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	84 %	≥ 94 %
		- Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	89 %	≥ 96 %
		- Indice global de prescription dans le reste du répertoire	59 %	≥ 69 %
	Biosimilaires	- Prescription de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline <i>glargine</i>	4 %	≥40 %
	Efficacité des prescriptions	- Part des boîtes d' <i>ézétimibe</i> parmi les boîtes d' <i>ézétimibe</i> + statines prescrites par le médecin traitant à ses patients (indicateur décroissant)	13 %	4 %
- Part des patients de moins de 65 ans sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS, avec codélivrance d'IPP et d'AINS, parmi les patients sous AINS (indicateur décroissant)		38 %	≤ 17 %	
- Part des patients traités par <i>aspirine</i> à faible dosage parmi l'ensemble des patients traités par antiagrégants plaquettaires		89 %	≥ 92 %	
- Part des patients diabétiques traités par <i>metformine</i>		76 %	≥ 90 %	

Source : Assurance Maladie (Assurance Maladie, 2021c)

Plusieurs remarques peuvent être émises quant aux choix des indicateurs de la « ROSP du médecin traitant de l'adulte » concernant la prescription médicamenteuse.

Ces indicateurs sont pertinents, ils concernent des domaines thérapeutiques ou des catégories de médicaments pour lesquels les données macro et microéconomiques mentionnées chapitre 1 (Cf paragraphes 1.3.2 et 2.1.2) soulignent une sous-utilisation de certaines catégories de médicaments (génériques, biosimilaires) ou de certaines molécules (*metformine*) voire une consommation trop

importante (antibiotiques, benzodiazépines) et un éloignement de leurs recommandations de bon usage. Pour certains de ces indicateurs (part de patients diabétiques traités par *metformine* ou encore part de patients traités par *aspirine* à faible dosage parmi l'ensemble des patients traités par antiagrégants plaquettaires), leur pertinence au sein de cette ROSP peut être discutée car le médecin généraliste n'est souvent pas le primo-prescripteur de ces molécules. Il est souvent principalement amené à les renouveler à la suite des prescriptions des spécialistes qui les ont initiées et est ainsi tributaire des pratiques de ses confrères.

D'autre part, la détermination des objectifs cibles et intermédiaires associés aux indicateurs retenus au sein de cette ROSP sont des objectifs exigeants à atteindre. Ils ont été fixés par les partenaires conventionnels et l'Assurance maladie afin de promouvoir l'amélioration des pratiques. La détermination d'un objectif cible exigeant mais atteignable pour des mesures incitatives représente un paramètre nécessaire afin que l'effort des médecins soit soutenu dans la durée. L'exemple de l'opposition manifestée par les représentants médicaux du Royaume-Uni pour faire évoluer les objectifs des indicateurs dans le cadre du QOF, lorsque 90 % du nombre de points maximum avaient été atteints dès les premières années du dispositif (P.-L. Bras, 2020), témoigne de la nécessité d'avoir des objectifs exigeants mais atteignables pour obtenir un effet dans le temps des prescripteurs. La détermination d'un objectif intermédiaire et d'un mode de calcul permettant de prendre en compte la progression des prescripteurs¹²¹ dans la rémunération attribuée à un médecin permet à l'ensemble de la profession de se sentir mobilisé.

En dehors de la ROSP, les pouvoirs publics vont également s'appuyer sur le patient pour réguler la prescription des médecins.

1.2.1.2) Le patient comme relais des pouvoirs publics

En plus de la politique de régulation directement dirigée vers le médecin généraliste, les pouvoirs publics tablent sur la relation du patient avec son médecin traitant pour encadrer indirectement les pratiques de prescription médicamenteuse (Reynaudí et al., 2013; Rolland & Sicot, 2012).

Dès lors que la relation médecin-patient peut jouer sur la prescription du médecin (Cf paragraphe 2.3.2-Ch.1), une politique ciblant le patient pourra indirectement contribuer à modifier le comportement du prescripteur. Les pouvoirs publics vont alors responsabiliser le patient sur la prise en charge de son affection, tant d'un point de vue économique (via les forfaits, tickets modérateurs, etc.) que d'un point de vue médical à travers le transfert et l'acquisition d'informations sur sa pathologie et

¹²¹ Le principe de la ROSP est de rémunérer chaque année le médecin en prenant en compte le niveau atteint et la progression réalisée au regard des objectifs intermédiaires et cibles. Ainsi, un taux de réalisation annuel combinant ces deux éléments est calculé pour chaque indicateur pour chaque médecin. Le taux de réalisation de chaque indicateur est calculé en prenant en compte le taux de départ, le taux de suivi (ou taux constaté à la fin de l'année considérée), et l'atteinte ou non de l'objectif intermédiaire ou de l'objectif cible (CNAM, 2019).

ses traitements. Le patient peut devenir acteur de diffusion des RBP auprès des médecins généralistes (Rolland & Sicot, 2012). Ce transfert d'informations vers le patient peut paraître d'autant plus pertinent lors de situations où la relation médecin-patient peut plus particulièrement conditionner la pratique des prescripteurs, telles que la prescription d'un médicament générique pour un patient suivi pour un traitement chronique ou lors de la prise en charge d'une pathologie virale telle une rhinopharyngite aiguë à travers la prescription potentielle d'un antibiotique.

Les patients atteints de pathologies chroniques ou de pathologies classées en ALD sont tout particulièrement concernés par cette volonté des pouvoirs publics d'informer les patients sur les prises en charge de référence. À titre d'exemple, la loi du 13 août 2004 a instauré la fourniture par l'Assurance maladie d'un guide aux patients inscrits en ALD lors de leur admission au régime pour les informer des bonnes pratiques relatives à leur prise en charge (HAS, 2013). Le patient détient alors un exemplaire du protocole de soins qui tient compte des recommandations de la HAS et qu'il doit présenter aux médecins consultés pour son ALD (Rolland & Sicot, 2012). Des « guides patients » ont également été réalisés par la HAS pour faciliter le dialogue entre médecins et patients au moment de l'entrée en ALD des patients. Ces guides sont envoyés par le médecin conseil de l'Assurance maladie au médecin traitant des patients lors de leur admission en ALD. Le médecin traitant le remet alors au patient. Ces guides informant le patient sur sa maladie et son traitement mais également sur les sources d'informations qu'il peut consulter. Ces guides sont complémentaires au guide de l'Assurance maladie adressés directement au patient (HAS, 2013).

Sur son site, la HAS diffuse ses « guides patients » relatifs aux différentes pathologies ALD. À l'heure actuelle, ils sont au nombre de quarante-huit. Ces guides transmettent aux patients des informations qui reposent sur les recommandations et sur la légitimité de la science, ce qui leur permet d'acquérir une vision « éclairée » de leur prise en charge et de devenir acteurs de la qualité de leurs soins. Dans ces guides, des notions sur la pathologie, sur l'utilité du suivi et des traitements indiqués sont mentionnées, ces informations permettant aux patients de mieux s'approprier la prise en charge de sa pathologie et des traitements associés. Cependant ces notions relatives aux traitements médicamenteux envisagés au cours de ces différentes affections de longue durée n'abordent pas de manière plus approfondie le choix des molécules en tant que tel (HAS, 2013). Des informations plus précises à cet égard permettraient aux patients de disposer de plus d'informations pour échanger avec leur médecin traitant avec un niveau d'information sur le médicament qui serait alors moins asymétrique.

A côté des « guides patients » ALD, d'autres guides et documents d'information sont mis à disposition des patients par la HAS au sein de son site. Parmi les 67 documents mis à disposition, seulement quatre traitent plus spécifiquement des traitements médicamenteux. Parmi ceux-ci, figurent des documents d'information relatifs aux troubles du sommeil chez la personne âgée, au traitement de l'acné, au choix de contraceptif chez la femme ainsi que les traitements indiqués dans l'autisme et les

Troubles Envahissant du Développement (TED) (HAS, 2019b). Dans ces documents d'information, on ne recense pas de documents abordant les domaines thérapeutiques qui représentent des enjeux sanitaires importants et pour lesquels les médecins généralistes sont de gros prescripteurs (antibiotiques, analgésiques, IPP, anxiolytiques).

D'autre part, les RBP étant publiques, les patients et associations de patients peuvent avoir un accès libre à ces données notamment via les sites des agences ou par l'intermédiaire des sites internet relatifs aux différents domaines de santé.

À côté des mesures incitatives menées directement envers les médecins généralistes et le transfert d'informations médicales vers les patients, la formation continue et des échanges entre pairs sont aussi des vecteurs d'évolution des pratiques de prescription.

1.2.1.3) Les pairs comme moyen d'auto-réguler les pratiques de prescription

Des mesures réglementaires pour la formation continue et l'évaluation des pratiques médicales ainsi que l'accompagnement des pouvoirs publics pour la structuration des groupes de pairs vont permettre à l'État de diversifier et compléter sa politique de régulation de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes.

1.2.1.3.1) Le DPC : une légitimation des RBP via la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles

Initialement, la mise à jour des connaissances professionnelles de tout professionnel de santé à travers la formation médicale continue est un devoir déontologique mais ce n'est qu'à la suite de la réforme de la Sécurité sociale en 1996 que le gouvernement a rendu obligatoire la formation médicale continue pour tous les médecins en exercice (ordonnances Juppé) (Reynaudi et al., 2013).

De manière parallèle, l'évaluation des pratiques médicales des médecins s'est structurée au début des années 2000 (Reynaudi et al., 2013). La loi du 13 août 2004 (Article 14) va notamment aller plus loin dans cette démarche en rendant l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles obligatoire pour les médecins¹²². Il ne s'agit plus seulement pour le médecin d'attester qu'il se forme assidûment mais il devra montrer que sa pratique est régulièrement évaluée (SFMG, 2006). Comme le mentionne la HAS, « l'évaluation des pratiques se traduit par un double engagement des médecins : premièrement, ils s'engagent à fonder leur exercice clinique sur des recommandations et deuxièmement ils mesurent et analysent leurs pratiques en référence à celles-ci » (Rolland & Sicot, 2012).

¹²² Cette obligation d'évaluation individuelle des pratiques professionnelles sera légiférée au sein du CSP (Article L. 4133-1-1).

Cependant, au vu du manque d'aboutissement de ces deux démarches, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) va proposer leur fusion, qui aboutira en 2009 à la création du Développement Professionnel Continu (DPC) au sein de la loi Hôpital Patients Santé Territoire (Loi HPST) du 21 juillet 2009¹²³ (Reynaudi et al., 2013).

Le DPC doit permettre de faire le lien entre la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles et a pour objectifs de revoir les pratiques en matière d'amélioration et de perfectionnement des connaissances, d'analyse des pratiques professionnelles, au profit de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, tout en se basant sur les RBP (Reynaudi et al., 2013). Comme les deux démarches qu'il a remplacé, le DPC, inscrit dans le Code de la Santé Publique (CSP)¹²⁴ et le code de la déontologie des médecins¹²⁵, devient une obligation pour les médecins et c'est le Conseil de l'Ordre des médecins qui est impliqué dans le suivi du respect de cette obligation (Rolland & Sicot, 2012).

Au sein du DPC, des orientations prioritaires sont établies avec pour objectif d'accompagner la politique nationale de santé, certains axes de la politique conventionnelle ainsi que les enjeux d'amélioration des pratiques des différentes professions et spécialités. Ces orientations nationales prioritaires de DPC sont élaborées sous l'égide du ministère des Solidarités et de la Santé, à travers le pilotage réalisé par l'Agence nationale du DPC et en lien avec les services de l'État, les Conseils Nationaux Professionnels et l'Assurance maladie. Parmi ces priorités, certaines s'inscrivent dans le cadre de la politique nationale de santé et d'autres ciblent une profession de manière plus spécifique.

Parmi les orientations prioritaires du DPC 2020-2022, certaines orientations visent plus particulièrement la prescription médicamenteuse des médecins généralistes. L'orientation n° 9 visant de manière globale le bon usage du médicament ainsi que l'orientation n° 10 qui vise plus spécifiquement celui des antibiotiques en sont des exemples. L'orientation n° 96 qui concerne la prise en charge des patients à risque cardiovasculaire et métabolique représente la seule orientation prioritaire visant plus spécifiquement les médecins généralistes qui aborde plus particulièrement la prise en charge pharmacothérapeutique dans ses objectifs pédagogiques (ANDPC, s. d.-b).

La formation entre pairs à travers les Groupes d'Analyse de Pratique entre Pairs (GAPP) représente un autre moyen pour les pouvoirs publics de conforter leur politique de régulation.

¹²³ La loi HPST a fixé dans son article 59 les grands principes du DPC. Cet article définit le caractère obligatoire, fixe les principes d'un contrôle du respect de cette obligation ainsi que les critères de qualité des actions, définis par décrets (Reynaudi et al., 2013).

¹²⁴ La notification du caractère obligatoire du DPC sera reprise au sein de l'article L4021-1 du CSP.

¹²⁵ Art 11 (Article R.4127-11 du CSP)

1.2.1.3.2) Les GAPP : un dispositif de formation et d'évaluation des pratiques reconnu et encadré par la HAS

C'est dans ce contexte de convergence de la formation continue et de l'évaluation des pratiques professionnelles que les Groupes d'Analyse de Pratique entre Pairs (GAPP) ont été implantés en France dans le domaine médical par la Société Française de Médecine Générale (SFMG) en 1987 (SFMG, s. d.-a, 2006).

La HAS qui a encadré cette démarche a notamment élaboré une méthodologie pour permettre de rendre ces GAPP efficaces en termes d'évaluation des compétences et des pratiques professionnelles afin que ce dispositif ne se résume pas à de simples moments d'échanges entre pairs (HAS, 2006).

Conformément aux définitions de la HAS, un GAPP est un petit groupe de professionnels de santé de la même discipline d'une zone géographiquement proche se réunissant régulièrement et réalisant une analyse argumentée de leur pratique quotidienne via les données de la littérature dans le but d'améliorer leurs pratiques (HAS, 2006). Lors de ces réunions se déroulant sur la base du volontariat, ces groupes de pairs vont analyser leurs pratiques professionnelles à partir de cas issus de la pratique quotidienne (Hagiu & Bruel, 2020; HAS, 2006; SFMG, 2006). Dans ces groupes de pairs, il n'y a, au sens strictement organisationnel, ni leader ni expert, c'est un critère fondamental pour le fonctionnement et la pérennité de ces GAPP (SFMG, 2006).

D'après la méthodologie de la HAS, les réunions se déroulent en quatre étapes pour respecter le processus d'amélioration de la qualité. La première étape consiste à planifier le GAPP (choix du thème, savoir où rechercher les informations pertinentes). La deuxième étape est la mise en œuvre de la démarche où les participants présentent leurs dossiers. La troisième étape est le temps dédié à l'analyse entre pairs. La dernière étape est l'étape d'appropriation au cours de laquelle les professionnels s'efforcent d'améliorer leurs pratiques (HAS, 2006).

Les GAPP adoptent cependant des modalités de fonctionnement divers selon les dispositifs qui s'y rattachent : Groupes Qualité (GQ), Groupes de Pairs ¹²⁶ (GP), Groupes d'Echange de Pratique (GEP), etc. Tous ces dispositifs rattachés aux GAPP ont toutefois tous pour finalité d'améliorer les pratiques médicales à partir d'une réflexion entre pairs et d'une analyse de pratique en référence aux données issues de la science de type EBM (HAS, 2006).

Les GAPP représentent une méthode de formation et d'évaluation reconnue par la HAS comme un des moyens collectifs d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) auxquels de plus en plus de médecins généralistes participent. En effet, si le taux de participation aux GAPP était considéré

¹²⁶ La SFMG propose trois temps pour la mise en place de ces réunions au sein desquelles les quatre étapes décrites par la HAS s'intègrent lors du premier temps où chaque participant présente un cas. Le deuxième temps est consacré au parcours et à la coordination des soins pendant lequel les participants échangent sur l'offre locale de santé. Lors d'un troisième temps, un temps libre est laissé aux discussions du groupe (SFMG, s. d.-a, 2006).

comme faible ou nul dans les années 2000 en France, ce taux est passé à plus de 10 % en 2016¹²⁷, restant cependant plus faible en France que dans les autres pays d'Europe centrale et nordique (Hagiu & Bruel, 2020).

Ainsi, à travers ces dispositions réglementaires encadrant la formation continue et l'évaluation des pratiques, mais également à travers la méthodologie élaborée par la HAS pour les groupes d'échange entre pairs, les pouvoirs publics encadrent, à travers le champ de la formation, la relation entre médecins, à des fins de régulation des pratiques médicales.

Cependant, comme toute politique, celle-ci doit être évaluée afin de voir si les stratégies envisagées ont pu répondre aux attentes espérées, le paragraphe suivant fait le bilan de ces évaluations.

1.2.2) Éléments d'évaluation et perspectives pour la régulation de la prescription médicamenteuse

1.2.2.1) Des résultats partiels quant à l'efficacité des différentes stratégies de régulation

La politique de régulation de la prescription médicamenteuse inclut, nous venons de le voir, plusieurs stratégies. Elles ont pour certaines pu être évaluées et montrent des résultats divergents.

Tout d'abord, la stratégie incitative via la ROSP a des résultats positifs quant au nombre en augmentation de médecins ayant perçu la ROSP. Onze ans après sa mise en place, ce dispositif s'est intégré progressivement au sein de la rémunération des médecins généralistes. Bien que la rémunération des médecins libéraux soit basée majoritairement sur la rémunération à l'acte, qui reste le socle de leur rémunération, la ROSP tend à prendre une place de plus en plus importante. En 2018, la rémunération moyenne des médecins généralistes au titre de la ROSP s'élevait à 4 915 euros alors qu'elle était de 6 756 euros en 2015, rémunération qui représentait en moyenne 4,1 % de la rémunération d'un médecin généraliste à cette époque¹²⁸ (Assurance Maladie, 2019a; Foulst & Dupuis, 2016; Sécurité Sociale, 2015).

De plus, les évaluations menées au sein de la « ROSP du médecin traitant de l'adulte » montrent que depuis sa mise en place en 2011, la plupart des indicateurs ont évolué positivement. Ces évaluations illustrent notamment une diminution du nombre de patients consommant certains médicaments à risque iatrogène élevé comme les psychotropes, à travers une réduction sur la période 2016-2019 des traitements par psychotropes prescrits chez les patients âgés de plus de 75 ans (passant de 5,3% en 2016 à 4,4 % fin 2021) (Assurance Maladie, 2022b). Une réduction du nombre de traitements

¹²⁷ Le nombre de groupes liés à la SFMG est passé notamment de 17 en 1995 à 257 en 2013 impliquant 2 429 médecins généralistes au niveau national (Hagiu & Bruel, 2020).

¹²⁸ Cette tendance apparente de la baisse de la ROSP des médecins généralistes, malgré des versements en hausse, s'explique par un adressage d'une partie de la rémunération associée à la structuration de l'organisation vers un « forfait structure » depuis 2017.

antibiotiques prescrits chez les patients adultes âgés de 16 à 65 ans sans ALD est également observée depuis la mise en place de cet indicateur au sein de la ROSP en 2011, avec un nombre de traitements antibiotiques pour 100 patients qui est passé de 45,7 en 2011 à 23,3 en 2021 (Assurance Maladie, 2017, 2022b). Le nombre de traitements par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance a également diminué depuis l'introduction de son évaluation en 2016 (43,2 % en 2016 contre 34,4 % fin 2021) (Assurance Maladie, 2022b).

Concernant le volet efficience de la ROSP, les évaluations ont montré une meilleure pénétration des médicaments génériques et biosimilaires par rapport aux médicaments sélectionnés. Parmi les indicateurs fixés en 2016, l'indice global de prescription des médicaments génériques dans le reste du répertoire est passé de 47,1 % fin 2016 à 59,8 % fin 2021 (Assurance Maladie, 2022b). Pour ce qui est de la prescription des médicaments biosimilaires, leur part (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'*insuline glargine* est passée de 0,2 % fin 2016 à 32,6 % fin 2021 (Assurance Maladie, 2022b).

Cependant, même si les stratégies de rémunération à la performance intégrant la ROSP du médecin généraliste montrent des effets positifs au niveau des indicateurs, l'influence directe de la ROSP sur de véritables changements de pratique ainsi que sur leurs réels bénéfices cliniques chez les patients sont controversés. Une évolution d'un indicateur peut s'améliorer sans que la ROSP soit à l'origine de cette amélioration. De même, constater qu'un indicateur s'améliore ne signifie pas que la qualité globale des soins s'améliore. Par ailleurs, les médecins peuvent n'avoir pas augmenté leur effort en matière de qualité mais l'avoir simplement déplacé vers les domaines qui font l'objet d'une rémunération. L'amélioration de ce qui est mesuré dans le cadre de la ROSP peut avoir pour contrepartie une dégradation de ce que la ROSP ne mesure pas.

De plus, les évaluations internationales des programmes de paiement à la performance en médecine ambulatoire comme celles du programme anglais, aboutissent, pour leur part, à un bilan pour le moins mitigé de cette politique de paiement à la performance en médecine ambulatoire (P.-L. Bras, 2020). Ce bilan très mitigé du QOF au Royaume-Uni a notamment suscité un débat sur l'avenir de ce dispositif au sein du pays et a conduit à l'abandon total des indicateurs du QOF en Écosse (2016) et au Pays de Galles (2018) (P.-L. Bras, 2020). De plus les conclusions d'une revue de la littérature réalisée par le réseau Cochrane sur les expériences d'incitation financière dans les soins primaires soulignent que malgré des résultats encourageants, le manque de résultats empiriques dans ce domaine demande de la prudence quant à l'impact de l'utilisation d'incitations financières pour améliorer la qualité des soins primaires (Scott et al., 2011). Tous ces éléments amènent à prendre avec précaution l'impact de l'évolution des indicateurs de la ROSP sur la qualité des soins et de leurs réels bénéfices cliniques chez les patients.

Quelques évaluations ont été menées sur les autres stratégies de régulation.

Les actions de formation des professionnels sont, en fonction de leurs modalités, des résultats variables et souvent modérés (Forsetlund et al., 2009). L'efficacité de la formation serait notamment plus grande lorsque ses modalités sont interactives, couplées à d'autres interventions et que les actions de formation s'inscrivent dans la durée (Forsetlund et al., 2009).

Concernant les GAAP, une étude randomisée française réalisée avec le soutien de la SFMG n'a pas mis en évidence d'amélioration de la qualité de la prescription chez les participants de groupes de pairs¹²⁹ (Raineri et al., 2008). Au niveau international, une revue de la littérature intégrant 24 études quantitatives a analysé si les GAPP favorisaient le changement de comportement et l'amélioration de la pratique courante. Les résultats de cette étude suggèrent que les GAPP améliorent les performances individuelles et de groupes, mais ne montrent pas de preuve quant à l'amélioration de l'adhésion des médecins aux recommandations (Rohrbasser et al., 2018).

Ces résultats partiels issus d'évaluations des différentes stratégies d'action de la politique de régulation de la prescription médicamenteuse amènent à considérer d'autres stratégies, ces perspectives sont détaillées dans le paragraphe suivant.

1.2.2.2) Des perspectives d'actions envisageables vis-à-vis de la régulation de la prescription médicamenteuse

Suite aux stratégies qu'elle a déjà mises en place et de leurs retours d'expérience, l'Assurance maladie souhaite renforcer les mesures existantes et cherche à mieux répondre à la complexité que demande la régulation des pratiques pour être efficace. Dans ses plans d'action pour 2019, l'Assurance maladie a défini différents prérequis quant aux futures modalités d'intervention à développer afin de les rendre plus efficaces. Parmi les prérequis soulignés, on peut citer :

- associer plusieurs modalités d'action afin de rendre ces interventions plus efficaces plutôt que de les mener à travers un seul levier d'action ;
- prendre en compte que la modification des pratiques induite par l'amélioration de la pertinence peut se traduire par une modification de l'organisation d'une structure ou la remise en cause de la perception qu'un professionnel a de son exercice et que cela peut nécessiter un appui méthodologique ou technique ;
- produire des données chiffrées afin de permettre de donner une image précise de la pratique professionnelle au professionnel de santé ;

¹²⁹ Une des raisons pouvant expliquer le résultat négatif de cette étude peut être représentée par le fait que les participants du groupe témoin ont été choisis parmi la liste de diffusion de la SFMG. Les témoins ne participaient pas aux groupes de pairs certifiés SFMG, mais participaient régulièrement à des groupes de qualité ou groupes d'analyse de pratique (Hagi & Bruel, 2020).

- associer les professionnels et leurs représentants dans la mise en place des actions ;
- anticiper l'impact financier des actions menées pouvant se traduire pour un professionnel de santé par une diminution de son activité ou de ses revenus (Assurance Maladie, 2018).

Ces prérequis dessinent de nouvelles perspectives d'actions pour la politique de régulation de la prescription médicamenteuse, en conjuguant des modalités d'action différentes, en amenant une approche plus partenariale avec les professionnels dans la conception des interventions mais aussi en diffusant aux professionnels des données chiffrées objectivant leur pratique, notamment en lien avec la prescription médicamenteuse.

La production de données chiffrées représente un axe primordial pour que la politique de régulation de la prescription médicamenteuse soit plus efficiente. Dans le cadre de la prescription médicamenteuse, comme dans d'autres domaines, la présence plus prépondérante d'indicateurs objectifs permettrait de faire un état des lieux plus approfondi, d'identifier les points d'amélioration et de mieux suivre l'efficacité des mesures mises en place.

De nombreux pays ont introduit des indicateurs au sein de leur politique de santé pour travailler sur l'amélioration et l'efficacité des pratiques des professionnels. En France, le Système National d'Information Inter-régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) qui fait partie du Système National des Données de Santé (SNDS) constitue une base de données et d'informations très précieuse pour apprécier la qualité et la pertinence des prescriptions dans le système de soins français. Cependant, comme le mentionne l'Assurance maladie elle-même dans son rapport des Comptes au Ministre de 2018, l'utilisation de ces bases de données est à l'heure actuelle en deçà de ce que leur potentiel pourrait permettre d'envisager (Assurance Maladie, 2018). Dans ce rapport, l'Assurance maladie propose notamment de valoriser les données du SNDS pour construire des indicateurs de qualité et de pertinence ce qui permettrait ainsi d'exploiter pleinement ces données disponibles. L'Assurance maladie souligne également qu'elle pourrait contribuer au calcul en routine d'indicateurs de qualité et de pertinence pour contribuer à cette politique d'amélioration des pratiques (Assurance Maladie, 2018).

Le développement et l'intégration de données de vie réelle pourraient *a priori* être opportunément envisagés dans les stratégies d'action déjà mises en place (mesures incitatives, transfert d'informations aux patients, formation continue des médecins généralistes).

Concernant l'utilisation de données de vie réelle dans la communication destinée aux patients, de nombreux pays de l'OCDE ont mis en place des systèmes de recueil et de diffusion d'informations sur la qualité des prestataires à destination des patients. Ces systèmes concernent plus généralement la diffusion publique d'informations sur les établissements hospitaliers et non la pratique des médecins

généralistes à titre individuel (Assurance Maladie, 2018). Cette diffusion publique de l'information sur la qualité répond à une exigence de transparence mais aussi à une volonté d'introduire un mécanisme de pseudo-concurrentiel par benchmarking en éclairant le choix des patients (Assurance Maladie, 2018). À travers les indicateurs de la ROSP, il pourrait être envisageable de rendre accessible les résultats de chaque médecin comme source de données communiquées aux patients. Cependant, en raison de l'absence d'ajustement des pratiques médicales à la patientèle, il n'est pas possible que les résultats de la ROSP ne soient rendus publics et portés à la connaissance des patients, au risque de stigmatiser les généralistes, qui en raison de la composition de leur patientèle seraient susceptibles d'avoir de moins bons résultats (P.-L. Bras, 2020). Cette disposition prive du poids que pourrait avoir les données de vie réelle dans la relation médecin-patient et du levier que la communication de celles-ci au grand public pourrait avoir dans l'amélioration de la prescription médicamenteuse. Les données recueillies au sein de la ROSP restent ainsi confinées au sein de la relation entre médecins et l'Assurance maladie alors même qu'il semblerait intéressant que l'assuré qui la finance par ses cotisations puisse en connaître les résultats (P.-L. Bras, 2020).

Les données de vie réelle pourraient également être introduites de manière plus importante au sein des mesures incitatives mises en place, notamment à travers la ROSP. Comparé aux 77 indicateurs que le QOF mobilise au Royaume-Uni pour la régulation des pratiques médicales (P.-L. Bras, 2020), le nombre d'indicateurs retenus en France au sein de la ROSP est plus restreint (29 indicateurs en 2021). Cependant, devant un nombre déjà important d'indicateurs associés à la prescription médicamenteuse au sein de la ROSP (15 sur 29) ainsi que la remise en cause de cette politique de paiement à la performance au Royaume-Uni, une intégration beaucoup plus importante de données au sein de la « ROSP du médecin traitant de l'adulte » ne semble pas présenter une opportunité plus spécifique vis-à-vis du dispositif déjà en place. Toutefois, devant la richesse des données présentes au sein du SDNS, la mise à disposition de certaines de ces données, non pas dans le cadre incitatif de la ROSP mais plus à titre informatif à travers la visite des délégués de l'Assurance Maladie par exemple, pourrait être une disposition intéressante. À titre d'exemples, le nombre de patients de plus de 65 ans sous AINS, la part de benzodiazépines de longue demi-vie parmi l'ensemble des benzodiazépines prescrites voire encore la part d'opioïdes de classe II parmi l'ensemble des antalgiques prescrits, seraient des indicateurs qui permettraient aux médecins généralistes de mieux connaître leur pratique à partir de données quantitatives objectives reflétant des enjeux sanitaires actuels en France, et cela sans qu'une démarche incitative n'intervienne à proprement parler.

Concernant l'intégration de données de vie réelle dans le cadre des relations entre pairs, celle-ci pourrait être plus importante notamment à travers leur déploiement au sein des groupes de pratique. Les Groupes Qualité (GQ) introduits en Bretagne au début des années 2000 en sont en exemple (Assurance Maladie, 2018). En effet, ces Groupes Qualité, identifiés à des GAAP, en raison d'une

démarche collective réunissant des médecins généralistes volontaires d'une même zone géographique (HAS, 2006) représentent un dispositif dans lequel les données d'activité des médecins généralistes participants sont utilisées de manière régulière afin de travailler sur la qualité et la pertinence de leur pratique professionnelle.

Ce type de dispositif se différencie des groupes de pairs par l'existence d'un partenariat avec différents partenaires institutionnels dont l'Assurance maladie. L'Assurance contribue au soutien de ce dispositif de deux manières : d'une part à travers la rémunération des médecins participants en couvrant leur perte de revenu lié à la perte d'honoraires pendant les séances¹³⁰, d'autre part par la mise à disposition des données de prescription (Assurance Maladie, 2018). Une restitution périodique des indicateurs de pratique issus de données SNIIRAM en adéquation avec les thématiques abordées est réalisée tous les 6 mois (URPS Médecins libéraux de Bretagne, 2017). Ces indicateurs permettent aux praticiens de se situer collectivement et individuellement en termes de pratique, d'élaborer des réflexions de groupe à partir des données objectives de vie réelle mais également de suivre des actions d'amélioration, d'en évaluer les impacts et de les modifier (Assurance Maladie, 2018; URPS Médecins libéraux de Bretagne, 2017).

Historiquement, les thèmes abordés par ces GQ ont principalement porté sur la prescription médicamenteuse (URPS Médecins libéraux de Bretagne, 2017). Les résultats des évaluations de ces GQ montrent que les médecins participants présentent des pratiques de prescription différentes des autres médecins généralistes. Leurs prescriptions sont notamment plus adaptées. Cependant, le lien direct entre la participation de médecins à des GQ et les économies potentiellement réalisées doit être interprété avec prudence (Assurance Maladie, 2018). En 2017 soit 16 ans après son instauration, le dispositif comptait 144 groupes au sein de sept régions¹³¹, soit un total de 1 540 médecins impliqués dans ce dispositif (Assurance Maladie, 2018).

La démarche des GQ représente un dispositif original de régulation de médecine de ville tourné vers la qualité, conjuguant plusieurs modalités d'action appuyées par l'intégration de données de vie réelle. Les GQ ont une approche pragmatique et conforme aux logiques professionnelles, proche de modes d'organisation qui ont fait la preuve de leur efficacité dans d'autres contextes notamment hospitalier¹³². Au regard des résultats recueillis, l'Assurance maladie considère dans son rapport des Comptes au Ministre de 2018, que le dispositif des GQ est une démarche utile à l'amélioration des pratiques et au développement de logiques professionnelles collectives. Les résultats encourageants de

¹³⁰ Avant la rémunération des médecins généralistes participants pour pertes de revenu, le financement de ce dispositif a été initié sur la base du Fonds d'Intervention Régional (FIR) (Assurance Maladie, 2018).

¹³¹ Le dispositif des GQ s'est développé en dehors de la Bretagne, notamment dans six autres régions : Normandie, Centre-Val de Loire, Hauts-de-France, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Guadeloupe (Assurance Maladie, 2018; URPS Médecins libéraux de Bretagne, 2017).

¹³² D'autres dispositifs similaires aux GQ mais existant dans le monde hospitalier ont fait preuve de leur efficacité, tels que les Revues de MorbiMortalité (RMM) à l'hôpital ou les Comités de Retour d'expériences (CRex) en radiothérapie (Assurance Maladie, 2018).

ce dispositif ont notamment conduit l'Assurance maladie à proposer l'inscription de son financement dans les financements de droit commun, la professionnalisation et la mutualisation plus importante des outils utilisés (synthèse de littérature, profils, etc.), le choix de nouveaux thèmes ainsi que l'évaluation de l'impact des GQ avec une méthodologie commune à l'ensemble des régions sur la période la plus longue possible. Ce modèle semble donc devoir être largement encouragé et diffusé (Assurance Maladie, 2018).

Les évaluations réalisées par l'Assurance maladie, ainsi que les initiatives et expériences internationales qui travaillent sur la qualité et la pertinence des soins, montrent qu'il est difficile de faire reposer l'essentiel d'une politique d'amélioration de la qualité des soins sur un seul dispositif mais que c'est un ensemble d'actions multiples, concertées et réunissant l'ensemble des acteurs qui peut être en mesure de donner des résultats tangibles. Devant la complexité que représente la régulation de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes, notamment avec l'arrivée continue de nouvelles molécules mais également en raison de la grande diversité des pathologies concernées, l'instauration d'interventions « sur mesure » intégrant des modalités d'action différentes mais complémentaires (formation, intégration des recommandations, des données de vie réelle, échanges entre pairs) comme l'illustre l'exemple des GQ est une perspective intéressante dans laquelle de nouvelles actions pourraient être envisagées.

Cette première section a permis de mettre en évidence l'évolution de la politique de régulation des pratiques médicales en médecine de ville. Cette politique s'est efforcée depuis les années 70 de diffuser dans les pratiques des recommandations scientifiques, propres à développer la qualité et la sécurité des prescriptions. Plus récemment, des objectifs d'efficacité de la prescription ont aussi été incorporés. Cette évolution aboutit aujourd'hui à des modalités qui mobilisent principalement les incitations financières, et de façon secondaire l'information sur les bonnes pratiques auprès du patient mais aussi la formation continue et les groupes de pairs. L'évaluation de ces politiques reste partielle, mais ne montre pas de résultats majeurs. La stratégie de disposer d'un arsenal large de leviers d'action pour améliorer les décisions de prescription des médecins laisse ouverte la possibilité d'autres actions ou d'autres logiques d'intervention.

L'orientation actuelle de l'organisation des soins de ville vers un exercice pluriprofessionnel et la coordination des acteurs, amène assez naturellement à interroger la participation du pharmacien, en tant que spécialiste du médicament, à l'amélioration de la prescription des médecins de ville. La deuxième section de ce chapitre va analyser les contours actuels et potentiels de cette participation, compte tenu notamment d'une évolution, déjà amorcée, de la place du pharmacien d'officine dans l'organisation des soins de ville.

Section 2 : La place du pharmacien officinal dans la régulation de la prescription médicamenteuse : état des lieux et perspectives

Cette deuxième section va nous permettre d'aborder la place, en France, du pharmacien d'officine dans la prescription médicamenteuse et son rôle effectif ou possible pour améliorer, réguler, cette prescription en médecine générale. Le pharmacien d'officine est un acteur clé dans les GPMP dont nous souhaitons analyser la cohérence et la faisabilité en France. L'objectif est ici de connaître précisément le périmètre actuel de ses compétences et de ses actions, son rôle dans les prises en charge et les organisations de soins, afin de pouvoir, ensuite, mesurer l'évolution dans ces domaines qu'impliquerait sa participation à des GPMP en France.

Nous étudierons, dans un premier temps, la contribution du pharmacien d'officine en abordant à la fois les dispositions réglementaires qui encadrent ses missions et leurs évolutions ainsi que des éléments d'évaluation qui nous permettront de mieux déterminer sa contribution effective sur le terrain tout comme sa collaboration avec les médecins généralistes.

Le système de soins primaires évoluant actuellement vers un exercice pluriprofessionnel et coordonné, nous analyserons, dans un second temps, la manière avec laquelle la restructuration actuelle de ce secteur de soins est en mesure de donner un périmètre d'actions plus important aux pharmaciens d'officine dans la régulation de la prescription médicamenteuse, à travers notamment une augmentation de leurs relations avec les prescripteurs. Nous dresserons à cet effet un état des lieux du déploiement actuel des dispositifs d'exercice coordonné, de l'intégration des pharmaciens officinaux dans ces dispositifs ainsi que des effets avérés de cette réorganisation sur les pratiques professionnelles.

2.1) La place et le rôle du pharmacien officinal dans la régulation de la prescription médicamenteuse

Le pharmacien officinal a le monopole de la dispensation du médicament. Il a à ce titre un rôle et des responsabilités dans l'exécution des prescriptions faites par les médecins. Toutefois, toute une série de missions, assez récentes, lui donne un rôle plus actif dans la prise en charge pharmacothérapeutique du patient et devrait induire des relations différentes avec les médecins prescripteurs. Si l'évaluation de l'effectivité de ces missions reste mitigée, elles ouvrent des pistes pour une contribution plus importante et plus collaborative du pharmacien d'officine à la prescription médicale.

2.1.1) La contribution du pharmacien officinal dans le cadre réglementaire

2.1.1.1) La prescription médicamenteuse : complémentarité et responsabilités du médecin et du pharmacien

La prescription médicamenteuse est l’aboutissement d’une démarche complexe qui engage la responsabilité du médecin qui la rédige. La dispensation de cette prescription engage, quant à elle, la responsabilité du pharmacien dans l’officine choisie par le patient. Ainsi, chaque professionnel a un rôle et des responsabilités complémentaires pour assurer la qualité, la sécurité et l’efficacité de la prescription médicamenteuse.

2.1.1.1.1) Responsabilités et devoirs du médecin

Le médecin généraliste est le professionnel de santé à l’origine de la majorité des prescriptions médicamenteuses¹³³. Sa prescription médicamenteuse est encadrée par des normes déontologiques, réglementaires en lien avec le Code de la Santé Publique (CSP) et le Code de la Sécurité Sociale (CSS), ou inscrites dans des textes spécifiques applicables à certaines catégories de médicaments.

Le code de la déontologie médicale¹³⁴ précise que le médecin reste libre de sa prescription dans les limites fixées par la loi mais aussi que ses prescriptions doivent viser la qualité comme la recherche d’économie (Légifrance, 2004a). Ses prescriptions doivent être celles qu’il estime les plus appropriées compte tenu des circonstances et de l’intérêt du malade¹³⁵. La liberté de prescription en dehors des indications de l’Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) continue d’exister mais est toutefois encadrée¹³⁶. La réalisation de la prescription doit être fondée sur les données acquises de la science¹³⁷, les connaissances du prescripteur devant être actualisées¹³⁸ (obligation de DPC).

Le Code de la Santé Publique précise également que le médecin doit limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, la sécurité et l’efficacité des soins¹³⁹. Celui de la Sécurité Sociale indique que le médecin doit observer, dans ses actes et prescriptions, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l’efficacité des soins¹⁴⁰ (Légifrance, 2004a, 2020). L’ordonnance est en effet un document permettant l’ouverture des droits au remboursement ou à la prise en charge des soins, le CSS stipule qu’elle doit pour cela inclure impérativement certaines informations (identifiant du prescripteur, nom du patient, etc.)¹⁴¹.

¹³³ Cf paragraphe 1.1.2.2. du Chapitre 1

¹³⁴ Art. R.4127-1 et suivants du CSP

¹³⁵ Article R.4127- 8 du CSP

¹³⁶ Art. L.5121-12-1 et R.5121-76-1 à R.5121-76-9 du CSP

¹³⁷ Art. R.4127-32 du CSP.

¹³⁸ Art. R.4127-11 du CSP

¹³⁹ Art. R.4127-8 du CSP

¹⁴⁰ Art. L.162-2-1 du code de la Sécurité sociale (CSS)

¹⁴¹ Art. R.5123-1 du CSP, art. R.161-45 du CSS. Dispositions précisées par la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l’Assurance maladie, signée le 25 août 2016. Parmi les notifications à mentionner sur la prescription figurent l’identifiant personnel du prescripteur (numéro RPPS), l’identifiant de la structure d’activité au titre de

Par ailleurs, pour des raisons de maîtrise des dépenses, les médecins sont incités à prescrire au sein du répertoire des médicaments génériques, notamment par le biais de la ROSP, dont les règles¹⁴² ont été présentées au sein du paragraphe 1.2.1.1. Enfin, depuis le 1er janvier 2015¹⁴³, la prescription en Dénomination Commune Internationale (DCI) est obligatoire pour toutes les spécialités, le nom de marque de la spécialité devenant facultatif.

Ces dispositions réglementaires et législatives tracent ainsi les limites, qui restent malgré tout assez souples, de la liberté de prescription des médecins généralistes.

2.1.1.1.2) Responsabilités et devoirs du pharmacien d'officine

En raison du monopole pharmaceutique¹⁴⁴, le pharmacien d'officine est le seul professionnel de santé habilité à la dispensation des médicaments au public, que ces médicaments soient avec ou sans ordonnance. La délivrance de la prescription médicamenteuse est une des principales missions du pharmacien d'officine, le code de déontologie¹⁴⁵ définit les devoirs auxquels il doit répondre.

Les dispositions réglementaires du code de déontologie qui est intégré dans le CSP définissent les responsabilités du pharmacien d'officine relatives à l'acte de dispensation. Il doit assurer la réalisation de cet acte dans son intégralité, les composantes de cet acte sont :

- l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;
- la préparation éventuelle des doses à administrer ;
- la mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage du médicament.

Le pharmacien doit également s'assurer de la bonne compréhension de l'ordonnance par le patient. Il doit notamment fournir les informations et conseils nécessaires pour assurer la sécurité de la délivrance et l'adhésion du patient à sa prescription médicamenteuse¹⁴⁶.

L'exercice personnel auquel est tenu le pharmacien officinal consiste pour ce dernier à exécuter lui-même les actes professionnels tels que la dispensation des ordonnances. S'il ne réalise pas lui-même la dispensation d'une ordonnance, il doit en surveiller personnellement et attentivement l'exécution¹⁴⁷ (Légifrance, 2004b).

laquelle est établie l'ordonnance (donc soit le numéro Assurance maladie personnel (numéro AM) pour les médecins exerçant en structures, soit le n° FINESS pour les structures comme les établissements de santé), les nom et prénom du patient bénéficiaire des prestations, la date de la prescription, la dénomination du médicament, la posologie, la durée de traitement ou le nombre d'unités de conditionnement ainsi que la signature du prescripteur.

¹⁴² Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie, signée le 25 août 2016

¹⁴³ Décret n° 2014-1359 du 14 novembre 2014 relatif à l'obligation de certification des logiciels d'aide à la prescription médicale et des logiciels d'aide à la dispensation prévue à l'article L. 161-38 du code de la Sécurité sociale

¹⁴⁴ Articles L4211-1 à L4212-8 du CSP

¹⁴⁵ Articles R.4235-1 à R.4235-77 du CSP

¹⁴⁶ Art R4235-48 du CSP

¹⁴⁷ ArtR4235-13 du CSP

Lors de la délivrance d'une ordonnance, le pharmacien d'officine doit veiller au respect du contenu réglementaire de l'ordonnance (identité et qualité du prescripteur, identité et caractéristiques du patient, etc.)¹⁴⁸, vérifier sa cohérence interne vis-à-vis du traitement de la pathologie (absence de contre-indications, recherche d'interactions médicamenteuses potentielles, de posologies non adaptées, etc.) et le respect des conditions de sécurité au regard de la situation physiopathologique du patient (Allenet et al., 2022; P. L. Bras et al., 2011).

Pour sécuriser cet acte de délivrance, le pharmacien d'officine dispose du Logiciel d'Aide à la Dispensation (LAD)¹⁴⁹ voire du Dossier Pharmaceutique (DP). En effet, le DP, mis en place en 2008 par l'Ordre des pharmaciens permet d'améliorer la sécurité de la délivrance en contribuant à un meilleur contrôle de la cohérence de la prescription médicamenteuse¹⁵⁰ (P. L. Bras et al., 2011; Ordre National des Pharmaciens, 2019).

Au vu des dispositions réglementaires, le pharmacien officinal est aussi en droit de refuser la délivrance d'une ordonnance « *lorsque l'intérêt du patient lui paraît l'exiger* » (Art. R.4235-61 du CSP). Si tel est le cas, le pharmacien doit informer immédiatement le prescripteur de son refus de délivrance et le mentionner sur l'ordonnance¹⁵¹. Le pharmacien est notamment en mesure de proposer au médecin si nécessaire des adaptations de la prescription mais selon une jurisprudence constante, le pharmacien demeure responsable de la délivrance, même dans le cas où le médecin maintient sa prescription¹⁵².

Toutefois, comme le précise un rapport de l'IGAS de 2011 sur les pratiques officinales, les pharmaciens d'officine n'ont pas la possibilité à l'heure actuelle d'exercer pleinement un contrôle optimal de la prescription médicamenteuse.

D'une part, l'absence d'accès au dossier médical ne leur permet pas d'avoir d'informations précises sur le contexte de la prescription médicamenteuse et la situation physiopathologique du patient, ni des indications effectives des médicaments prescrits (P. L. Bras et al., 2011). Ce même rapport remarque qu'une augmentation des éléments permettant d'améliorer l'analyse pharmaceutique du pharmacien,

¹⁴⁸ Art R.5132-3 du CSP

¹⁴⁹ Un Logiciel d'Aide à la Dispensation (LAD) est un logiciel dont au moins une des fonctions permet l'enregistrement d'une dispensation de médicaments (analyse des prescriptions, conseil et délivrance des médicaments) que ce soit à l'hôpital (Pharmacie à Usage Intérieur) ou en officine (ANSM, 2021).

¹⁵⁰ Le Dossier Pharmaceutique (DP) recense, pour chaque bénéficiaire de l'Assurance maladie qui le souhaite, tous les médicaments délivrés au cours des quatre derniers mois, remboursables ou non, qu'ils soient prescrits par le médecin ou conseillés par le pharmacien. Il est consultable par tout pharmacien raccordé au système. Le DP est proposé gratuitement au patient qui a le libre choix d'y adhérer ou non. Son but est d'améliorer la sécurité de la dispensation et de favoriser la coordination des soins entre tous les professionnels de santé. Il permet de mettre en évidence des prescriptions redondantes, émanant du médecin traitant et de divers spécialistes et de repérer d'éventuelles contre-indications, indétectables à la lecture seule de l'ordonnance (P. L. Bras et al., 2011; Ordre National des Pharmaciens, 2019).

¹⁵¹ Art. R.4235-61 du CSP

¹⁵² Conseil d'Etat, 29 juillet 1994, Mme Guillotin : requête n°121615 (P. L. Bras et al., 2011)

comme par exemple l'adéquation d'un médicament prescrit compte tenu de son indication autorisée¹⁵³, induirait une augmentation de ses responsabilités, notamment en matière de responsabilité pénale. Cette évolution aurait alors un impact sur sa relation avec le médecin prescripteur (P. L. Bras et al., 2011).

D'autre part, le pharmacien a une responsabilité vis-à-vis de l'efficacité de la prescription, mais il reste là aussi parfois limité dans ses actions. En effet, le pharmacien d'officine est autorisé depuis 1999¹⁵⁴ à exercer son droit de substitution à travers le répertoire des médicaments génériques. Toutefois, le prescripteur peut exclure la possibilité de cette substitution pour le pharmacien à travers l'apposition de la mention « *non substituable* », en toutes lettres, ainsi que le motif médical justifiant ce refus de substitution, au moyen d'un des acronymes autorisés (MTE, EFG ou CIF)¹⁵⁵ pour chaque médicament visé (Assurance Maladie, 2021a). Différents textes réglementaires ont encadré cette disposition dont le dernier arrêté du 12 novembre 2019 qui définit les situations médicales pour lesquelles la substitution d'un médicament au sein d'un groupe générique peut être exclue¹⁵⁶ (Légifrance, 2019b). Cette recherche d'efficacité passe également par la délivrance des conditionnements trimestriels pour les prescriptions de plus de trois mois de certains médicaments dont la liste est légalement arrêtée.

Ces responsabilités envers l'efficacité de la prescription médicamenteuse au moment de la délivrance ont été définies dans la convention nationale des pharmaciens titulaires¹⁵⁷ du 4 avril 2012.

Cette convention a permis la création de modes de rémunération diversifiés et individualisés fondés sur des engagements portant d'une part sur l'efficacité de la prescription médicamenteuse à travers le développement des génériques et des conditionnements trimestriels¹⁵⁸ et d'autre part sur la qualité de la prescription (Assurance Maladie, 2019e). Il s'agit notamment de stabiliser la délivrance de

¹⁵³ Un pharmacien ne pourrait plus se réfugier derrière son impossibilité d'avoir accès aux informations médicales pour justifier sa délivrance d'un médicament prescrit en dehors de l'AMM et sa responsabilité pénale pourrait alors être engagée (P. L. Bras et al., 2011).

¹⁵⁴ Loi de financement de la Sécurité sociale pour 1999 (loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998) ayant accordé aux pharmaciens le droit de substitution entre les spécialités appartenant au même groupe générique

¹⁵⁵ Les différents acronymes relèvent de situations différentes : « MTE », relève des médicaments à marge thérapeutique étroite lorsque les patients sont effectivement stabilisés avec un médicament, et à l'exclusion des phases d'adaptation du traitement ». Le deuxième acronyme codé « EFG », concerne la prescription chez l'enfant de moins de 6 ans lorsqu'aucun médicament générique n'a une forme galénique adaptée et que le médicament de référence disponible permet cette administration. Le dernier acronyme codé « CIF », se réfère à la présence d'un excipient à effet notoire dans tous les médicaments génériques disponibles pour lequel le patient présente une contre-indication formelle et démontrée (Assurance Maladie, 2021a).

¹⁵⁶ Arrêté du 12 novembre 2019 précisant, en application de l'article L. 5125-23 du CSP

¹⁵⁷ Convention nationale signée entre l'UNCAM et les trois syndicats représentatifs des pharmaciens : la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF), l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO) et l'Union Nationale des Pharmacies de France (UNPF).

¹⁵⁸ À travers cette convention, l'objectif du développement des conditionnements trimestriels a été fixé à un taux de pénétration de 55 %. Pour accompagner cet engagement, la marge de ces grands conditionnements a été revue par arrêté le 4 mai 2012 (JO du 10 mai 2012). D'autre part, la convention valorise l'engagement de la profession dans la délivrance des médicaments génériques en l'intégrant à la rémunération sur objectifs. L'objectif global de substitution à atteindre étant de 85 % de taux de substitution (Assurance Maladie, 2019e).

génériques pour les patients de plus de 75 ans¹⁵⁹ mais aussi d'accompagner les malades chroniques et de prévenir les risques iatrogènes, cette démarche étant formalisée par la mise en place d'entretiens pharmaceutiques (Assurance Maladie, 2019e).

Les entretiens pharmaceutiques, définis dans cette même convention, ne sont pas axés sur l'analyse de la prescription médicamenteuse en tant que telle mais sur l'accompagnement des patients. Ils ont pour but d'évaluer la connaissance des patients de leur traitement et de rechercher leur adhésion thérapeutique. La convention pharmaceutique a énoncé les objectifs globaux de ces entretiens¹⁶⁰, les avenants ultérieurs ont donné des périmètres plus précis quant à leur mise en œuvre. Ces entretiens sont actuellement proposés aux patients sous traitements anticoagulants oraux ou antiasthmatiques (Assurance Maladie, 2019e).

Le partage des rôles entre médecins et pharmaciens autour de la prescription médicamenteuse se résume donc à des responsabilités complémentaires mais bien séparées. La rédaction de la prescription médicamenteuse relève de la responsabilité du médecin, celle du pharmacien est principalement l'analyse pharmaceutique portant sur la cohérence interne de la prescription. Même si les dispositions conventionnelles signées par les syndicats de pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance maladie ont donné de nouvelles prérogatives aux pharmaciens d'officine, le périmètre d'action du pharmacien se situe toujours principalement au moment de la délivrance de l'ordonnance, à travers un rôle de contrôle qui respecte une certaine hiérarchie dans la prescription entre médecin et pharmacien.

Cependant, en cohérence avec l'évolution actuelle que connaît l'exercice pharmaceutique au niveau international, les pouvoirs publics ont voulu intégrer de manière plus importante les compétences du pharmacien officinal dans la prise en charge pharmacothérapeutique du patient. De nouvelles missions mises en place font évoluer le partage de compétences entre médecins et pharmaciens et initient plus de collaboration entre ces deux professionnels dans la prescription médicamenteuse.

2.1.1.2) Des évolutions et des nouvelles missions inscrites dans la loi

2.1.1.2.1) Une évolution inspirée du « pharmaceutical care »

L'évolution du mode d'exercice du pharmacien officinal français tend actuellement à suivre l'évolution internationale de cette profession avec une approche beaucoup plus tournée vers le patient. En effet, le rôle du pharmacien officinal a été redéfini dans de nombreux pays à travers l'émergence

¹⁵⁹ À travers cette convention, les pharmaciens s'engagent à ce que 90 % de leurs patients de plus de 75 ans n'aient qu'une seule marque de générique délivrée afin d'éviter tout risque de confusion entre les médicaments (Assurance Maladie, 2019e).

¹⁶⁰ L'article 10.2 définit les objectifs globaux des entretiens pharmaceutiques. Afin d'optimiser la prise en charge des patients, « ces entretiens doivent permettre : de renforcer les rôles de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien auprès des patients ; de valoriser l'expertise du pharmacien sur le médicament ; d'évaluer la connaissance par le patient de son traitement ; de rechercher l'adhésion thérapeutique du patient et l'aider à s'approprier son traitement ; d'évaluer à terme, l'appropriation par le patient de son traitement » (Assurance Maladie, 2019e).

dans un premier temps de la pharmacie clinique¹⁶¹ puis, au début des années 90, des soins pharmaceutiques ou « *pharmaceutical care* ». Ce concept de soins pharmaceutiques peut se définir par « *l'ensemble des attentions reçues par le patient, résultant de sa relation avec le pharmacien et son équipe, ces attentions pouvant être préventives, curatives, palliatives et concerner les produits de santé et/ou les autres déterminants de santé du patient (contexte biomédical, psychologique)* » (Allenet et al., 2021). Cette évolution du rôle et des missions du pharmacien officinal s'est alors traduite par un transfert de ses compétences vers la prise en charge du patient, complétant les missions antérieures uniquement centrées sur la préparation du médicament. Cette évolution de la posture du pharmacien rencontre une dynamique différente selon les pays, notamment en Europe avec une évolution plus précoce dans certains pays (Pays-Bas, Royaume-Uni) et un développement différent des services pharmaceutiques associés selon les pays également (Foppe van Mil & Schulz, 2006; PGUE, 2016).

Les soins pharmaceutiques impliquent que le pharmacien puisse initier et conduire des actions au bénéfice du patient. Il adopte alors une approche plus proactive de la prescription médicamenteuse. Cette évolution de la place du pharmacien dans la prise en charge du patient et la prescription médicamenteuse traduit ainsi une certaine évolution professionnelle du pharmacien d'officine. Du côté des pouvoirs publics, ces actions sont de nouvelles possibilités pour améliorer l'optimisation des traitements en termes de qualité, sécurité et économie, tout en répondant à des enjeux du système de santé et des besoins de la population.

En France, toute une série de missions ont été mises en place par les pouvoirs publics et les représentants de la profession pharmaceutique. Certaines sont obligatoires, d'autres facultatives.

En plus de la préparation et de la dispensation des médicaments, le CSP a officialisé dès 2009 dans le cadre de la loi HPST¹⁶² (article 38), de nouvelles missions obligatoires, pour le pharmacien d'officine telles que la contribution aux soins de premiers recours, la participation à la coopération entre professionnels de santé mais aussi la contribution aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé.

Outre ces missions obligatoires¹⁶³, d'autres missions, celles-ci facultatives, ont été instaurées par la loi HPST dont le rôle de pharmacien correspondant. Ce nouveau rôle avait comme objectif initial d'améliorer la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques et avait été créé dans le

¹⁶¹ Née aux États-Unis dans les années 60, la pharmacie clinique a été définie pour la première fois en 1961 par Charles Walton comme « *l'utilisation optimale de jugement et des connaissances pharmaceutiques et biomédicales du pharmacien, dans le but d'améliorer l'efficacité, la sécurité, l'économie et la précision selon lesquelles les médicaments doivent être utilisés dans le traitement des patients* » (Ordre National des Pharmaciens, 2018).

¹⁶² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

¹⁶³ Les autres missions facultatives mentionnées au sein de l'article 38 de la loi HPST sont : la participation à l'éducation thérapeutique, la fonction de pharmacien référent pour un établissement, ainsi que les propositions de conseils et prestations destinées à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

cadre des protocoles de coopération entre professionnels (article 51 de cette même loi). Ces mesures réglementaires devaient ainsi permettre au pharmacien officinal à la demande du médecin ou avec son accord, de renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des BPM destinés à en optimiser les effets. L'arrêt paru en 2011¹⁶⁴ précise les modalités opérationnelles.

La loi HPST a donc initié une nouvelle posture du pharmacien, lui permettant de mieux mettre à profit ses compétences via une action plus directe sur la prescription médicamenteuse, et de prendre en charge d'autres missions déjà répandues au niveau international comme les BPM¹⁶⁵ (Pharmaceutical Group of European Union, 2017).

2.1.1.2.2) Les Bilans Partagés de Médication : une véritable collaboration dans la prescription

Les Bilans Partagés de Médication (BPM) sont décrits par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme « une analyse critique structurée des médicaments du patient par le pharmacien dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement » (SFPC, 2017). À travers ce consensus, l'objectif d'un BPM est d'optimiser l'impact clinique des médicaments, de réduire le nombre de problèmes liés à la thérapeutique et de diminuer les coûts inutiles (Ordre National des Pharmaciens, 2018).

Les BPM correspondent à une revue de médication pour laquelle le pharmacien conduit un entretien avec le patient, réalise un bilan médicamenteux et élabore une analyse pharmaceutique. Il doit aviser le médecin si une optimisation de la thérapeutique, est possible et, selon le retour de ce dernier, veiller à sa mise en place. Les BPM impliquent une analyse de l'ensemble des traitements du patient (analyse de pertinence ou analyse pharmaceutique). L'expertise et les compétences du pharmacien, le partage d'informations et une coordination avec le médecin sont les éléments clés de ce dispositif (Ordre National des Pharmaciens, 2018).

En lien avec le rôle de pharmacien correspondant, cette nouvelle mission a été instaurée par la loi HPST puis précisée dans un arrêté de 2011¹⁶⁶ qui positionnait les BPM dans le cadre d'un protocole de soins. Le pharmacien avait dans ce cadre la possibilité de réaliser un BPM recensant « les effets indésirables » et identifiant « les interactions avec d'autres traitements en cours dont il a connaissance ». Un second arrêté paru 2016¹⁶⁷ a permis d'assouplir les dispositions en vigueur et de faciliter sa mise en place en permettant au pharmacien d'officine de « proposer un rendez-vous pour une dispensation particulière ou un bilan de médication ». Les avenants n°11 et n°12 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine ont fixé ensuite les principes et les modalités concrètes

¹⁶⁴ Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants

¹⁶⁵ Selon le Groupement Pharmaceutique de l'Union Européenne (GPUE), 53 % des pays européens proposaient des bilans de médication aux patients au sein des pharmacies de ville en 2017 (Pharmaceutical Group of European Union, 2017).

¹⁶⁶ Arrêté 2011-375 du 5 avril 2011

¹⁶⁷ Arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine

de mise en œuvre de ces BPM, notamment vis-à-vis des outils de suivi à utiliser mais également par rapport à la rémunération qui y est rattachée (Assurance Maladie, 2019e).

L’instauration du statut de pharmacien correspondant et la mise en place des BPM illustrent la volonté des pouvoirs publics, en accord avec les représentants de la profession pharmaceutique, de repositionner le pharmacien d’officine dans un rôle plus participatif dans la prise en charge pharmacothérapeutique du patient et une position plus interventionniste dans la prescription médicamenteuse.

Cette évolution de la posture du pharmacien d’officine, nécessite une expertise beaucoup plus poussée que celle requise pour le seul contrôle de l’ordonnance, elle induit un nouveau partage des rôles entre le médecin prescripteur et le pharmacien d’officine. Cette évolution devait permettre de mieux prendre en compte l’expertise spécifique de ces deux professions et de pouvoir ainsi améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge pharmacothérapeutique des patients.

Si le cadre réglementaire autorise un rôle plus collaboratif et actif du pharmacien officinal dans la prescription médicamenteuse, la mise en œuvre de ces nouvelles mission ne va pas forcément de soi. Les évaluations que nous allons maintenant présenter vont permettre d’en mesurer la réalité.

2.1.2) L’évolution observée du rôle et des missions du pharmacien

2.1.2.1) Une collaboration médecins-pharmaciens encore peu effective en France

2.1.2.1.1) Des interactions entre praticiens fréquentes mais parcellaires

Les interactions entre médecins et pharmaciens concernant la prescription médicamenteuse se sont initialement construites au moment de l’intervention de chacun de ces professionnels, lors de la rédaction de l’ordonnance pour le médecin généraliste et au moment de sa délivrance pour le pharmacien d’officine. Le fait qu’une grande proportion de consultations médicales conduise à une prescription médicamenteuse, contribue à des échanges très fréquents entre médecins généralistes et pharmaciens d’officine mais sur des points limités. Les pharmaciens sont effectivement les professionnels de santé avec qui les médecins généralistes échangent le plus souvent après les spécialistes¹⁶⁸ (Bournot et al., 2008). Toutefois, lors du rapport de l’IGAS de 2011, les médecins indiquaient ne contacter les pharmaciens que pour des renseignements techniques sur les médicaments ou pour connaître la disponibilité de certains produits (P. L. Bras et al., 2011). Face à un patient qui ne se souvient pas d’un traitement prescrit par un autre médecin, le premier réflexe des médecins est

¹⁶⁸ Lors d’interviews qui ont eu lieu en octobre et novembre 2007, dans cinq régions : Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d’Azur, plus de 85 % des médecins interviewés ont déclaré avoir eu des contacts avec des pharmaciens au cours des quinze derniers jours (Bournot et al., 2008).

notamment de consulter le pharmacien habituel du patient (52 % des cas)¹⁶⁹, les plus jeunes médecins ayant notamment plus tendance à réaliser cette démarche (Carrier, et al., 2017). Par contre, les médecins généralistes ne semblent contacter qu'exceptionnellement les pharmaciens pour échanger sur le traitement d'un patient (P. L. Bras et al., 2011).

Du côté des pharmaciens d'officine, comme souligné dans le rapport IGAS de 2011, les interventions des pharmaciens auprès des médecins généralistes pour une prescription médicamenteuse se traduisent généralement par un appel auprès de ces derniers, pour obtenir des renseignements manquants, leur faire part de problèmes d'interaction médicamenteuse, de posologie, de durée de traitement non adaptée, et ainsi pour compléter, confirmer ou modifier la prescription voire pour l'avertir du refus de délivrance (P. L. Bras et al., 2011).

La relation entre médecins et pharmaciens lors de ces échanges semble être une relation fonctionnant sur le mode de « *l'instrumentalisation où le partenaire est dépersonnalisé et identifié uniquement à son rôle de professionnel* » (Sarrandon-Eck et al., 2008). Cette relation entre ces deux professionnels de santé est donc cordiale, mais cette cordialité serait, selon les analyses du rapport de l'IGAS, due au respect des frontières entre les deux professions (P. L. Bras et al., 2011).

Une quantification de ces interventions et interactions est difficilement réalisable car la très grande majorité de ces interventions ne sont pas tracées. Quelques pharmaciens les notifient dans des cahiers alors que d'autres les reportent sur l'ordonnance avant de la transmettre à l'Assurance maladie, sans conserver de copie (P. L. Bras et al., 2011). Le nombre d'ordonnances ayant nécessité une intervention après analyse pharmaceutique est donc difficile à déterminer. Afin de tracer et matérialiser la démarche intellectuelle de l'analyse pharmaceutique, et de conserver une trace des Interventions Pharmaceutiques (IP)¹⁷⁰ réalisées, l'opinion pharmaceutique (OP) a été instaurée en 1995 par l'Ordre des pharmaciens. L'OP consiste en « *un avis motivé, dressé sous l'autorité d'un pharmacien, portant sur la pertinence pharmaceutique d'une ordonnance, d'un test ou d'une demande du patient, consigné dans l'officine, et impérativement communiqué sur un document normalisé au prescripteur lorsqu'il invite à la révision, ou lorsqu'il justifie le refus ou la modification d'office de sa prescription* » (P. L. Bras et al., 2011). La Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) a validé une fiche d'IP en 2012 dans le but de les codifier, de mieux les évaluer et favoriser leur intégration au sein des Logiciels d'Aide à la Délivrance (LAD) en officine (Allenet et al., 2006; Bedouch, 2015).

Très peu d'évaluations ont étudié les IP et leur acceptation par les médecins généralistes. Certaines études ont cherché à dénombrer le nombre d'IP. Hormis pour une étude de 1999, ces résultats sont

¹⁶⁹ Cette démarche est déclarée par les médecins avant le contact auprès de confrères prescripteurs (45 %) et du recours à l'historique des remboursements accessible via la logiciel métier ou sur Ameli Pro (24 %) (Carrier, et al., 2017).

¹⁷⁰ Une intervention pharmaceutique (IP) correspond à toute proposition de modification de la thérapeutique en lien avec un ou des produits de santé initiée par le pharmacien. Elle comporte l'identification, la prévention et la résolution des problèmes liés à la thérapeutique. Chaque IP doit être tracée dans le dossier du patient et/ou sur la prescription (SFPC, 2019).

convergeants¹⁷¹ (P. L. Bras et al., 2011). D'après les données recueillies dans une « enquête des ARS »¹⁷² pour le rapport IGAS de 2011, le nombre d'ordonnances concernées par une IP serait de l'ordre de 9 pour 1 000 soit environ cinq millions par an. Une modification des prescriptions voire un refus de délivrance seraient réalisés avec une fréquence de 7,4 ordonnances sur 1000 (P. L. Bras et al., 2011). Une étude prospective récente¹⁷³ menée en 2018 dans une pharmacie d'officine en zone rurale pendant sept mois converge avec cet ordre de grandeur (Castronovo et al., 2018). En effet, sur un total de 20 238 prescriptions analysées, 211 IP ont été réalisées sur 159 prescriptions soit une fréquence de 7,8 pour 1000 ordonnances et 93,4 % des IP (n = 197) furent au final acceptées. La majorité des prescriptions de cette étude provenait notamment de médecins généralistes (78,6 %)¹⁷⁴ (Castronovo et al., 2018). En 2015, l'étude Doppi Offi¹⁷⁵ a, pour sa part, étudié l'impact plus spécifique du Dossier Pharmaceutique (DP) quant à la réalisation d'IP. Au sein de cette étude, 248 pharmacies participantes ont notifié 7 320 IP dont 50 % des IPP ont fait l'objet d'un appel au prescripteur, ces dernières ayant été acceptées dans 92 % des cas par les médecins généralistes (Bedouch, 2015).

Ces quelques études ont permis de quantifier les interventions des pharmaciens et montrent notamment leur acceptabilité dans une très grande majorité des cas par les médecins généralistes, mettant en lumière leur pertinence comme le souligne aussi le rapport de l'IGAS pour qui les IP sont certes variées mais globalement de bonne qualité (P. L. Bras et al., 2011).

Malgré l'intérêt que peut représenter le fait de formaliser les interventions réalisées par le pharmacien d'officine lors du contrôle de l'ordonnance, l'OP n'a pas répondu aux attentes espérées. L'absence de rémunération associée pour cette démarche a pu contribuer à son insuccès, comme l'illustre la faible participation des officines (11,3 %) ayant rédigé des fiches d'OP au cours du second semestre 2010 (P. L. Bras et al., 2011).

L'état des lieux des interactions effectives entre médecins généralistes et pharmaciens officinaux dans le cadre de la prescription médicamenteuse montre des interactions fréquentes mais limitées

¹⁷¹ Une étude française de 1999 met en évidence un taux d'intervention des pharmaciens sur les ordonnances de l'ordre de 0,18 % ayant pour origine à part égale une anomalie de posologie et des interactions médicamenteuses. L'« enquête des ARS » fait apparaître un taux d'intervention de 1,97 %, ramené à 1,16 % si l'on écarte les interventions liées aux difficultés de lecture des ordonnances (P. L. Bras et al., 2011).

¹⁷² Ayant fait le constat qu'aucune évaluation des missions habituellement réalisées en officine n'avait jamais été conduite, une demande d'enquête sur ce thème a été demandée aux ARS dans le cadre du rapport de l'IGAS de 2011. Les pharmaciens inspecteurs de santé publique (PHISP), chargés de sa mise en œuvre, se sont appuyés sur un questionnaire d'évaluation national construit avec leur aide pour visiter de manière impromptue, dans chaque région, environ 1 % des officines, soit 250 au total. Ce travail, dénommé « enquête des ARS » a permis à la mission de disposer d'un bilan des pratiques officinales en 2011 (P. L. Bras et al., 2011).

¹⁷³ Les caractéristiques démographiques, le type de problèmes médicamenteux, les interventions pharmaceutiques et leurs issues ont été recueillis et classés avec la grille validée de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC). Toutes les interventions pharmaceutiques recueillies ont fait l'objet d'une seconde relecture par un pharmacien indépendant (Castronovo et al., 2018).

¹⁷⁴ Les problèmes médicamenteux les plus fréquemment identifiés ont été une prescription non conforme (30,8 %), un médicament ou un dispositif non reçu par le patient pour une cause de rupture (21,8 %) et un problème de posologie (18,9 %) (Castronovo et al., 2018).

¹⁷⁵ Cette étude a porté sur 6 semaines de recueil, séquencées sur 6 mois entre octobre 2014 et juin 2015 auprès d'étudiants de 6^{ème} année de cinq facultés de Pharmacie (Dijon, Nantes, Toulouse, Paris Descartes, Grenoble) (Bedouch, 2015).

permettant seulement à chacun de répondre à ses propres responsabilités. Les échanges semblent cordiaux et les interventions des pharmaciens acceptées par les médecins généralistes mais ils restent très parcellaires et fragmentés.

2.1.2.1.2) Des Bilans Partagés de Médication peu développés

Les BPM correspondent à une réelle collaboration entre médecins et pharmaciens autour de la qualité et de la sécurité de la prescription médicamenteuse. Les quelques bilans disponibles montrent que leur diffusion reste pour le moins modeste.

Quelques articles dans la presse pharmaceutique décrivent le niveau de déploiement des BPM à la suite de leur lancement. Fin octobre 2018, soit quelques mois après leur instauration, lors du 71^{ème} congrès national des pharmaciens, le président de la CNAM, Mr Revel, indiquait que le nombre de BPM réalisés était de 15 000. Ce chiffre représentait alors à peine 4 % des objectifs projetés par l'Assurance maladie (Laurent Lefort, 2018). Un an après leur lancement, les données issues des évaluations menées par la Sécurité sociale soulignaient que « *seulement 15 % des pharmacies avaient réalisé des BPM, soit 3 000 officines environ* »¹⁷⁶ (Demarti, 2019). Ce constat illustre le faible investissement des pharmaciens officinaux dans ce dispositif.

À la différence des interventions pharmaceutiques réalisées lors de la dispensation dont l'objectif serait essentiellement d'assurer l'adéquation et la sécurité de la prescription au moment de la délivrance, les interventions pharmaceutiques réalisées à l'issue des BPM viseraient préférentiellement une optimisation plus générale de la prise en charge médicamenteuse des patients. Très peu d'évaluations ont porté sur la qualité des interventions réalisées au cours de ces BPM et notamment sur les retours des médecins généralistes après réception de l'analyse du pharmacien. Une évaluation menée en 2016 dans le Grand Est sur la mise en œuvre de bilans médicamenteux optimisés par l'intermédiaire de la conciliation médicamenteuse¹⁷⁷ soit les prémices des BPM, a permis toutefois de recueillir quelques informations qualitatives¹⁷⁸ (Creton, 2019). L'analyse a impliqué 62 pharmacies et a dénombré 850 IP (pour 248 patients) dont 617 présentaient un impact clinique positif pour la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients (ARS Grand Est et al., 2018). Parmi ces IP transmises aux médecins, 61 % ont été acceptées par le médecin généraliste. Le taux d'acceptabilité des IP a été analysé en fonction des types de problématique. La non-conformité ou contre-indication aux référentiels ainsi que la prescription d'un médicament non justifié sont les

¹⁷⁶ Annonce effectuée par Annelore Coury (CNAM), lors d'une table ronde animée par « le Quotidien » qui s'est déroulée lors du salon PharmagoraPlus (30 et 31 mars, Porte de Versailles, Paris)

¹⁷⁷ La conciliation médicamenteuse est un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle (SFPC, 2019)

¹⁷⁸ Cette étude a eu lieu dans le contexte du développement d'une méthodologie et d'outils mis en place lors d'une expérimentation en lien avec le dispositif PAERPA (avril à fin août 2016) et a intégré des étudiants en 6^{ème} année en officine pour sa réalisation (ARS Grand Est et al., 2018).

critères pour lesquels le taux de refus des médecins généralistes a été le plus élevé¹⁷⁹. Cependant, malgré ces résultats positifs, les pharmaciens ont souligné des difficultés pour s'entretenir avec le médecin. D'ailleurs, le manque de temps des médecins, leur manque d'intérêt et le manque de légitimité du pharmacien à engager un bilan ont été mis en avant par les répondants comme les principaux freins présents chez les médecins généralistes par rapport à ce type de collaboration¹⁸⁰ (Creton, 2019).

Hormis cette étude, à notre connaissance, aucune évaluation à grande échelle ne permet actuellement d'apprécier précisément l'impact de ces BPM et le niveau associé de la collaboration médecins-pharmaciens.

La diffusion quantitativement toujours faible des BPM peut aussi être abordée à travers la perception qu'ont les pharmaciens comme les médecins de leur rôle dans la prescription médicamenteuse.

2.1.2.2) Des opinions divergentes entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine

2.1.2.2.1) Une perception favorable des pharmaciens officinaux

Les pharmaciens officinaux sont plutôt favorables à une évolution de leurs missions et du partage de compétences avec les médecins généralistes dans la prise en charge pharmacothérapeutique du patient, comme le souligne l'« enquête des ARS » réalisée dans la cadre du rapport IGAS de 2011.

En 2011, près de 95 % des pharmaciens se sont déclarés volontaires pour assurer la fonction de pharmacien correspondant, réaliser des BPM ainsi que d'autres missions¹⁸¹ (P. L. Bras et al., 2011).

Une autre enquête nationale menée en 2018 auprès de pharmaciens officinaux, titulaires et adjoints, a précisé leurs perceptions sur les nouvelles missions du pharmacien d'officine¹⁸² (Mahi-Moussa, 2019). Parmi les pharmaciens répondants (n=310), 67,4 % se sont estimés prêts à faire face aux nouvelles missions qui leurs sont attribuées. Les pharmaciens les plus jeunes (26-31 ans) étaient un peu plus convaincus par ces nouvelles missions (70,6 % au sein de cette tranche d'âge). Ces nouvelles missions doivent permettre d'optimiser la prise en charge des patients et de valoriser le rôle du pharmacien auprès des patients pour, respectivement, 78% et 75.5% de l'ensemble des répondants. Les rapports interprofessionnels à travers l'amélioration de la collaboration avec les autres professionnels de santé (61.6 %) et la valorisation de la profession auprès des médecins (47 %) ont été deux autres attentes

¹⁷⁹ La taille des échantillons de chaque classe ATC ne permet pas d'établir une significativité pour la comparaison des taux d'acceptabilité entre classes médicamenteuses bien que pour certaines classes comme les laxatifs ou les opioïdes, des taux d'acceptabilité des IP sont supérieures à 80 % (ARS Grand Est et al., 2018).

¹⁸⁰ Les modalités d'échanges rapportées entre médecins généralistes et pharmaciens officinaux ont été principalement le téléphone (43 %) et le contact direct (42 %) (ARS Grand Est et al., 2018).

¹⁸¹ Parmi les autres missions évoquées, figuraient les actions de dépistage, la participation aux programmes d'éducation thérapeutique du patient et la réalisation du suivi vaccinal (P. L. Bras et al., 2011).

¹⁸² L'enquête destinée uniquement aux pharmaciens, s'est présentée sous forme d'un questionnaire en ligne de trente questions, envoyé à tous les Ordres régionaux des pharmaciens de France. La diffusion a eu lieu sur la période de juin 2018 à octobre 2018 dans les régions suivantes : Bretagne, Pays de la Loire, Basse-Normandie, Champagne-Ardenne, Centre-Val de Loire, et Poitou-Charentes (Mahi-Moussa, 2019).

évoquées par les pharmaciens répondants (Mahi-Moussa, 2019). Concernant l'instauration des nouvelles missions, les pharmaciens répondants ont vu principalement dans les BPM, la reconnaissance de leurs compétences et de leur rôle de professionnel de santé. La valorisation potentielle de leurs compétences à travers ces nouvelles missions dépend cependant fortement de l'âge du pharmacien. Chez les jeunes pharmaciens (26-31 ans), formés aux nouvelles missions, celles-ci n'ont pas été perçues comme une plus-value à leur diplôme alors que chez les pharmaciens les plus âgés (>60 ans) et moins habitués à l'accompagnement des patients, l'unanimité a été de mise concernant cette valorisation du métier (Mahi-Moussa, 2019).

Les pharmaciens d'officine en tout cas se déclarent prêts et favorables à ces nouvelles missions, à une collaboration accrue avec le médecin généraliste. Ils en attendent une meilleure reconnaissance de leurs compétences auprès des patients comme auprès des autres professionnels de santé, notamment des médecins généralistes.

2.1.2.2.2) Des médecins généralistes satisfaits de l'existant, réservés sur une évolution

En France, quelques études ont évalué les perceptions des médecins généralistes quant à leur relation avec les pharmaciens d'officine. Elles montrent que la plupart des médecins sont satisfaits de ces relations notamment pour le contrôle des ordonnances qu'ils considèrent généralement comme utile (P. L. Bras et al., 2011).

Une enquête menée en 2016 à laquelle 248 médecins généralistes de Meurthe et Moselle ont répondu¹⁸³, rejoint ce constat. La majorité de ces praticiens estime que la collaboration avec le pharmacien est souhaitable (53,0 %) voire indispensable (45,8 %). Cette collaboration est jugée comme bonne pour 48,3 % des répondants voire très bonne pour également 48,3 % d'entre eux (Miget P, s. d.). Une autre étude portant sur l'opinion et les pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de la polymédication (Carrier, et al., 2017) précise d'autres dimensions de la perception des médecins. 71 % des 1 183 médecins généralistes enquêtés déclarent que le pharmacien d'officine est le professionnel de santé qui connaît le mieux l'ensemble des médicaments pris par le patient. Plus de neuf médecins sur dix attendent du pharmacien qu'il les alerte en cas d'interactions médicamenteuses. Cette étude souligne également que 62 % des médecins jugent par ailleurs insuffisante la collaboration entre médecins traitants et pharmaciens en matière de polymédication des patients (Carrier, et al., 2017).

Si les médecins généralistes se déclarent satisfaits de leurs relations actuelles avec le pharmacien d'officine, devant l'évocation de l'extension des missions du pharmacien, leur position est plus mitigée. De nouvelles prérogatives pour le pharmacien ou une évolution du partage des compétences entre ces deux professions font pour le moins débat voire rencontrent des oppositions. L'Académie de

¹⁸³ L'enquête a été conduite en Meurthe et Moselle par voie postale auprès des médecins généralistes entre janvier 2016 et août 2016 où 400 médecins généralistes ont été choisis par tirage au sort. Parmi les 400 médecins contactés, 248 ont répondu. La réception des courriers s'est étalée sur plusieurs mois, jusqu'au mois d'août 2016 (Miget P, s. d.).

Médecine reconnaît au pharmacien un rôle central et recommande que le contact entre le médecin prescripteur et le pharmacien dispensateur soit facilité notamment en mettant à profit le rôle de pharmacien d'officine correspondant¹⁸⁴. Toutefois le rapport de l'IGAS relève une opposition importante de la part des médecins concernant cette mission de pharmacien correspondant, les représentants de la profession médicale qualifiant cette mission d'un « *transfert de tâches vers une profession moins compétente* » (Académie Nationale de Médecine, 2011; P. L. Bras et al., 2011). Ce même rapport IGAS, restitue l'argument des médecins d'un possible conflit d'intérêt si le pharmacien d'officine avait plus d'importance dans la détermination de la prescription, compte tenu de son statut de commerçant et non seulement de professionnel de santé.

Les médecins généralistes reconnaissent que le pharmacien d'officine est en mesure de contrôler les prescriptions médicamenteuses et de veiller à leur observance, mais ils ne lui reconnaissent pas de compétences lui permettant d'adopter d'autres postures face à leurs prescriptions (P. L. Bras et al., 2011). Ces éléments rejoignent les résultats de l'étude de la DREES portant sur les pratiques des médecins généralistes envers la polymédication où la majorité des médecins interviewés (87 %) ne souhaitent pas que les pharmaciens officinaux prennent l'initiative de modifier les traitements d'une ordonnance, le pharmacien ne disposant, pour eux, pas assez d'informations pour cela (Carrier, et al., 2017). Ainsi, outre le conflit d'intérêts mis en avant par les médecins, l'élargissement du rôle du pharmacien dans la prescription médicamenteuse serait considéré comme une dévalorisation du rôle du médecin. L'attachement des médecins généralistes à l'acte de prescription médicamenteuse est fort. Il fait partie intégrante de leur identité professionnelle et contribue à un fort sentiment d'efficacité (P. L. Bras et al., 2011; Ventelou et al., 2005).

Les éléments recueillis lors des études précédemment citées sur l'impact clinique et la pertinence des IP et leur acceptation auprès des médecins généralistes convergent avec les analyses du rapport de l'IGAS pour lesquelles les pharmaciens « *semblent confiants dans leur capacité à apporter des conseils pertinents aux médecins bien que la plupart des médecins doutent que l'intervention du pharmacien puisse leur être utile et considèrent que l'optimisation de l'ordonnance relève de leur seule responsabilité* » (P. L. Bras et al., 2011).

Face aux enjeux de l'évolution du partage des compétences entre médecins et pharmaciens, les relations de concurrence existantes entre les professionnels de santé se révèlent, chaque profession entend affirmer son autonomie professionnelle et indirectement, garantir la source de ses revenus. Les médecins tout en reconnaissant la « *nécessité d'améliorer la coordination entre les professionnels de santé* », ne se montrent pas pour autant favorables à une évolution significative du rôle des pharmaciens. L'évolution des missions des pharmaciens d'officine remettrait en cause leur propre place dans la prise en charge pharmacothérapeutique des patients (P. L. Bras et al., 2011). En termes

¹⁸⁴ Dans le cadre de la loi HPST (article 38)

de revenu, on ne peut pas non plus exclure, la crainte qu'une extension accrue des missions du pharmacien aboutisse à des prescriptions et des renouvellements de traitement réalisés non plus au cabinet mais à l'officine, supprimant des consultations et donc des honoraires pour le médecin.

Ces éléments sur la perception des médecins et des pharmaciens sont importants car ces perceptions sont en mesure de conditionner les collaborations possibles et l'acceptation de l'évolution du partage des compétences autour de la prescription médicamenteuse. Les perceptions des médecins contribuent sans doute au faible développement des « nouvelles » missions comme les BPM.

Du côté des pharmaciens, si ces nouvelles missions semblent être attractives, leur faible développement peut aussi être dû à des obstacles de diverses natures associés aux modalités de l'implantation de ces nouvelles missions dans l'exercice officinal (locaux, compétences, temps, rémunération, perception de la pharmacie clinique).

Une étude menée en 2019 auprès de 117 étudiants de 6^{ème} année officine des UFR de Nancy et de Reims¹⁸⁵ souligne qu'une rémunération trop faible (n=94), le manque de temps (n=88), voire dans une moindre mesure l'absence d'un espace de confidentialité ou d'un espace inadapté (n=27) représentent les principaux freins à la mise en place des BPM (Mongaret et al., 2021). Ces mêmes paramètres, tout comme le manque global d'expertise (formation et connaissances), ont également été identifiés comme principaux freins à la mise en place des BPM lors d'une enquête menée en 2018¹⁸⁶ auprès de pharmaciens d'officine de la région Auvergne-Rhône-Alpes¹⁸⁷ (Belenguier, 2021).

Les BPM peuvent éventuellement être réalisés au domicile du patient. Une étude de 2017¹⁸⁸ (Bardet et al., 2021), montre qu'un tiers des BPM observés ont effectivement été réalisés au domicile du patient. Cette localisation soulève la question de la faisabilité de ces nouvelles missions au regard de leur rentabilité mais aussi du contexte organisationnel de l'officine (organisation logistique, mobilisation du personnel, temps investi). Ces limites de l'implantation des nouvelles missions en officine, notamment les BPM, renforcent les enjeux auxquels est confronté le pharmacien titulaire d'officine qui doit composer avec les deux facettes de son métier : celle du professionnel de santé et celle du gestionnaire d'un commerce de distribution (Reyes, 2015).

¹⁸⁵ Cette étude multicentrique prospective a été réalisée de janvier à mai 2019 auprès de l'ensemble des pharmacies d'officine accueillant un étudiant de 6^{ème} année officine pour le stage de fin d'étude. Les BPM ont été réalisés par les étudiants sous la responsabilité de leur maître de stage. En fin d'étude, un questionnaire de synthèse comportant 23 questions était mis en ligne pour tous les étudiants (et maîtres de stage) (Mongaret et al., 2021).

¹⁸⁶ Cette enquête a été initiée en septembre 2018 par l'envoi d'un questionnaire aux pharmaciens de la région Auvergne-Rhône-Alpes par le Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens Auvergne puis en mars 2021 via l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Pharmaciens Auvergne-Rhône-Alpes (Belenguier, 2021).

¹⁸⁷ Au sein de cette enquête, le manque de temps (80,3 %), le manque de formation ou l'insuffisance de formation (27,2 %), une rémunération insuffisante (19,6 %), le manque de connaissances (15 %) ainsi que l'absence de local adapté pour mener les BPM (10,6%) ont représenté les différents freins évoqués par les pharmaciens répondants (n=66) à la mise en place des BPM (Belenguier, 2021).

¹⁸⁸ Cette étude a été menée entre janvier 2017 et avril 2017 auprès de 41 officines participantes accueillant des étudiants-stagiaires de 6^{ème} année de pharmacie en Parcours Officine de l'Université Grenoble Alpes pour leur stage de pratique professionnelle. Lors de cette étude, sur les 387 BPM réalisés, 107 entretiens (27,6 %) ont eu lieu au domicile du patient (Bardet et al., 2021).

Devant les contraintes matérielles et organisationnelles que peut représenter le contexte officinal pour l'implantation de ces nouvelles missions, dans un contexte de difficultés budgétaires auquel est confrontée l'officine actuellement, l'ambivalence du métier de pharmacien titulaire se renforce. Les tensions identitaires qui en découlent, pourraient soit le conduire à prioriser la politique managériale de son entreprise à travers une démarche majoritairement commerciale, ou bien plus l'orienter vers des missions de santé et ainsi tenter de concilier son identité de professionnel de santé avec une démarche entrepreneuriale (Reyes, 2016, 2021). La démarche adoptée par le pharmacien titulaire vis-à-vis de son exercice et de la gestion de son entreprise sera alors en mesure de conditionner sa réponse à l'évolution de la profession notamment à travers l'implantation ou non des nouvelles missions dans sa structure officinale.

Dans une logique plus structurelle et systémique, les caractéristiques spécifiques de notre système de santé telles que le positionnement des professionnels de santé, le cloisonnement initial dans l'organisation des soins, la faiblesse de la culture pluriprofessionnelle chez les soignants, contribuent sans doute aussi à limiter une réelle collaboration médecins-pharmaciens et peuvent également expliquer ces faibles concrétisations.

Cependant, l'évolution actuelle de l'organisation des soins primaires en France pourrait être en faveur d'une meilleure intégration des compétences et de l'expertise pharmacologique du pharmacien officinal dans les soins de ville. Les perspectives ouvertes par le modèle de l'exercice coordonné et la mise en place d'organisations de soins comme les MSP (Maison de Santé Pluriprofessionnelle) ou des dispositifs de coordination comme les CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) permettent de concevoir de nouvelles modalités d'action pour le pharmacien d'officine.

2.2) Restructuration des soins primaires français : potentialités et perspectives à travers la collaboration médecins-pharmaciens

La pratique des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine s'inscrivent dans le système de soins primaires dont l'organisation est en train d'évoluer vers un exercice de plus en plus coordonné et pluriprofessionnel. L'étude de cette réorganisation, à travers les mesures réglementaires et opérationnelles qui l'accompagnent et la manière dont les médecins et pharmaciens intègrent les différents dispositifs d'exercice coordonné, permet d'analyser dans quelle mesure cette restructuration des soins primaires représente ou pas un contexte favorable au déploiement de missions déjà existantes comme les BPM mais aussi d'envisager l'intégration de nouvelles missions.

2.2.1) Des politiques pour réorganiser et coordonner les soins primaires

2.2.1.1) Des dispositifs pour un exercice coordonné et pluriprofessionnel

En France, afin de répondre aux enjeux du vieillissement de la population, de l'augmentation des pathologies chroniques associés à des tensions en matière de démographie médicale, les pouvoirs publics français ont initié une réorganisation du système de santé des soins primaires via le développement de la coopération interprofessionnelle et de l'exercice coordonné.

Le développement de l'exercice coordonné des soins est aujourd'hui un objectif clairement affiché des politiques de santé pour les soins primaires (Hassenteufel et al., 2020). Cette évolution organisationnelle n'est pas complètement nouvelle, elle a été amorcée dès la fin des années 1990, à l'initiative de professionnels sous la forme des réseaux de soins. Dans la loi de financement de la Sécurité sociale de 2002 puis en 2009 dans la loi HPST, les réseaux de soins se transforment en réseaux de santé et sont ainsi définis et reconnus dans la loi. La loi HSPT marque un nouveau tournant dans l'organisation des soins primaires avec la mise en avant des Maisons et des Pôles de Santé pour favoriser l'accès à tous aux soins de qualité. Le décret n° 2012-407 du 23 mars 2012 précisera ensuite le statut juridique de ces structures (la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA)) (Gordon, Diebold, et al., 2018). La loi de modernisation du système de santé¹⁸⁹ promulguée en 2016, renforcera encore cette volonté du régulateur de doter le système de soins primaires d'organisations de structuration et de coordination des parcours de santé. Cette loi définit pour cela les Équipes de Soins Primaires (ESP) et installe les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Ces évolutions coïncident avec des besoins de plus en plus nombreux et pressants de structurer le secteur des soins primaires et une volonté de marginaliser l'exercice isolé (Ray et al., 2020).

Le paysage des soins primaires inclut aujourd'hui différents dispositifs qui ont pour vocation de coordonner l'activité des professionnels de santé, mais avec des territoires, des statuts, des objectifs et des missions différents. Il existe aujourd'hui, deux sortes de structure d'exercice coordonné qui sont des lieux de soins : les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) et les Centres de Santé (CdS). Ce sont des structures sanitaires de premier recours, et le cas échéant de second recours, exerçant de façon coordonnée sur la base d'un projet de santé.

Initialement nées d'initiatives professionnelles locales, les MSP ont été définies au sein de la loi en 2007 à travers l'article L. 6323-3 du CSP¹⁹⁰. Cet article fixe les principes suivants. Les MSP sont des structures pluriprofessionnelles dotées de la personnalité morale et sont constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Elles assurent essentiellement des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas

¹⁸⁹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

¹⁹⁰ L'introduction des MSP dans le CSP a été réalisée à la suite de la parution de la loi de financement de la Sécurité sociale du 19 décembre 2007.

échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12. Les MSP peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé ainsi qu'à des actions sociales dans le cadre du projet de santé fondé sur les besoins de leur patientèle.

Les MSP regroupent ainsi des professionnels de santé libéraux, principalement de premier recours, autour d'un projet de santé qu'ils élaborent et qui prévoit les modalités de leur collaboration, dans le respect d'un cahier des charges national et des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Ce projet de santé est signé par l'ensemble des professionnels impliqués, transmis pour information à l'ARS¹⁹¹ (Ministère de l'Intérieur et al., 2010).

Ce projet de santé élaboré par les professionnels composant l'équipe de la MSP est l'outil principal d'organisation. Il associe un diagnostic des besoins de santé du territoire, un projet professionnel détaillant l'organisation entre professionnels et le fonctionnement au sein de la structure ainsi qu'une partie détaillant le projet d'organisation de la prise en charge, basé sur les priorités de santé identifiées, les collaborations interprofessionnelles et les « activités innovantes » prévues (ARS Hauts de France, 2018; Ray et al., 2020). Ce projet de santé peut couvrir des thématiques ou priorités de santé très variées, identifiées par ces mêmes professionnels. Le projet de santé est donc singulier, propre à chaque MSP.

La MSP se différencie notamment d'un regroupement physique simple de type cabinet de groupe par sa pluriprofessionnalité, l'élaboration et la formalisation d'un projet de santé soumis aux tutelles en cas de demande de financement ainsi que le développement et la formalisation des coopérations.

Les Centres de Santé (CdS) sont très proches des MSP. Ce sont également des lieux de soins avec un projet de santé mais les professionnels qui y exercent sont salariés. Ils dispensent des soins de premier recours et/ou de second recours, et pratiquent à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins¹⁹². Les CdS sont soit monoprofessionnels (dentaires par exemple), polyvalents (sans auxiliaires médicaux) ou pluriprofessionnels. Les CdS doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné qu'ils transmettent à l'ARS en même temps que leur règlement intérieur (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2022b). Le projet de santé porte, en particulier, sur l'accessibilité et la continuité des soins ainsi que sur la coordination des professionnels de santé au sein du centre et avec des acteurs de soins extérieurs (Assurance Maladie, 2019e; Ordre National des Pharmaciens, 2021). Ils sont appelés à conclure avec l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'une aide financière par l'agence (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2022b). Les CdS pluriprofessionnels desservent en moyenne une patientèle plus faible que les MSP (respectivement 2 000 patients inscrits, 4 500 en file active). Ils ont une vocation plus sociale et sont

¹⁹¹ Art L. 6323-3 du CSP

¹⁹² Art. L 6323-1 du CSP

tenus de pratiquer le tiers payant. 20 % de leurs patients ont la Complémentaire santé solidaire (C2S) ou l'Aide médicale d'Etat AME (contre 8 % en MSP) (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, 2022).

Dans cette même optique de coordination des professionnels de santé et médico-sociaux autour des soins de premier recours et dans une démarche volontariste visant à réduire les inégalités de santé, deux autres dispositifs ont été créés : les Équipes de Soins Primaires (ESP) et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Ces deux types de structure ont pour rôle de coordonner les professionnels autour d'actions ou des projets communs.

Les « Équipes de Soins Primaires » (ESP) rassemblent des professionnels de santé de premier recours (médecins généraliste, infirmier, kinésithérapeute, pharmacien, sage-femme, professionnels de la PMI...) qui ont en commun une partie au moins de leur patientèle respective. Ces professionnels vont chercher à mieux coordonner leurs actions sur un territoire autour d'un ou plusieurs projets de santé définis par l'équipe, ces projets de santé pouvant viser une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé¹⁹³ (par exemple, la prise en charge de certains patients, de certaines pathologies, des soins non programmés, etc.). En fonction de leur projet, les ESP peuvent émerger sur les aides dites conventionnelles. Ces ESP peuvent notamment prendre la forme d'un CdS ou d'une MSP.

Créées en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé¹⁹⁴, les CPTS constituent un dispositif souple construit par des professionnels qui veulent travailler ensemble pour répondre aux besoins de santé spécifiques d'un bassin de population. Les CPTS sont juridiquement moins intégrées que les MSP et les CdS. L'article L1434-12 du CSP¹⁹⁵ en spécifie les contours et laisse une grande liberté aux professionnels de santé pour la créer.

À la différence des MSP qui peuvent la composer, une CPTS s'adresse à une population plus large (de l'ordre de 100 000 habitants) avec de fortes variations entre les zones urbaines et rurales (Fauchier-Magnan & Wallon, 2018). Les CPTS regroupent des acteurs de santé de toutes spécialités, exerçant en structures d'exercice coordonné (MSP et CdS), en cabinets individuels ou de groupe, voire en établissements médico-sociaux (Wilcke & Sergent, 2019). De plus, les professionnels des établissements hospitaliers publics ou privés peuvent participer ou contractualiser avec les CPTS, notamment du fait de leur fonction de proximité (Wilcke & Sergent, 2019).

¹⁹³ Art L1411-11-1 du CSP

¹⁹⁴ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (Art 65)

¹⁹⁵ Selon cet article, « Les CPTS sont composées de professionnels de santé regroupés sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours définis, respectivement, aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12 et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé ».

Les objectifs des CPTS se structurent autour des deux thèmes suivants : assurer une meilleure coordination des actions entre les professionnels d'une part mais aussi formaliser le parcours de santé (accès, prévention, soins) pour mieux répondre aux besoins de la population du territoire¹⁹⁶ (ARS Ile-de-France, 2017; Unions régionales des professionnels de santé, Agence régionale de santé Bretagne, 2018). À cet effet, les membres de la CPTS formalisent un projet de santé qu'ils transmettent à l'ARS. Leur projet de santé doit ainsi répondre aux besoins de la population et des professionnels de santé pour structurer les parcours de santé, l'accès aux soins (programmés ou non), les conditions d'exercice, etc. Cela concourt également à améliorer les conditions d'exercice des professionnels, la communication, la connaissance entre les acteurs d'un même territoire et à faciliter la coordination des soins ambulatoires (Rist & Rogez, 2020). Les actions relatives à la qualité et à la pertinence des prises en charge (groupes d'analyse de pratique, d'échange autour de situations médicales particulières) font partie des missions facultatives (Assurance Maladie, 2019d). À travers la mise en place de ces structures, les pouvoirs politiques souhaitent la fin de l'exercice isolé, notamment à travers le déploiement de 1 000 CPTS pour 2022 (Wilcke & Sergent, 2019).

2.2.1.2) La mise en place d'un cadre juridique pour accompagner l'exercice coordonné

Afin de permettre aux professionnels de santé d'avoir une activité reconnue au sein de ces différents dispositifs, les pouvoirs publics ont défini des statuts et des modes de rémunération spécifiques.

L'instauration des Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA) en 2011¹⁹⁷ donne un cadre juridique aux structures pluriprofessionnelles d'exercice coordonné et leur permet de percevoir collectivement des financements dans un cadre juridique et fiscal sécurisé, rémunérant les activités réalisées en commun (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019). Ces financements initialement octroyés sous la forme d'expérimentations par l'Assurance maladie ont été généralisés en 2015 suite à un règlement arbitral, puis dans le cadre d'un Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles¹⁹⁸. Cet accord a été signé le 20 avril 2017 entre l'Assurance maladie et les syndicats des professionnels de santé libéraux de premier recours (Assurance Maladie, 2021d).

L'instauration de cet ACI a permis d'encadrer le financement des MSP en fonction de différents indicateurs. Les MSP doivent se constituer en SISA pour percevoir ces rémunérations au nom de la structure elle-même. Les MSP doivent aussi conclure avec leur ARS un contrat pluriannuel d'objectifs

¹⁹⁶ Le projet de santé d'une CPTS se décline en objectifs généraux, spécifiques, puis opérationnels (ARS Ile-de-France, 2017). Les objectifs généraux sont stratégiques : ils définissent d'une façon spécifique, claire et pratique le projet territorial de santé de la CPTS. Ils constituent la pierre angulaire de la démarche et auront vocation à évoluer dans le temps. Les objectifs spécifiques donnent le cap opérationnel, à court et à moyen terme. Ils font consensus au sein de l'équipe pour atteindre un objectif général. Les objectifs opérationnels décrivent les actions et les tâches à mener pour remplir un objectif spécifique (Mrozovski, 2020).

¹⁹⁷ Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi HPST

¹⁹⁸ Légiféré lors d'un arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité

et de moyens (Wilcke & Sergent, 2019). Ces rémunérations versées par l'Assurance maladie le sont en contrepartie de l'atteinte d'objectifs sur l'accessibilité aux soins, la coordination interprofessionnelle et les systèmes d'information.

Concernant les Centres de Santé, le corpus réglementaire les régissant a été complètement révisé afin de favoriser leur développement. L'ordonnance 2018-17 du 12 janvier 2018 s'est attachée à clarifier et simplifier leurs conditions de création, de gestion et de fonctionnement. Pour bénéficier de la rémunération forfaitaire spécifique de l'Assurance maladie pour l'exercice pluriprofessionnel, ces structures doivent ainsi choisir entre le « Contrat-type relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles » et celui proposé par « l'Accord national des centres de santé » signé le 8 juillet 2015 (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2022a).

Concernant les CPTS, un Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins et du développement de l'exercice coordonné a été signé le 20 juin 2019 par les syndicats représentatifs des différentes professions de santé et l'Assurance maladie (Assurance Maladie, 2019d). Il définit le cadre et les grands principes des modalités de financement par l'Assurance maladie des CPTS (missions, principes et modalités d'organisation du contrat, montant du financement adapté à la montée en charge progressive des CPTS...) (Assurance Maladie, 2019d). Cet accord permet d'apporter un soutien financier pérenne aux CPTS pour leur mise en place et le développement de leurs actions.

Pour les ESP, il n'est pas prévu de financement, dans l'attente de négociations conventionnelles, hormis celui provenant du Fonds d'Intervention Régional (FIR) dans certaines régions. Par ailleurs, un professionnel de santé peut s'engager auprès de plusieurs MSP ou ESP, mais par contre au sein d'une seule CPTS (Wilcke & Sergent, 2019).

2.2.1.3) De nouvelles modalités de coopération professionnelles inscrites dans la loi

2.2.1.3.1) Les Protocoles de coopération

En dehors de ces nouvelles organisations, les pouvoirs publics ont aussi introduit de nouvelles modalités de coopération s'appuyant sur les protocoles de coopération. Introduits lors de la loi HPST de 2009 (Article 51) et dans l'objectif de mettre en place un « *disease management à la française* », c'est-à-dire un système coordonné de prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, ces protocoles ont eu pour objectif de permettre une intégration des transferts d'actes ou de tâches, en dérogeant à l'organisation des compétences professionnelles et aux modes de rémunération des soins.

Initialement introduit à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels, les dispositions réglementaires relatives aux protocoles de coopération ont notamment été renouvelées et simplifiées par la loi d'organisation et de transformation du système de santé publiée en juillet 2019 afin d'étendre et

de déployer des coopérations entre professionnels de santé sur le territoire national. L'article L. 4011-1 du CSP relatif à ce dispositif a été reformulé par la loi du 24 juillet 2019 (Article 66) et précise que « *les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L. 4011-2 et L. 4011-3* ».

Cette volonté de faciliter de nouvelles modalités de partage d'activités entre professionnels de santé fait intervenir maintenant deux modèles de protocole de coopération :

- des protocoles nationaux, dont l'élaboration sera proposée par un comité national des coopérations interprofessionnelles, autorisés par arrêtés ministériels et dont le pilotage sera national ;
- des protocoles locaux, constitués par des professionnels de santé travaillant en équipe et utilisés pour leur seul usage (DGOS, 2021).

Par ailleurs, d'autres mesures réglementaires et institutionnelles ont été mises en œuvre pour accompagner et intégrer de manière plus spécifique le pharmacien d'officine à ces actions de coordination.

2.2.1.3.2) Les mesures réglementaires pour accompagner les nouvelles missions

Devant les enjeux auxquels le système de santé primaire français est confronté, de nouveaux contours concernant l'exercice des professionnels de santé furent introduits lors de la loi HPST de 2009, au sein de laquelle le pharmacien en tant que professionnel de santé, s'est vu confier de nouvelles missions au-delà de celles déjà attribuées.

Dans cette loi (Art 38 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (Loi HPST)) initiant la réorganisation toujours en cours des soins primaires, la notion de pharmacien correspondant a été introduite : « *Les pharmaciens peuvent, dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1 du présent code, être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. À ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets* ». Cette fonction de pharmacien correspondant s'est heurtée à des oppositions de la part des représentants de la profession médicale rendant son instauration délicate (P. L. Bras et al., 2011). Pour dépasser ces difficultés, les dispositions réglementaires encadrant cette fonction ont évolué. La détermination de ce statut par l'article R. 5125-33-5 ayant été jugé trop contraignant, une première évolution a été introduite par l'article 39 de la loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019, qui a permis de déroger aux dispositions de l'article L. 5125-1-1 A

du CSP. Cette dérogation permet aux pharmaciens d'officine d'être désignés, en dehors du cadre protocolaire, comme correspondants au sein d'une équipe de soins par le patient, à la demande ou avec l'accord du médecin traitant, dans la perspective de renouveler des traitements chroniques ou d'ajuster leur posologie¹⁹⁹. Cette disposition a été notamment abrogée par la loi du 24 juillet 2019 qui officialise désormais deux possibilités²⁰⁰ :

- le pharmacien officinal peut être désigné comme pharmacien correspondant par le patient dans le cadre d'un exercice coordonné au sein d'une équipe de soins spécialisés, d'une CPTS, voire d'une MSP. Dans ce cas de figure, le pharmacien officinal peut, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques et ajuster, au besoin, leur posologie. Une protocolisation n'est ainsi plus nécessaire ;
- le pharmacien officinal peut, dans le cadre de la « dispensation protocolisée » relevant d'un exercice coordonné au sein de l'une des quatre structures d'exercice coordonné, délivrer pour certaines pathologies, et dans le respect des recommandations de la HAS, des médicaments dont la liste est fixée par arrêté (Ordre National des Pharmaciens, 2016).

Outre ces mesures réglementaires spécifiques à l'exercice coordonné, le pharmacien officinal peut réaliser, au sein de son exercice, d'autres missions en faisant valoir son expertise du médicament, à travers la coordination des parcours de soins et la participation à des réunions concernant la prise en charge de patients dits « complexes ». Le pharmacien officinal peut également exercer, au sein de cet exercice coordonné, d'autres missions comme l'animation de séances d'éducation thérapeutique voire des entretiens d'adhésion (Ordre National des Pharmaciens, 2016).

Qu'il s'agisse des organisations qui permettent de coordonner les soins et les parcours, ou des dispositions réglementaires qui rendent possibles et favorisent ces coordinations, le législateur a donné un cadre *a priori* propice pour un exercice tourné vers la collaboration interprofessionnelle, un partage des compétences et des tâches entre professionnels autour du patient et de son parcours. Si globalement plus de 20 % des professionnels de santé libéraux travaillent actuellement en équipe (Capitalimage, 2016), il est intéressant d'évaluer ce qu'il en est de l'intégration plus spécifique des médecins et des pharmaciens à cet exercice coordonné.

¹⁹⁹ Art. L. 162-31-1 du CSS

²⁰⁰ Art. L. 5121-1-1 A du CSP

2.2.2) Médecins et pharmaciens dans les structures coordonnées

2.2.2.1) Des médecins de plus en plus importants au sein de l'exercice coordonné

Depuis l'instauration des mesures réglementaires qui permettent de structurer l'exercice coordonné, le nombre de dispositifs destinés à cet exercice a particulièrement progressé en France.

Les MSP sont passées de moins de 20 en 2008 à plus de 2000 actuellement (2018 MSP et 308 projets à la fin d'année 2021) (Chevillard & Mousquès, 2020; Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, 2022). Elles sont notamment le plus souvent situées en milieu rural (80 %) (Wilcke & Sergent, 2019) et les trois quarts (1 450 en décembre 2021) sont financées par l'ACI (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, 2022).

Les Centres de Santé, avec plus de 2 200 au total, connaissent aussi une forte dynamique de création, qui s'est accélérée sur les cinq dernières années. À la fin de l'année 2021 parmi ces Centres, on compte 522 Centres de Santé pluriprofessionnels organisés autour de la médecine générale et de professions paramédicales (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, 2022). À l'exception des centres de soins infirmiers, ils sont implantés majoritairement en milieu urbain (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2022b).

Concernant les CPTS, apparues plus récemment dans le paysage des soins primaires français, trois cents de ces dispositifs étaient créés ou en cours de création en 2019 (Assurance Maladie, 2019b). En juillet 2022, 733 CPTS sont comptabilisés sur le territoire national, à un stade d'avancement différent²⁰¹ (Fédération Nationale des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, 2022). En février 2022, 243 CPTS couvrant près d'un tiers de la population française ont signé l'ACI ; 400 à 500 sont en projet et devraient aboutir à une contractualisation sur les deux prochaines années (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, 2022). 4 CPTS sur 10 ont parmi leurs adhérents des organisations (le plus souvent des MSP ou CdS, mais également plus rarement des établissements sanitaires ou médico-sociaux, des associations et des collectivités locales) (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, 2022).

Pour ce qui est des équipes de soins primaires, une étude menée auprès des ARS en 2018 indiquait qu'il y avait 50 projets d'ESP, dont neuf en place (Foult, 2019).

Dans le secteur des soins de ville où l'exercice libéral est fortement représenté, les médecins généralistes ont le choix d'exercer de façon isolée dans leur propre cabinet, ou avec d'autres confrères au sein de cabinets de groupe monodisciplinaire (DREES, 2016).

²⁰¹ En juillet 2022, parmi les 733 CPTS comptabilisées : 207 sont en phase de pré-projet, 173 CPTS construisent leur projet de santé, 47 CPTS sont en négociation de l'ACI (« Cartographie des CPTS en région », 2022).

Au sein de cette profession, l'exercice en cabinet de groupe monodisciplinaire est en nette expansion depuis le début des années 2000, comme chez la plupart des professionnels de santé. En effet, le modèle du médecin exerçant de manière isolée dans son cabinet est aujourd'hui minoritaire. En 2019, 39 % des médecins généralistes exercent seuls (contre 56 % en 1998) (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, 2022). L'exercice en groupe a progressé ces dernières années : il concernait 54 % des médecins généralistes fin 2010, 57 % début 2014 et 61% en 2019 (Chaput et al., 2019; Verger et al., 2017). L'âge des médecins généralistes est notamment associé à cet engouement pour l'exercice en groupe. Plus les médecins sont jeunes, plus ils ont tendance à exercer en groupe. En effet, 81 % des moins de 50 ans sont dans ce cas, contre 57 % pour les 50-59 ans et 44 % pour les 60 ans ou plus (Chaput et al., 2019).

Même si le travail en équipe progresse, l'exercice de groupe des médecins généralistes se réalise principalement entre médecins généralistes (57 % de l'ensemble des médecins généralistes libéraux, soit neuf médecins généralistes en groupe sur dix) (Chaput et al., 2019). Cependant, les politiques de santé amenant à développer un exercice coordonné et structuré au sein des soins primaires français, les médecins généralistes intègrent de plus en plus les structures et organisations pluriprofessionnelles d'exercice coordonné en place.

Selon le quatrième panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, 27 % des médecins généralistes déclarent travailler en groupe avec des paramédicaux (Chaput et al., 2019). Selon des données de la DGOS de 2016, il y a aurait 5 médecins en moyenne par MSP (Ordre National des Pharmaciens, 2016). Le nombre de médecins dans ce type de structure, a notamment fortement augmenté au cours de ces dernières années, passant notamment de 2 135 en 2016 à 2637 en 2017 (soit + 23 % en un an) (*Les maisons de santé conventionnées en plein BOOM*, 2018). Sur la base de 2 000 MSP en France et d'un nombre moyen de médecins généralistes de 4,7 par MSP (observé à travers les données de la CNAM sur les ACI), le nombre de médecins généralistes exerçant actuellement en MSP est estimé à 9 400, soit 18 % des 52 500 médecins généralistes (hors médecins à mode d'exercice particulier) (chiffre CNAM) (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, 2022). Dans les Centres de Santé pluriprofessionnels, on comptabilise actuellement un effectif de 5,9 médecins généralistes par structure (soit 2,9 équivalents temps plein). Ainsi, ce serait entre 20 et 22 % des médecins généralistes français qui exerceraient au sein de MSP ou de Centres de Santé pluriprofessionnels selon que l'on comptabilise cet effectif en équivalent temps plein ou en nombre de praticiens par structure (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, 2022).

D'après les données de la CNAM concernant le rattachement des professionnels à la centaine de CPTS ayant signé l'ACI à mi-2021, les médecins généralistes représentent les principaux professionnels rattachés (25 %) à ce type d'organisation après les infirmiers (27 %) (Haut Conseil pour l'Avenir de

l'Assurance Maladie, 2022). Concernant l'intégration des médecins généralistes aux ESP, nous n'avons pu identifier précisément cet effectif en raison du faible nombre d'ESP existantes.

Ainsi, même si l'intégration des médecins généralistes français progresse au sein des structures de soins en exercice coordonné (MSP, CdS) et ne concerne toutefois qu'une minorité d'entre eux (un peu plus de 20 %), l'augmentation croissante des dispositifs d'exercice coordonné (CdS, CPTS, ESP, MSP) devrait conduire à une présence de plus en plus importante des médecins généralistes dans ce type d'exercice les prochaines années.

2.2.2.2) Une intégration encourageante des pharmaciens officinaux

L'intégration du pharmacien officinal au sein de l'exercice coordonné a des spécificités. En effet, le pharmacien officinal possède un statut particulier de par son mode d'exercice rattaché à une officine. Le rattachement à cette structure officinale lui permet de réaliser les missions relevant de cette structure notamment la dispensation des produits rattachés au monopole pharmaceutique et les conseils pharmaceutiques. C'est notamment dans le cadre de son rattachement à un des dispositifs ou structures de soins d'exercice coordonné que le pharmacien officinal, titulaire ou adjoint, pourra alors faire reconnaître son exercice au sein de l'exercice coordonné et être rémunéré pour celui-ci.

Avec 52 903 pharmaciens officinaux en exercice en 2019 au sein des 20 736 officines existantes, représentant une densité de 32,0 officines pour 100 000 habitants, le réseau officinal a la capacité d'accompagner la restructuration du système de soins primaires et l'ensemble des différents dispositifs d'exercice coordonné qui se mettent en place sur l'ensemble du territoire national (Ordre National des Pharmaciens, 2020).

Une étude menée par l'Ordre des pharmaciens en 2016 auprès de 870 pharmaciens français²⁰², a mis en lumière que 20 % d'entre eux seraient engagés dans une démarche de coopération entre professionnels de santé (Ordre National des Pharmaciens, 2016). Plus de 8 pharmaciens sur 10 souhaiteraient participer à une telle démarche, s'ils disposaient des moyens et des informations nécessaires, ce qui montre l'intérêt de la profession officinale pour l'exercice coordonné (Ordre National des Pharmaciens, 2016).

Des données de la DGOS de 2016 ont fait ressortir une intégration certes modeste mais initiée des pharmaciens dans des structures d'exercice coordonné avec la présence de 2,4 pharmacies par MSP²⁰³ (Ordre National des Pharmaciens, 2016). D'après les données complètes de la CNAM concernant le rattachement des professionnels à la centaine de CPTS ayant signé l'ACI à mi-2021, il y aurait 1,2 pharmacien rattaché par MSP et les pharmaciens représenteraient le 3^{ème} groupe professionnel rattaché

²⁰² Dont 56 % de titulaires de la section A, 32 % d'adjoints de la section D et 13 % de pharmaciens d'outre-mer (Ordre National des Pharmaciens, 2016).

²⁰³ Pour 1,6 chirurgien-dentiste ; 5 médecins ; 9,1 paramédicaux par MSP (Ordre National des Pharmaciens, 2016)

aux CPTS après les infirmiers (27 %) et les médecins généralistes (25 %) (Haut Conseil pour l’Avenir de l’Assurance Maladie, 2022).

Par ailleurs, parmi les 20 000 officines présentes sur le territoire national, plus de 5 000 d’entre elles participent d’une manière ou d’une autre aux ESP, aux MSP et CPTS (Bouzige, 2020).

Une autre étude menée de manière conjointe par la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) et l’université de Bourgogne en 2016 auprès de 370 pharmaciens d’officine, titulaires et adjoints, participant à des actions interprofessionnelles au sein d’un exercice coordonné²⁰⁴ a mis en évidence que que les structures d’exercice coordonné concernées intégraient la plupart du temps (45,2 %) une seule officine²⁰⁵ (Morvan et al., 2018). Les pharmaciens impliqués dans les échanges interprofessionnels étaient majoritairement intégrés dans la structure (association ou SISA) et s’engageaient dans le temps, ce qui semblait être un signe fort de satisfaction. D’ailleurs, la durée de leur implication n’avait pas de corrélation avec le nombre de missions ou l’existence d’une rémunération. En moyenne, chaque pharmacien participait à 3,7 missions pluriprofessionnelles.

L’évolution professionnelle du métier de pharmacien d’officine suit ainsi logiquement les politiques de santé et professionnelles incitant à l’exercice coordonné, comme le souligne l’Ordre des pharmaciens pour qui « *l’exercice coordonné pourrait devenir pour les pharmaciens d’officine un cadre de référence, tant en matière de collaboration professionnelle que d’exercice* » (Ordre National des Pharmaciens, 2016).

En dépit des freins précédemment mis en évidence concernant un nouveau partage des rôles entre médecin généraliste et pharmacien officinal, un développement de la collaboration médecins-pharmaciens peut être attendu dans le cadre de l’exercice coordonné et ce plus particulièrement vis-à-vis de la prescription médicamenteuse, nous allons le développer dans le paragraphe suivant.

2.2.3) Les collaborations médecins-pharmaciens dans les structures coordonnées

Dans les études qui ont porté sur l’intégration du pharmacien officinal au sein des organisations et structures coordonnées, il est possible de caractériser la nature des interactions et collaborations entre médecins et pharmaciens et d’analyser ce qu’elles peuvent apporter à la régulation de la prescription médicamenteuse (Marine Bakry, 2017; Morvan et al., 2018; Ordre National des Pharmaciens, 2016; Vernus et al., 2016).

Elles montrent tout d’abord que les infirmières et les médecins font partie des principaux interlocuteurs des pharmaciens d’officine. Dans l’étude réalisée par l’Ordre en 2016, les pharmaciens

²⁰⁴ Ce panel a été construit grâce aux listings de la FFMPS. Les réponses ont été collectées du 15 septembre 2016 au 15 janvier 2017, par le biais d’un questionnaire en ligne comportant 20 questions ouvertes et fermées (Morvan et al., 2018).

²⁰⁵ Ces structures intégraient également deux (14,3 %), trois (10,7 %), quatre (6 %), voire cinq ou plus (19 %) pharmacies au sein de leur structuration (Ordre National des Pharmaciens, 2021).

engagés dans un protocole de coopération l'étaient pour 87 % d'entre eux avec un médecin et 86 % avec une infirmière (Ordre National des Pharmaciens, 2016). L'étude de Morvan et al. met en lumière qu'au sein des structures coordonnées, les médecins (98,8 %) et les infirmières (100 %) sont également les professionnels de santé avec lesquels les pharmaciens officinaux échangent le plus²⁰⁶(Morvan et al., 2018).

Dans cette coopération entre le pharmacien et les autres professionnels, c'est l'expertise pharmacologique du pharmacien qui est principalement attendue par les autres professionnels (Vernus et al., 2016). L'apport de cette expertise se traduit par différentes actions qui sont par ordre décroissant d'importance des Réunions de Concertation Pluriprofessionnelles (RCP) (77,4 %), des entretiens pharmaceutiques (42,9 %) des actions d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) (35,7 %)²⁰⁷. Les BPM ne figure pas parmi les premières missions réalisées (réalisés chez 20,2 % des pharmaciens questionnés) (Morvan et al., 2018). Une enquête menée plus spécifiquement au sein des MSP de Bourgogne-Franche-Comté²⁰⁸ fait ressortir les mêmes classements, les RCP (66,7 %) et les actions d'ETP (41,7 %) sont les principales actions menées au sein de ces structures d'exercice coordonné. Les BPM ne sont effectués que par un quart des pharmaciens questionnés (Marine Bakry, 2017).

D'autres actions réalisées par les pharmaciens d'officine ont pu être également identifiées dans le cadre de structures ou organisations d'exercice coordonné telles que l'accompagnement des patients dans l'automesure de la pression artérielle²⁰⁹ (Falcoff et al., 2019) ou encore l'identification à l'officine de patients fragiles²¹⁰ (Barjonet et al., 2019).

Ces données soulignent donc que les pharmaciens d'officine interagissent principalement avec le duo médecin-infirmière, nous précisent les actions les plus couramment réalisées mais elles ne nous permettent pas de mettre en évidence une collaboration plus développée entre médecins généralistes et

²⁰⁶ Comme tous les acteurs concernés, les pharmaciens interagissent avec d'autres professionnels en fonction des situations rencontrées et des besoins des patients, ce qui explique, par exemple, les nombreux contacts avec les masseurs-kinésithérapeutes (82,6 %), les diététiciens (47,7 %), les pédicures-podologues (51,2 %), les coordinateurs de santé (51,2 %) (Morvan et al., 2018).

²⁰⁷ D'après cette étude, les autres missions pour lesquelles le pharmacien officinal s'investit sont : le suivi de l'observance (42,9 %), l'amélioration de l'habitat et du confort du patient à domicile (38,1 %), la conciliation médicamenteuse (23,8 %) et les BPM (20,2 %) (Morvan et al., 2018).

²⁰⁸ Cette enquête a été menée de septembre à octobre 2017. Deux questionnaires ont été adressés aux MSP de Bourgogne-Franche-Comté par courrier électronique. Ils avaient pour objectifs de faire ressortir les aspects qualitatifs et quantitatifs du rôle et de l'implication des pharmaciens. Le premier questionnaire était destiné aux coordinateurs ou aux professionnels ayant signé le projet de santé des MSP. Le second questionnaire était destiné aux pharmaciens faisant partie des MSP et ayant signé le projet de santé. 31 MSP ont répondu aux questionnaires envoyés (Marine Bakry, 2017).

²⁰⁹ Le dispositif d'automesures tensionnelles du Pôle Paris 13 repose sur un protocole partagé entre les prescripteurs et vingt pharmacies du territoire, équipées en tensiomètres par le Pôle. Sur prescription du médecin, un appareil d'automesure tensionnelle est prêté par l'officine pour 3 jours. Le pharmacien récupère le relevé des mesures faites par le patient, les valide et les transmet au médecin prescripteur (Falcoff et al., 2019).

²¹⁰ En matière de parcours complexes de santé, l'association Cap Autonomie Santé (Capas) propose un service polyvalent, pour toute situation problématique, afin d'offrir une réponse globale aux professionnels de premier recours. Dans le cadre de cette organisation, les pharmaciens officinaux peuvent contacter directement Capas pour proposer à une personne en complexité ou à son aidant une première évaluation des besoins (Barjonet et al., 2019).

pharmaciens d'officine autour de la prescription médicamenteuse. Le pourcentage modeste de BPM réalisés par ces pharmaciens engagés dans un exercice coordonné irait même dans le sens contraire.

La collaboration médecins-pharmaciens au sein de l'exercice coordonné peut être aussi appréhendée à travers un premier bilan de l'instauration des protocoles de coopération. Concernant ce champ d'action, les résultats présentés dans différentes publications sont divergents. Dans Vénus et al., les pharmaciens déclarent avoir participé dans plus des deux tiers des structures interrogées à l'élaboration de protocoles transversaux mais l'HAS, au niveau national, soulignait fin 2015 que les protocoles de coopération instruits au titre de l'article 51 concernaient surtout les médecins et les infirmières (Buttard et al., 2019; HAS, 2015b; Vernus et al., 2016). L'absence d'inscription de protocoles de coopération entre médecins et pharmaciens sur la plateforme COOPAS-ARS mi-2022 (Agences Régionales de Santé, s. d.) et l'absence de travaux ayant évalué, en France, une collaboration entre médecins et pharmaciens dans une revue systématique de la littérature internationale, illustrent au moins un manque de formalisation de cette collaboration dans le système de soins français (Michot et al., 2013).

Toutefois, 4 protocoles de coopération nationaux dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle intégrant les pharmaciens officinaux ont été reconnus en mars 2020 (DGOS, 2021). Ces protocoles concernent le renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans, la prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans, la prise en charge de l'odynophagie ainsi que la prise en charge de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse chez l'enfant de 12 mois à 12 ans (DGOS, 2021).

Le changement de législation pour les protocoles de coopération et l'instauration récente de ces nouveaux protocoles nationaux intégrant les pharmaciens d'officine, ne semblent pas avoir encore permis un net développement de cette coopération. Le décalage entre les actes de coopération déclarés par les pharmaciens et ceux réellement référencés peuvent signifier soit une progression récente de l'intégration des pharmaciens, non encore traduite par des protocoles officiellement reconnus, ou un problème de montée en généralité et de reconnaissance des pratiques locales, voire un biais déclaratif (Buttard et al., 2019). Ce constat converge avec les analyses d'une étude menée en septembre 2020 au sein de MSP de Loire-Atlantique et de Vendée²¹¹ qui soulignent l'écart entre l'intégration croissante des pharmaciens d'officine au sein de ces structures et leur implication effective au sein des protocoles pluriprofessionnels. En effet, cette étude remarque que si les pharmaciens d'officine investissent d'autres formes de collaboration (RCP notamment) au sein de leur exercice coordonné, les protocoles

²¹¹ Une étude menée en 2020 au sein de 40 MSP de Loire-Atlantique et de Vendée souligne qu'au sein de ces MSP, 22 intégraient un pharmacien d'officine et 8 d'entre elles rapportaient au moins un protocole entre médecin généraliste et pharmacien d'officine. Trois rôles du pharmacien d'officine ont été identifiés : l'identification d'une population cible en fonction des critères d'inclusion des protocoles, le conseil et l'éducation ainsi que les nouvelles missions du pharmacien d'officine (Le Corre & Fournier, 2022).

pluriprofessionnels ne semblent pas leur permettre sous leur forme actuelle de développer des actions collaboratives efficaces (Le Corre & Fournier, 2022).

Il faudrait pour évaluer vraiment la réalité et le contenu des coopérations incluant des pharmaciens avoir une observation fine et une analyse du contenu des interactions médecins-pharmaciens dans l'ensemble de ces structures. Par ailleurs, un impact de cette collaboration sur la qualité des prescriptions est encore difficile à observer au regard de la jeunesse des collaborations et des protocoles.

L'exemple de l'expérimentation « Optimisation de la Pharmacothérapie de la Personne Âgée » (OPPA) lancée en janvier 2020 illustre toutefois la potentialité que représente le cadre de l'exercice coordonné, notamment celui des CPTS, pour une collaboration plus développée entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine autour de la prescription médicamenteuse. Cette expérimentation, portée par les OMEDIT Bretagne et Normandie ainsi que leur ARS, vise à optimiser la prise en charge pharmacothérapeutique des patients âgés de ces régions mais également à développer et formaliser la coopération interprofessionnelle autour de la prise en charge de la pharmacothérapie chez la personne âgée à travers un « plan de médication partagé ». Les premiers résultats de cette expérimentation sont plutôt encourageants car en janvier 2022, et ce malgré un retard de déploiement des projets lié à la pandémie de Covid-19, trois CPTS et huit équipes pluridisciplinaires au sein de la région Bretagne participent à cette expérimentation²¹². Ces équipes, centrées sur un binôme médecin-pharmacien et la participation possible d'autres professionnels (médecins coordonnateur, infirmiers notamment), ont permis à ce jour la tenue de 17 RCP, 34 révisions de dossiers patients et 67 problèmes pharmacothérapeutiques résolus et documentés dans le cadre de ces RCP (Blin et al., 2022). Cette exemple d'expérimentation témoigne d'une évolution des pratiques certes débutante mais encourageante.

L'exercice coordonné, à travers les différents dispositifs mis en place, reste *a priori* en mesure de développer la collaboration médecins-pharmaciens autour de la prescription médicamenteuse ; et ce d'autant plus que l'intégration de ces professionnels est initiée et devrait continuer à se développer au sein des différentes structures et organisations d'exercice coordonné.

Cette deuxième section a permis de mettre en évidence qu'une contribution plus prépondérante du pharmacien officinal dans la régulation de la prescription médicamenteuse est une piste envisageable au regard de l'évolution de ses missions et de la réorganisation actuelle du système de soins primaires français. Si les structures coordonnées n'ont pas encore clairement montré leur apport pour une

²¹² En Normandie, 12 établissements de santé ont intégré l'appel à candidatures régional. L'inclusion des patients a débuté dans chacun des centres en mars 2022. La file active prévisionnelle de patients pour l'année 2022 est estimée à 2 150 (Blin et al., 2022).

collaboration accrue médecins-pharmaciens dans l'amélioration de la qualité des prescriptions, cette perspective reste d'actualité. Parmi les actions envisageables, l'ouverture des groupes de pratique de médecins généralistes à des pharmaciens officinaux autour de thématiques portant sur la prescription médicamenteuse est attractive et semble cohérente avec les évolutions organisationnelles et professionnelles que nous avons présentées. Cette perspective rejoint notamment une des propositions mentionnées par un rapport de 2013 du Commissariat Général à la Stratégie et la Prospective (CGSP), dans lequel le ministère mentionnait outre le fait qu'il conviendrait « *d'inciter les médecins à développer davantage la réflexion sur leurs pratiques de prescription* », qu'il faudrait également « *encourager la participation des pharmaciens à cette démarche, comme l'exemple des Pays-Bas où pharmaciens et médecins se réunissent pour s'entretenir* » (Gimbert & Chauffaut, 2014).

Au regard de l'apport bénéfique de l'expertise du pharmacien d'officine dans la prise en charge pharmacothérapeutique des patients à travers de nouvelles pratiques (Al-babtain et al., 2021; Krska et al., 2001; Newman et al., 2020), des collaborations plus étroites se sont mises en place entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine dans différents pays (Bradley et al., 1997; Deeks et al., 2018; Guénette et al., 2020; Kocken, 1999; Rédaction Prescrire, 2008). La Suisse, les Pays-Bas ou encore la Belgique, on vu s'intensifier ces collaborations avec la tenue de rencontres régulières entre médecins généralistes et pharmaciens officinaux, les Groupes de Pratique Médecins Pharmaciens (GPMP). La section 3 va nous permettre de mieux connaître ces groupes de pratique et leurs apports.

Section 3 : Les Groupes de Pratique Médecins Pharmaciens : une initiative internationale comme perspective envisageable en France

L'existence de groupes de pratique entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine (GPMP) dans plusieurs pays européens représente une pratique interprofessionnelle potentiellement intéressante pour la politique française de régulation de la prescription médicamenteuse de ville. Un GPMP peut se définir par la tenue de rencontres régulières entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine d'un même territoire dans le but d'améliorer les pratiques associées à la pharmacothérapie.

La pertinence de l'intégration de cette pratique au sein des politiques de régulation françaises doit se poser à la fois au regard du contexte français, il a été développé dans les parties précédentes de la thèse, et de ces initiatives internationales. Une analyse comparative de l'implantation de 3 modèles différents de GPMP respectivement en Belgique, aux Pays-Bas et en Suisse est présentée dans cette section. Cette analyse comparative reprend différentes dimensions de leur implantation (objectifs visés, méthodologie, contexte d'implantation, financement, etc.) ainsi que les résultats obtenus dans ces trois pays. Elle a pour objectif d'identifier les paramètres en mesure de conditionner la transférabilité de cette pratique vers un autre pays, que ces paramètres soient associés à la pratique individuelle des professionnels ou au contexte du pays.

Pour mener cette analyse et décrire ces dispositifs, nous avons recherché des données publiées dans la littérature mais également dans la littérature grise. Nous avons également sollicité directement des responsables des organismes pilotant ces dispositifs²¹³. L'analyse des trois dispositifs étudiés fait l'objet d'un article intitulé « *General Practitioners-Community Pharmacists practice groups: Analysis of the potentialities and limits of this practice through its implementation in several European countries* »²¹⁴, soumis pour publication.

3.1) Analyse de trois modèles de GPMP

Afin de mieux comprendre la manière avec laquelle les GPMP se sont implantés dans les pays européens, nous proposons une analyse comparative de l'implantation de 3 modèles différents de GPMP respectivement en Belgique, aux Pays-Bas et en Suisse. Cette analyse parcourt différentes dimensions de l'implantation de ces modèles : instauration et objectifs visés, méthodologie, contexte d'implantation, implantation actuelle, enjeux rencontrés.

3.1.1) Instauration et objectifs visés par ces modèles

Alors que le concept des groupes de pratique entre médecins s'est développé dans de nombreux pays depuis les années 1970, ce n'est que plus tardivement avec l'évolution des politiques d'organisation des soins et le développement de l'interprofessionnalité que la collaboration entre médecins et pharmaciens a pu s'intégrer dans ce type de pratique (Rohrbasser et al., 2018). En effet, les années 1990 voient émerger le concept de groupes de pratique entre médecins et pharmaciens dans certains pays (Pays-Bas, Suisse, Suède) et un peu plus plus tardivement dans d'autres (Écosse, Belgique, etc.) (Cunningham et al., 2016; Damiaens et al., 2021; Kocken, 1999; Lundborg CS, Wahlström R, Diwan VK, Oke T, Mårtenson D, Tomson G., 1999; Rédaction Prescrire, 2002).

Les Pays-Bas ont été l'un des premiers pays où les GPMP se sont développés. Initié par des pionniers néerlandais dès 1986 (Macé et al., 2022), le concept des GPMP a été repris en 1992 par le Dutch Institute for Effective Use of Medicine (DGV)²¹⁵, institut public néerlandais pour le bon usage du médicament. L'objectif était de promouvoir l'utilisation rationnelle des médicaments en réunissant médecins généralistes et pharmaciens officinaux néerlandais (Kocken, 1999). La volonté d'instaurer ces groupes de pratique nommés PTAM pour « Pharmacotherapy Audit Meeting » (ou FTO en néerlandais pour « Farmacotherapeutisch Overleg »), fait suite au constat, du ministère de la santé néerlandais, d'une augmentation problématique des dépenses pharmaceutiques nationales. Les instances néerlandaises ont alors pensé que la maîtrise des dépenses pharmaceutiques ne pouvait plus

²¹³ Nous remercions particulièrement Carine de Vriese, Marjorie Nelissen-Vrancken, Martine Ruggli et Mélanie Brühlhart, Herman Beyers pour les informations fournies.

²¹⁴ Cet article a été déposé au sein de la plateforme HAL et dispose de l'identifiant suivant (HAL Id : hal-03658918, version 1).

²¹⁵ Le DGV bénéficie notamment d'une subvention institutionnelle du ministère de la santé néerlandais (IVM, 2021).

être obtenue uniquement par des mesures de maîtrise du prix des médicaments, mais que promouvoir l'utilisation rationnelle des médicaments était le meilleur moyen pour la maîtrise de cette dépense publique (Kocken, 1999). Ces groupes de pratique devaient s'appuyer sur l'expertise conjointe des deux professions, médecins et pharmaciens, pour instaurer un comportement optimal de prescription chez les médecins généralistes. Lors des séances du groupe, les participants échangeaient des informations sur les médicaments et élaboraient des recommandations locales. Le DGV, renommé en 2010 IVM (Instituut Verantwoord Medicijngebruik) a accompagné la mise en place de cette pratique en mettant à disposition des conseillers²¹⁶, du matériel de travail à l'usage des groupes et en développant des thématiques d'intervention (Kocken, 1999). La mise à disposition de conseillers formés, a été un paramètre facilitant pour l'implantation de cette pratique. Au cours de la période 1995-96, la moitié des groupes avaient mobilisé un conseiller. Ces conseillers ont joué un rôle important dans la construction d'un collectif de travail au sein des groupes, dans la structuration des séances et dans le développement de nouveaux supports de travail (Kocken, 1999). Le modèle a évolué au cours de son développement. En effet, l'objectif initial de cette pratique était de stimuler les interactions entre médecins généralistes et pharmaciens officinaux lors des séances. Mais progressivement, avec la mise en évidence de l'effet de ces séances sur les pratiques des participants, l'accent a été mis sur l'amélioration de la qualité des prescriptions en développant des recommandations locales et en les évaluant (Kocken, 1999).

En Suisse, le modèle des « Cercles de Qualité médecins pharmaciens » (CQ) a été mis en place en 1997 (Bugnon et al., 2012; Locca et al., 2009; Rédaction Prescrire, 2002, 2008), soit cinq ans après l'instauration du modèle des PTAM néerlandais. Tout comme le modèle néerlandais, l'implantation du modèle suisse est issue de l'initiative de pionniers, des médecins et des pharmaciens fribourgeois (Rédaction Prescrire, 2008). Ces professionnels après s'être constitués en Groupe d'Intérêt Professionnel (GIP) ont travaillé avec l'équipe du département Qualité et Développement de la Société Suisse de Pharmacie (SSPh), organisation faîtière des pharmaciens suisses, que nous dénommerons pharmaSuisse, appellation la plus habituelle en Suisse, pour structurer la mise en place du dispositif²¹⁷ (Rédaction Prescrire, 2002). Ce GIP a également conventionné avec l'Office de facturation des assurances et des caisses maladie de Suisse (Ofac), afin de disposer des données statistiques nécessaires à l'élaboration des profils de prescription de chaque médecin participant et de données sur le suivi du travail des CQ et pour l'évaluation de leurs retombées (Rédaction Prescrire, 2002). Dès leur instauration, les objectifs des CQ étaient multiples : améliorer la qualité des soins, améliorer les relations entre médecins et pharmaciens au niveau local, proposer une formation continue de qualité et

²¹⁶ Seize conseillers ont été spécialement formés pour contribuer à la mise en place et au soutien des groupes de PTAM (Kocken, 1999).

²¹⁷ Le département Qualité et Développement de la Société suisse de pharmacie (SSPh) s'est vu confier la recherche et le tri des données cliniques et thérapeutiques, évaluées et comparatives, des recommandations internationales et des données économiques (Rédaction Prescrire, 2002).

produire des économies budgétaires aux assureurs des caisses maladie sans sacrifier la qualité des soins (Rédaction Prescrire, 2002, 2008).

En Belgique, ce n'est qu'en 2000, que les premières séances de GPMP ont été instaurées sous l'appellation de « Concertations médico-pharmaceutiques » (CMP). L'instauration de cette pratique en Belgique ne s'est pas faite en lien direct avec les politiques de santé ou des stratégies de coordination voulues par le régulateur, mais sous l'initiative conjointe de différentes instances et associations professionnelles telles que la Société Scientifique des Pharmaciens Francophones (SSPF)²¹⁸, l'inspection générale de la pharmacie et le Centre Belge d'Informations Pharmaco-thérapeutiques (CBIP)²¹⁹. La Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) a également contribué à la mise en place de ce dispositif à travers sa contribution à l'élaboration des thématiques traitées (Macé et al., 2022). L'implantation de cette pratique est au départ basée sur le volontariat de médecins et pharmaciens participants avec pour objectifs de favoriser la bonne utilisation du médicament et la collaboration entre médecins et pharmaciens. Cette pratique a été portée financièrement par le CBIP jusqu'en 2012-2013. En 2013, ce modèle a été repris par l'organisme public chargé de la direction générale et du contrôle de l'assurance maladie, l'Institut National d'Assurance Maladie et d'Invalidité (INAMI), qui investira un budget plus important pour développer ces CMP (Macé et al., 2022). Ensuite, en 2015, le gouvernement belge a fixé par voie réglementaire les conditions et modalités de mise en œuvre des CMP afin de développer mais aussi d'encadrer cette pratique (Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique, 2021).

La mise en place des GPMP s'est donc faite sous des impulsions différentes au sein de ces trois systèmes de santé. Cependant, l'objectif de ces groupes de pratique est toujours le même. Il s'agit de réunir et d'instaurer des échanges entre l'expertise des pharmaciens et celle des médecins, pour optimiser les pratiques de ces deux professions, et en premier lieu celle de prescription des médecins généralistes, tout en renforçant l'exercice interprofessionnel au niveau local.

3.1.2) Similitudes et spécificités entre modèles

Chaque modèle a donc été instauré avec une impulsion et à partir de promoteurs différents. Bien que leurs caractéristiques générales soient, nous allons le préciser, convergentes, il est intéressant de mettre en évidence leurs différences que ce soit vis-à-vis de leur méthodologie générale mais également en lien avec les modalités pratiques de la préparation comme du déroulement de leurs séances.

²¹⁸ La Société Scientifique des Pharmaciens Francophones est une association sans but lucratif, créée sous l'instigation des organisations professionnelles de pharmaciens et des facultés et départements de pharmacie des universités de la communauté française de Belgique et qui a pour objet d'assurer de manière permanente, par l'organisation d'une formation continue objective et indépendante, une mise à niveau des connaissances des pharmaciens et des assistants pharmaceutico-techniques. (SSPF, 2021).

²¹⁹ Le CBIP est une association sans but lucratif dédiée à l'information indépendante relative aux médicaments pour les professionnels de santé.

3.1.2.1) Caractéristiques générales de ces modèles

Le concept de GPMP se caractérise par la réalisation d'échanges réguliers entre médecins généralistes et pharmaciens officinaux. Le but de cette pratique est de permettre à ces professionnels d'échanger sur des données scientifiques, cliniques, thérapeutiques voire économiques, concernant leur pratique quotidienne. Ces échanges portent sur des thématiques définies avec comme objectifs de produire pour ces thématiques des normes, des préconisations locales (Bugnon et al., 2012; INAMI, 2020; Kocken, 1999; Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique, 2021; Rédaction Prescrire, 2008).

En fonction des modèles (CMP, CQ, PTAM) et selon la possibilité des groupes, d'autres professionnels que les pharmaciens officinaux et médecins généralistes ont pu également intégrer ces groupes de pratique comme des médecins spécialistes (pédiatres (Philbet, 2018), gériatres, etc.) pouvant être hospitaliers (Foppe van Mil, 2005), des pharmaciens hospitaliers (Institut national d'assurance maladie-invalidité, 2020) ainsi que d'autres professionnels tels que des infirmiers, et ce en fonction des thématiques traitées (Macé et al., 2022).

Si chacun de ces modèles a bénéficié de l'appui d'une structure d'accompagnement, ces structures porteuses se distinguent par leur nature qu'elles soient institutionnelles telles qu'IVM et l'INAMI pour le portage respectif des PTAM et des CMP, ou professionnelle avec pharmaSuisse pour les CQ. Malgré ces différences de statut, ces structures ont toutes accompagné les professionnels dans l'instauration de cette pratique à travers, en fonction des modèles, leur financement, la mise à disposition des données de prescription, la formation des animateurs et/ou la mise à disposition de programmes ou supports de travail pour les séances (Bugnon et al., 2012; INAMI, 2020; Kocken, 1999).

Bien que ces modèles présentent des caractéristiques générales communes, ils sont différents quant à la méthodologie générale des séances, les modalités pratiques de leur préparation et leur déroulement.

3.1.2.2) Méthodologie générale des séances

Une des premières distinctions que nous pouvons souligner entre ces modèles concerne le portage de la préparation et de l'animation des séances.

En effet, alors que pour les CMP et les PTAM préparation et animation résultent d'une démarche conjointe entre médecins et pharmaciens, la mise en place des CQ est exclusivement portée par un ou plusieurs pharmaciens. Pour les PTAM, il est notamment prévu qu'un médecin généraliste et un pharmacien officinal collaborent pour définir le sujet à aborder, rédigent un avis préliminaire et établissent un ordre du jour. Cette préparation conjointe permet de rendre les séances plus ancrées sur les besoins pratiques des deux professions (Kocken, 1999). Au sein d'un PTAM, la fonction d'animateur peut être partagée par l'ensemble des participants (médecins, pharmaciens) qui vont alors

alterner pour animer les différentes séances du groupe. De même, la mise en place d'une CMP appelée « projet local » va être portée par une équipe de projet composée d'un médecin généraliste et d'un pharmacien officinal responsables (INAMI, 2020). Le médecin généraliste responsable est désigné par un Groupe Local d'Évaluation Médicale (GLEM) et/ou un cercle de médecins généralistes alors que le pharmacien responsable est désigné par une organisation locale de pharmaciens (INAMI, 2020). En Suisse, la mise en place des CQ est exclusivement portée par un ou plusieurs pharmaciens qui vont avoir en charge la préparation et l'animation des séances (Bugnon et al., 2012).

Les trois modèles de GPMP se différencient également en termes d'autonomie et de marges de manœuvre. En effet, alors que le modèle des CQ représente un modèle assez homogène dans la configuration des séances, ceux des CMP et des PTAM offrent aux professionnels parties prenantes une plus grande souplesse.

Concernant les CQ, les pharmaciens animateurs doivent suivre un programme de formation continue spécifique dispensé par pharmaSuisse qui comprend une formation de base (50h) suivie d'une formation continue (thématiques mises à jour représentant 16h/an) afin de maîtriser les thèmes abordés lors des séances (Macé et al., 2022). Le module de base se déroule sur deux ans et compte 13 cours. De plus, il est prévu chaque année que les pharmaciens animateurs se tiennent au fait des dernières évolutions scientifiques et pharmacoéconomiques en participant aux modules de mise à jour. Grâce au travail permanent d'actualisation réalisé par l'équipe de rédaction des modules de formation, les pharmaciens animateurs bénéficient d'une évaluation constante des rapports bénéfiques/risques des différents traitements et en particulier de la place des nouveautés pharmaceutiques dans les différentes prises en charge thérapeutiques (pharmaSuisse, 2021b). Au sein des CQ, au moins 4 des thématiques mises à jour doivent être abordées (système nerveux central, système digestif, diabète, système cardiovasculaire, pneumologie, infectiologie) auxquelles s'ajoutent des thèmes type « news », ou des sujets supplémentaires (gériatrie, dermatologie, etc.). Les données de prescription de chaque médecin présent sont fournies pour l'ensemble des séances et la pharmacoéconomie doit toujours être abordée lors des séances. Ces données de pharmacoéconomie initiales²²⁰ ne sont plus, comme au départ, fournies par la coopérative des pharmaciens Ofac, mais directement par pharmaSuisse à travers la faîtière principale des assurances maladie suisse Sasis/Santésuisse. Ainsi, des profils individuels de prescription sont établis en fonction des classes thérapeutiques étudiées et ce pour chacun des médecins des CQ. Ces données permettent au médecin d'analyser ses pratiques de prescription et de les comparer avec celles de ses pairs (Bugnon et al., 2012; Rédaction Prescrire, 2008). À la suite de ces séances, les pharmaciens animateurs doivent établir un rapport pour leur CQ afin de recevoir le financement prévu.

²²⁰ Initialement, ces données de pharmacoéconomie illustraient pour chaque prescripteur son profil de prescription des différentes classes thérapeutiques abordées. Les coûts, la fréquence de prescription, le pourcentage de génériques et le détail des spécialités prescrites étaient décrits pour chacune de ces classes et comparés aux données d'un groupe témoin (Bugnon et al., 2012).

Aux Pays-Bas et en Belgique, la configuration interne des PTAM et des CMP n'est pas si uniforme quant à la mise en place des séances. Tout d'abord, le choix des thèmes des séances est libre parmi ceux proposés par les structures porteuses. D'autre part, bien que les données de prescription puissent être mises à disposition des animateurs pour la mise en place et le déroulement des séances, leur utilisation n'est pas systématique, ce qui engendre une hétérogénéité entre groupes de pratique.

Aux Pays-Bas, bien que les données de prescription des médecins généralistes néerlandais aient pu être intégrées au sein des PTAM par l'intermédiaire d'un travail convergent entre la société néerlandaise des pharmaciens (KNMP) (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie - KNMP), les compagnies d'Assurance maladie et IVM, seulement deux tiers des PTAM (68 %) utilisaient des données de prescription en 1997 (Kocken, 1999). Par ailleurs, tous les PTAM n'ont pas les mêmes niveaux d'exigence et de qualité (Kroneman et al., 2016). Le niveau de qualité des PTAM est notamment évalué par IVM²²¹ à travers six critères : nombre de séances réalisées, durée moyenne des séances, préparation conjointe du pharmacien et du médecin généraliste, utilisation des données de prescription, rédaction des accords sur le choix de médicaments, vérification de l'adhésion aux décisions prises avec les données de prescription (Teichert et al., 2007). Le recueil de ces paramètres permet de classer les PTAM à travers 4 niveaux :

- Niveau 1 : pas de réunions structurées ;
- Niveau 2 : des réunions régulières sans engagement concret ;
- Niveau 3 : des réunions fréquentes avec décisions concrètes basées sur les données de prescription mais sans évaluation des décisions prises ;
- Niveau 4 : des réunions régulières avec décisions concrètes et évaluation de ces décisions (Florentinus et al., 2006; Teichert et al., 2007).

Depuis l'instauration de ce modèle aux Pays-Bas, la qualité des PTAM a progressé. En effet, sur les 824 PTAM effectifs en 2004, 14 % étaient de niveau 1, 43 % de niveau 2, 20 % de niveau 3 et 23 % de niveau 4 (Teichert et al., 2007). En 2011, c'est environ 60 % des PTAM qui avaient atteint le niveau de qualité 3 ou 4 (Kroneman et al., 2016).

En Belgique, bien que la mise en place d'une CMP nécessite de la part des porteurs d'un « projet local » une démarche administrative auprès de l'INAMI pour mettre en place les séances, la méthodologie associée à cette mise en place est assez souple. Pour monter un « projet local » de CMP, une procédure de demande doit être envoyée à l'INAMI par l'équipe du projet au sein de laquelle différents éléments doivent être précisés comme le nombre de réunions prévues, le nombre de participants, les sujets qui seront traités, les programmes de qualité pouvant servir de base, etc.

²²¹ Tous les groupes de PTAM ne sont pas évalués tous les ans. Seuls les groupes rémunérés par certaines assurances maladie et qui fonctionnent à un niveau supérieur (niveau 4) sont évalués une seule fois tous les deux ou trois ans.

(Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique, 2021). L'INAMI va alors examiner la demande pour l'approuver. Par ailleurs, l'INAMI peut, à la demande d'un « projet local », mettre à disposition des données de prescription²²² afin qu'elles puissent être discutées lors de ses séances (INAMI, 2020; Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique, 2021). Toutefois ces données ne sont demandées que très exceptionnellement (< 2,5 % des séances). À la suite de ces séances, l'équipe du « projet local » doit faire un rapport de la réunion et l'envoyer à INAMI²²³ (Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique, 2021). Ainsi, hormis ces démarches administratives, il n'y a pas de modalité établie pour conduire les séances, ni d'obligation de formation de l'animateur. De même, il n'y a pas de fréquence imposée pour la tenue des séances de CMP.

3.1.2.3) Modalités pratiques associées à la préparation et au déroulement des séances

Compte tenu des différences dans la méthodologie générale des séances, les modalités pratiques de leur préparation et de leur déroulement vont avoir aussi des spécificités.

La préparation des séances va dépendre des dispositions de chaque modèle, des sujets abordés et des outils disponibles. Pour la préparation des CQ, les pharmaciens animateurs disposent de modules de formation élaborés par pharmaSuisse intégrant une large revue de littérature internationale ainsi que des propositions pour la mise en place de consensus de pratique (Bugnon et al., 2012). La palette des sujets abordés est vaste parmi les 13 cours proposés, les thèmes couvrent environ 80 % de la pratique courante d'un médecin généraliste : de l'asthme au diabète en passant par l'insuffisance cardiaque. Les cours proposés par pharmaSuisse traitent de ces grandes thématiques au sein desquelles le pharmacien animateur peut s'inspirer pour aborder des sujets plus spécifiques.

En Belgique et aux Pays-Bas, des supports de travail sont proposés pour la préparation des séances (formation pour animateur, manuels pratiques pour la collecte et l'analyse locale des données) ou leur réalisation (méthodes pour la conduite des séances, powerpoint, exemples de cas cliniques etc.). Ces supports sont spécifiques à chaque sujet abordé (INAMI, 2020; IVM, 2021). Les sujets sont assez variés portant par exemple pour les PTAM sur la fibrillation auriculaire et la diarrhée, et pour les CMP sur la pharmacovigilance et la meilleure utilisation des antibiotiques et des AINS (INAMI, 2020; IVM, 2021). Une centaine de sujets sont proposés sur la plateforme d'IVM et 33 sujets (dont 17 accessibles en néerlandais, 7 en français et 9 dans les deux langues) sont accrédités par l'INAMI pour la conduite des CMP (INAMI, 2020; IVM, 2021).

²²² Les données transmises par l'INAMI sont représentées par les données régionales et nationales Pharmanet relatives aux produits pharmaceutiques remboursés, prescrits et délivrés. Ces données sont d'une part mises à la disposition des médecins et pharmaciens participants en ce qui concerne leurs données personnelles et d'autre part, dépersonnalisées et/ou groupées pour l'ensemble des participants au rapporteur de la concertation locale (Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique, 2021).

²²³ Dans ce rapport, les éléments suivants doivent être retranscrits : les activités effectuées, le nombre de participants par discipline, le ou les thème(s) traité(s), la ou les action(s) et les accords qui ont découlé de la concertation, voire les indicateurs appliqués et les données enregistrées (Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique, 2021).

Le plus faible nombre de sujets pour les CMP vient en partie du fait que les sujets traités doivent figurer dans la liste officielle des « programmes de promotion de la qualité ». Ces programmes sont préalablement validés par le Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments et leur conception est accompagnée financièrement par l'INAMI²²⁴ (INAMI, 2020). Aux Pays-Bas, différents organismes (organisations professionnelles, universités, sociétés scientifiques) tels que la société néerlandaise des pharmaciens (KNMP), la société néerlandaise des médecins de famille (Nederlands Huisarsten Genootschap (NHG)) contribuent à l'élaboration des thématiques possibles en collaboration avec IVM. En Belgique, c'est aussi le cas puisque les « programmes de promotion de la qualité » sont construits en lien avec différents organismes, tels que la SSPF (Société Scientifique des Pharmaciens Francophones) par exemple (INAMI, 2020; IVM, 2021).

Tous les éléments précédents expliquent que le temps de préparation d'une séance ne représente pas le même investissement pour les animateurs selon les pays.

Le temps pour la préparation d'un CQ semble le plus important avec un temps estimé par PharmaSuisse de 40 heures en moyenne (Macé et al., 2022). Ce temps de travail inclut la préparation du diaporama de présentation sur la base du module de formation suivi mais également le traitement des données de prescription des médecins généralistes du CQ.

Concernant les deux autres modèles (CMP, PTAM), le temps de préparation des séances semble plus faible, mais va dépendre des sujets abordés et des modalités de préparation employées (mise à disposition des données de prescription, des supports de travail, etc.). Pour les PTAM, les résultats d'une récente enquête menée par IVM en 2019 évaluent la répartition des temps de préparation moyens des PTAM avec la dispersion suivante : 1-2 h (15 %), 2-3 h (26 %), 3-4 h (27 %), > 4h (30 %) (Macé et al., 2022). Nous n'avons pas pu obtenir une estimation de ces temps de préparation auprès de l'INAMI. On peut toutefois imaginer que le volume horaire associé à la préparation d'une CMP soit assez similaire à celui d'un PTAM au regard des similitudes des modalités de préparation. Ce temps de préparation pourrait même être réduit dans le cas où des animateurs préalablement formés interviendraient pour la mise en place des séances comme proposé par la SSPF pour la mise en place des CMP (SSPF, s. d.).

Dans les trois modèles, les participants ne sont pas censés contribuer à la préparation des séances. Cependant, bien que peu fréquent, la proposition de cas pratiques issus de leurs expériences peut être demandée aux participants des CQ lors de la préparation des séances. De même, un travail préalable peut être demandé aux participants des PTAM en fonction des sujets. Ce travail préalable peut correspondre à la préparation des données de prescription à partir de leur propre système

²²⁴ En Belgique, l'INAMI met à disposition un million d'euros par an pour le montage des « programmes de promotion de la qualité », ces derniers pouvant être proposés par les organisations professionnelles représentatives des pharmaciens agréées, les organisations professionnelles représentatives des médecins agréées, les universités, les instituts de formation et les sociétés scientifiques (Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique, 2021).

d'information, à la recherche de patients spécifiques, à la collecte de documents d'information ou au suivi d'une formation en ligne (Macé et al., 2022).

Les participants sont *a priori* recrutés librement et localement par les animateurs. Cette liberté de participer à un GPMP n'exclut pas comme en Suisse une incitation ; ainsi dans certains cantons suisses, pharmaciens et médecins sont inciter à créer leur CQ au sein de leur territoire. En moyenne dans les 3 pays, les GPMP réunissent entre 1 à 3 pharmaciens et 5 à 15 médecins²²⁵ (Bugnon et al., 2012; Foppe van Mil, 2005). Une séance dure en moyenne 2 heures avec une fréquence comprise entre 3 à 6 fois par an pour les CQ et les PTAM, sans fréquence vraiment établie pour les CMP (Bugnon et al., 2012; Foppe van Mil, 2005; Macé et al., 2022).

Le tableau 11 récapitule les caractéristiques de chacun de ces modèles vis-à-vis des différents paramètres que nous venons d'aborder.

²²⁵ Aux Pays-Bas, ces séances réunissent en moyenne entre 2 à 3 pharmaciens et 7 à 10 médecins généralistes, et ce 4 à 6 fois par an (Foppe van Mil, 2005). En Suisse, ces réunions rassemblent en moyenne 1 à 3 pharmaciens et 5 à 15 médecins généralistes au sein des CQ (Bugnon et al., 2012). Nous n'avons pu obtenir de données précises quant au nombre moyen de participants présents par séance de CMP mais en général entre 10 à 30 médecins et 5 à 10 pharmaciens sont invités à ces séances et ce en fonction des sites.

TABLEAU 11 Tableau récapitulatif des principales caractéristiques associées à chacun des 3 modèles étudiés (CMP, CQ, PTAM)

<i>Modèle étudié</i>	Belgique Concertation Médico- Pharmaceutique (CMP)	Suisse Cercle Qualité médecins – pharmaciens (CQ)	Pays Bas PharmacoTherapy Audit Meeting (PTAM)
<i>Profession des participants</i>	Médecins généralistes (MG), Pharmaciens d'Officine (PhO) voire des médecins et pharmaciens hospitaliers	MG, PhO voire médecins spécialistes en médecine interne, pédiatres	MG, PhO voire des praticiens hospitaliers En fonction des sujets abordés, les participants peuvent également être des infirmiers voire des médecins gériatres
<i>Nombre de participants</i>	Pas de données précises mais environ 2 à 3 PhO et 5 à 15 MG	1 à 3 PhO et 5 à 15 MG	2 à 3 PhO et 7 à 10 MG
<i>Structure porteuse</i>	INAMI	pharmaSuisse	IVM
<i>Sujets abordés</i>	Sujets basés sur les « programmes de promotion de la qualité » validés par l'INAMI	Sujets reposant sur les thématiques des modules de formation	Libre choix du sujet, bien que ce choix repose le plus souvent sur des sujets associés aux nouvelles recommandations de la profession
<i>Fréquence des séances</i>	Non fixée	3 à 4 par an	4 à 6 par an
<i>Durée moyenne des séances</i>	2 h	2 h	1,5-2 h
<i>Méthodes préparatoires des séances</i>	Préparation conjointe d'un médecin et d'un pharmacien	Préparation par un ou plusieurs pharmaciens	Préparation conjointe d'un médecin et d'un pharmacien
<i>Mise à disposition des données de prescription des MG</i>	Possible mais non systématique, à la demande des « projets locaux »	Pour chaque CQ	Selon le niveau de qualité du PTAM (principalement niveau 3 et 4)

3.1.3) Contexte d'implantation des GPMP dans les trois pays étudiés

Chaque modèle s'intégrant dans un système de soins spécifique, la connaissance du contexte dans lequel les 3 modèles de GPMP s'intègrent est nécessaire pour analyser leur configuration, leurs impacts et leur dynamique. Puisque les GPMP réunissent médecins généralistes et pharmaciens officinaux dans des échanges collaboratifs, structurés et reconnus, nous allons étudier ce contexte à travers trois dimensions : le mode d'exercice des médecins généralistes, la pratique des pharmaciens d'officine et la reconnaissance financière et professionnelle dont les GPMP peuvent faire l'objet.

3.1.3.1) Le mode d'exercice des médecins généralistes

Nous avons recherché la manière avec laquelle les médecins généralistes exerçaient au sein de ces différentes organisations de soins primaires au moment de l'initiation et mais également au cours du développement de ces modèles.

Aux Pays-Bas, le modèle des PTAM s'est implanté dans une organisation des soins primaires centrée sur l'exercice de groupe et la pluridisciplinarité depuis de nombreuses années. En effet, parmi les trois modes d'exercice possibles (exercice solo, en cabinets de groupe, en centres de santé²²⁶), 90 % des médecins généralistes néerlandais exercent en cabinets de groupe ou en centres de santé en 2016 (Rohrbasser et al., 2019). Au moment de l'initiation des PTAM au début des années 1990, environ 50 % de ces praticiens n'exercent déjà plus en solo (Bourgueil et al., 2007). D'autre part, les médecins généralistes néerlandais sont des médecins pour qui la pratique de groupes de pairs fait partie d'un exercice habituel. En effet, trois quart d'entre eux (75 %) participent à ce type de pratique, avec un taux de participation constant depuis le début des années 2000 (Rohrbasser et al., 2019). Par ailleurs, la mise en avant des PTAM, comme un gage de qualité pour certains centres de santé néerlandais, est un élément soulignant l'intégration et la valorisation de cette pratique au sein de l'exercice coordonné aux Pays-Bas (Duizendblad, 2021).

En Suisse, les CQ se sont développés dans un système de soins primaires où l'exercice des médecins généralistes suisses était encore peu tourné vers l'interprofessionnalité et l'exercice coordonné. Même si ce mode d'exercice a commencé à se développer depuis plusieurs années, il est bien moins présent qu'aux Pays-Bas. D'après une étude menée par *l'International Health Policy Survey du Commonwealth Fund*, 45 % des médecins généralistes suisses exerçaient, en 2015, de manière isolée (Gordon, Diebold, et al., 2018). La Confédération Suisse a lancé plusieurs initiatives afin de promouvoir la collaboration interprofessionnelle, le canton de Vaud, de son côté, a élaboré un nouveau modèle de coopération en médecine de famille, mais les médecins généralistes exerçant dans des groupes coordonnés restent en deçà des objectifs (Gordon, Diebold, et al., 2018). Cependant, l'attrait des médecins généralistes suisses pour la pratique de groupes de pairs a augmenté au cours de ces

²²⁶ Les centres de santé aux Pays-Bas sont des structures intégrant des équipes multidisciplinaires, comprenant également des infirmières, des travailleurs sociaux, des kinésithérapeutes et parfois des sages-femmes (Bourgueil et al., 2007).

vingt dernières années. En effet, avec un taux de participation de 85 % en 2015 alors qu'il n'était que de 25 % en 2000, la Suisse fait partie des pays dont où le taux de participation des médecins généralistes à ce type de pratique est des plus élevés (Rohrbasser et al., 2019). Par ailleurs, une des particularités du mode d'exercice de certains médecins généralistes suisses est la vente de médicaments par les médecins, répandue dans de nombreux cantons alémaniques, ceci pouvant avoir un impact négatif sur le développement des CQ au sein de ces cantons (pharmaSuisse, 2021a).

En Belgique, les CMP se sont implantées dans un système de soins où les médecins généralistes exercent majoritairement seuls. Il existe en Belgique différents modes d'exercice pour les médecins généralistes (seuls, en cabinet médicaux, en maisons médicales, etc.) (Bourgueil et al., 2007). Pour faire face au morcellement de son système de santé, la Belgique a entrepris des réformes avec la création, dès les années 1970, de maisons médicales pluridisciplinaires qui ont connu un réel développement : 176 maisons médicales en 2017 contre 78 en 2004 (Bourgueil et al., 2007; Boutsen et al., 2017; Gordon, Macq, et al., 2018). Malgré ces politiques, l'exercice isolé est toujours majoritaire en 2015 (60 % en 2015 contre 70 % en 2007) (Bourgueil et al., 2007; Rohrbasser et al., 2019). Par ailleurs, l'attrait important des médecins généralistes pour les groupes de pairs, qui faisait de la Belgique un pays où ce type de pratique était bien implantée, a diminué au cours de ces vingt dernières années. Le taux de participation à ces groupes est passé de 75 % en 2000 contre 60 % en 2015 (Rohrbasser et al., 2019).

Nous pouvons ainsi souligner que ces trois modèles se sont implantés au sein de contextes d'exercice différents pour les médecins avec un exercice de groupe et une pratique entre pairs très développés aux Pays-Bas alors que chez les médecins généralistes belges et suisses le mode d'exercice isolé reste important.

3.1.3.2) La pratique des pharmaciens d'officine

Comme nous l'avons exposé au sein du paragraphe 2.1.1.2 de ce chapitre, l'exercice du pharmacien d'officine a progressivement évolué au cours de ces dernières années, dans nombre de systèmes de soins, passant d'un exercice centré sur la préparation et la délivrance des médicaments vers un exercice intégrant une approche plus clinique et interactive avec les médecins généralistes. Cependant, cette évolution ne s'étant pas déroulée avec la même dynamique selon les pays, et notamment dans le cas des Pays-Bas, de la Suisse et de la Belgique.

Aux Pays-Bas, le concept de pharmacie clinique s'est développé en officine dès les années 1970 (Foppe van Mil, 2005). L'instauration de ce type de pratique, à travers la mise en place progressive de plusieurs services, a permis aux pharmaciens d'officine d'avoir une approche plus importante dans la prise en charge thérapeutique des patients (Foppe van Mil, 2005). C'est dans ce contexte d'un exercice plus clinique et d'une interaction déjà amorcée avec les médecins généralistes que les PTAM se sont

développés au début des années 90. La collaboration entre médecins et pharmaciens a pu se renforcer grâce à l'interconnexion des données patients permettant aux pharmaciens d'officine d'avoir accès aux diagnostics médicaux et aux résultats des examens de laboratoire (Foppe van Mil, 2005; Ordre National des Pharmaciens, 2018). La bonne implantation des revues de médication aux Pays-Bas ainsi que la mise en place de programmes coopératifs, associant médecins et pharmaciens, dans le maintien à domicile des patients âgés par exemple, sont des éléments qui soulignent également le renforcement de l'expertise du pharmacien officinal dans la prise en charge des patients au sein du système de soins primaires néerlandais (Ordre National des Pharmaciens, 2018; Tommelein et al., 2016).

En Suisse, l'évolution de la pratique des pharmaciens officinaux vers une pratique clinique et interprofessionnelle est apparue plus tardivement. En effet, au moment où les pionniers fribourgeois ont implanté les prémices du modèle des CQ en 1997, il y avait peu de collaboration entre médecins et pharmaciens dans la prise en charge pharmacothérapeutique des patients. Les CQ ont été véritablement des innovations quant au rôle du pharmacien dans la prescription médicale et dans le développement de l'interprofessionnalité. Depuis l'instauration des CQ, la pratique des pharmaciens suisses a continué à évoluer vers une approche plus clinique et plus interprofessionnelle. On peut à ce titre, citer l'instauration de différents services pharmaceutiques tels que la mise en place du programme SISCare²²⁷ ou du programme Netcare²²⁸ (Confédération fédérale suisse, 2016). De plus, le développement de la pharmacie clinique dans le milieu hospitalier suisse a aussi contribué à une meilleure reconnaissance par les médecins de l'expertise du pharmacien dans la prise en charge pharmacothérapeutique des patients. L'apport des pharmaciens, perçu notamment lors de leur formation à l'hôpital, a pu être un facteur convaincant de l'intérêt d'une interaction avec les pharmaciens officinaux pour les médecins installés en ville.

Comparé aux Pays-Bas et à la Suisse, la pratique de la pharmacie clinique officinale s'est développée encore plus tardivement en Belgique. En effet, le concept de soins pharmaceutiques n'a été introduit dans la loi qu'en 2006 puis défini plus en détail en 2009 au sein des bonnes pratiques pharmaceutiques²²⁹ (Lelubre et al., 2019; Ordre des pharmaciens belges, 2021). Depuis quelques services pharmaceutiques rémunérés ont été instaurés comme celui visant le bon usage des corticoïdes par voie inhalée dans l'asthme (2014) ou plus récemment, en 2017, à travers la détermination d'un pharmacien de référence visant à améliorer l'adhésion thérapeutique des patients chroniques polymédiqués (Lelubre et al., 2019; Robberechts et al., 2021). D'autres services non rémunérés tels

²²⁷ Le programme Siscare est un programme visant à promouvoir l'adhésion thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques. Ce programme intègre différentes interventions visant le suivi de la prise des médicaments : pilulier, entretiens motivationnels, échange avec le médecin traitant (Confédération fédérale suisse, 2016).

²²⁸ Le programme Netcare est un programme cherchant à développer le « triage » à l'officine, conjuguant une consultation initiale dans les pharmacies avec la possibilité d'une téléconsultation avec un médecin. Ce programme entend fournir une aide médicale simple et rapidement accessible sans rendez-vous (Confédération fédérale suisse, 2016).

²²⁹ Au sein des bonnes pratiques pharmaceutiques, les pharmaciens sont reconnus comme des soignants responsables de l'amélioration de l'utilisation des médicaments ainsi que du maintien ou de l'amélioration de la qualité de vie des patients, notamment à travers la prévention, l'identification et la résolution des problèmes liés aux médicaments (Ordre des pharmaciens belges, 2021).

que les revues de médication ont également été introduits dans la pratique des pharmaciens officinaux belges (Lelubre et al., 2019; Robberechts et al., 2021). Cependant, ces nouveaux services pharmaceutiques orientés vers une approche clinique et interdisciplinaire rencontrent des difficultés à s’implanter pour différentes raisons (manque d’intérêt des patients, manque de temps, perception des médecins, organisation de travail, etc.) (Lelubre et al., 2019; Tommelein et al., 2016). La Belgique est des trois pays analysés sans doute le moins avancé en termes d’interprofessionnalité pour les pharmaciens officinaux.

3.1.3.3) Le mode de reconnaissance financière et professionnelle des acteurs

La pratique des GPMP étant reconnue par les institutions et les organisations professionnelles dans les trois pays étudiés, elle a pu bénéficier d’une reconnaissance financière voire professionnelle, notamment à travers la formation continue, mais sous des formes et des intensités variables.

L’organisation de la protection sociale et du financement des professionnels de santé reposent sur des modalités de fonctionnement différent en fonction des pays. Dans les trois pays étudiés, les prestations financières versées aux patients et/ou aux professionnels de santé sont gérées par des organismes assureurs. Aux Pays-Bas, l’ensemble de ces assureurs est placé sous la tutelle de l’autorité néerlandaise de soins de santé (Nederlandse Zorgautoriteit - NZa) alors qu’il est sous la tutelle de l’Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) en Suisse (CLEISS, 2022b, 2022c). En Belgique, le service des prestations est géré par les organismes dits « assureurs » représentés par différents organismes tels que les unions nationales de mutualité agréées, la caisse auxiliaire d’Assurance maladie-invalidité, etc., et l’INAMI est chargé de la direction générale et du contrôle de l’assurance des soins de santé et indemnités (CLEISS, 2022a).

Au sein de ces différentes organisations de protection sociale, la contribution des acteurs, qu’ils soient animateurs ou participants, n’est pas reconnue de la même manière. En effet, en Belgique, le financement géré par l’INAMI alloue un budget de 2000 euros pour financer l’ensemble d’un « projet local »²³⁰ (INAMI, 2021). Au sein de ce budget, les projets avec animateur(s) reçoivent notamment une indemnité supplémentaire en fonction du coût du ou des animateurs, avec un plafond de 500 euros en plus par CMP. Pour être rémunéré, un animateur doit soit être rattaché au « programme de promotion de la qualité » sur lequel repose le projet, soit avoir suivi une formation spécifique d’animateur (INAMI, 2021). Ainsi, le budget maximum pouvant être alloué par « projet local » peut alors s’élever à 2 500 euros (INAMI, 2021).

²³⁰ Au sein de ce financement, le budget est décomposé de la manière suivante : 500 euros payés après l’approbation administrative du projet, 750 euros payés après l’envoi et l’approbation du rapport de la réunion, 750 euros payés après l’envoi et l’approbation du rapport d’évaluation montrant un effet des recommandations initialement formulées (INAMI, 2021).

Aux Pays-Bas et en Suisse, la rémunération attribuée aux acteurs (animateurs, participants) n'est pas actuellement attribuée par une instance étatique mais par les assureurs eux-mêmes. En fonction des modèles, cette reconnaissance financière ne concerne cependant pas tous les acteurs, mais certains d'entre eux et sous certaines conditions. Aux Pays-Bas, l'initiation des PTAM a été soutenue financièrement par le gouvernement néerlandais. Actuellement, tous les groupes de PTAM ne sont pas rémunérés même ceux de niveau supérieur. Seuls les groupes du niveau supérieur et qui ont une majorité de patients de certains assureurs le sont (Macé et al., 2022). De même en Suisse, même s'il n'y avait initialement pas de financement prévu ni pour les animateurs, ni pour les participants, tous les pharmaciens animateurs ont été financés à partir de 2012 pour leur contribution aux CQ²³¹. Actuellement, la rémunération des pharmaciens animateurs provient de négociations entre pharmaSuisse et tout ou partie des caisses maladie. Cette rémunération est basée sur un fond paritaire partagé entre pharmaSuisse et Santésuisse (principale organisation de la branche des assureurs-maladie) voire par d'autres associations telles que Curafutura²³² (Maurisse, 2019). Il s'agit d'un fond de contribution avec un prélèvement sur chaque boîte de médicament vendue par le pharmacien²³³ permettant notamment de financer des projets d'évaluation de nouvelles prestations et financer les CQ à hauteur de 16 000 CHF par année et par animateur. Pour que les pharmaciens animateurs soient rémunérés, il faut qu'ils répondent aux différentes conditions telles que la réalisation d'un minimum de séances, un nombre minimum de 4 thématiques traitées, la présentation des données de pharmacoeconomie des médecins, etc²³⁴ (Macé et al., 2022).

La reconnaissance financière dans les trois modèles est donc différente, une reconnaissance financière par « projet local », assurée par une instance étatique en Belgique et une rémunération, versée par les assureurs, pour certains acteurs et sous certaines conditions, pour les CQ et les PTAM.

La reconnaissance professionnelle des participants aux GPMP, notamment en matière de formation continue, existe dans les trois pays mais avec des modalités également différentes. En Suisse, les CQ

²³¹ En 2005 et 2006, la SSPh (Société suisse des pharmaciens alias pharmaSuisse) et Santésuisse ont négocié pour définir les modalités de financement et de monitoring à une échelle nationale. Toutefois, entre 2005 et 2006, seuls les CQ de Fribourg (107 médecins et 17 pharmaciens) et du Valais (37 médecins et 8 pharmaciens) ont été financés officiellement dans la phase de négociation (Bugnon et al., 2006).

²³² Curafutura est une association fondée par les assureurs CSS, Helsana, Sanitas et CPT.

²³³ La déduction réalisée s'applique uniquement aux médicaments figurant sur la liste des spécialités et appartenant aux catégories de remise A et B, lorsque le prix de fabrique est inférieur à 880 CHF.

²³⁴ Parmi les conditions-cadres de rémunération figurent les conditions suivantes : un minimum de 3 séances de CQ doivent être effectuées par année ; 4 thèmes doivent être traités ; 2 thèmes doivent être détaillés en précisant les objectifs et en rédigeant un rapport ; les thèmes doivent être en relation avec les thèmes abordés dans les cours de base et les mises à jour de pharmaSuisse ; les données de pharmacoeconomie des médecins (chiffres SASIS) doivent être présentées ; les dates des réunions et les sujets traités doivent être communiqués ; des objectifs qualitatifs ou quantitatifs doivent être formulés pour 2 thèmes (1 thème parmi ceux proposés et 1 thème libre) ; un rapport annuel doit être établi ; une déclaration doit être signée pour obtenir la rémunération ; l'animateur doit avoir suivi les cours de base ou les cours mis à jour dispensés par pharmaSuisse concernant les 4 thèmes traités ; un CQ doit comporter aux moins 5 médecins et 3 numéros RCC différents (le RCC est un numéro de concordat d'un prestataire de soins lui donnant le droit de facturer à l'Assurance maladie, un cabinet de groupe peut ne posséder qu'un seul RCC) ; un CQ doit avoir un contact privilégié avec la pharmacie d'officine (région de prescription) ; un animateur ne peut pas être rémunéré pour plus de 3 CQ.

sont reconnus comme des actions de formation continue par la Société suisse de médecine générale et par pharmaSuisse (Rédaction Prescrire, 2008). En Belgique et aux pays Bas, la participation des professionnels est également reconnue comme relevant de la formation continue par leurs instances professionnelles mais les modalités pour faire reconnaître leur participation sont différentes selon que l'on soit médecin ou pharmacien.

L'environnement dans lequel ces modèles nationaux se sont implantés a pu être facilitant ou limitant en termes de dynamique pour ces modèles. Nous analyserons l'influence possible du contexte d'implantation au paragraphe 3.3.2., mais nous allons, auparavant, faire un état des lieux de l'implantation actuelle de ces GPMP.

3.1.4) Situation de l'implantation actuelle de cette pratique

L'antériorité, la configuration et le contexte d'implantation distinct des trois GPMP analysés, aboutissent à des situations actuelles différentes selon le pays considéré.

Aux Pays-Bas, cette pratique s'est rapidement et considérablement implantée chez les médecins généralistes et les pharmaciens officinaux néerlandais. En effet, en 1997, soit 5 ans après le soutien apporté par l'État néerlandais à cette pratique, le concept des PTAM s'est déployé de manière importante avec un nombre de groupes qui est passé de 629 (en 1992) à 827 (en 1997), intégrant ainsi jusqu'à 95 % des médecins généralistes et des pharmaciens du pays (Kocken, 1999). Depuis 1995, la quasi-totalité des médecins et pharmaciens néerlandais participent à ces groupes de pratique, avec plus de 800 PTAM comptabilisés en 2022 (Macé et al., 2022; Teichert et al., 2007). Chaque PTAM intégrant en moyenne 2 à 3 pharmaciens pour 7 à 10 médecins généralistes, le dispositif concernerait en 2022 environ 2 800 pharmaciens et 8 400 médecins généralistes (Eimers et al., 2008; Foppe van Mil, 2005).

En Suisse, la participation des professionnels aux CQ a été grandissante mais plus progressive comparée au développement des PTAM néerlandais. En 2006, soit moins de 10 ans après l'instauration de cette pratique en Suisse, on décomptait 300 médecins et 50 pharmaciens qui participaient à des CQ. En 2014, 65 CQ étaient effectifs au sein de 8 cantons²³⁵ (Confédération fédérale suisse, 2016). Actuellement, une centaine de CQ sont comptabilisés en Suisse, ce qui représente environ 800 médecins et 100 pharmaciens (Macé et al., 2022). Rapporté aux 5 769 pharmaciens officinaux exerçant en Suisse en 2019 (pharmaSuisse, 2021a), la participation des pharmaciens à cette pratique est donc moindre qu'aux Pays-Bas mais ces chiffres illustrent malgré tout une implantation en hausse et consolidée dans certains des cantons où ce modèle a été instauré depuis ses débuts (exemple du canton de Vaud) (Herzig & Niquille, 2019). L'implantation des CQ en Suisse présente la particularité d'être non homogène au sein du pays. La plupart des CQ se trouvent dans la partie

²³⁵ Cantons d'Argovie, Berne, Neuchâtel, Tessin, Vaud, Zurich, Fribourg, Valais (Confédération fédérale suisse, 2016).

romande où l'on décompte en 2019 près d'un tiers des CQ dans le seul canton de Vaud, soit 30 CQ effectifs intégrant 228 médecins et 34 pharmaciens (Herzig & Niquille, 2019). En effet, après avoir débuté dans les cantons de Fribourg et de Vaud, cette pratique s'est progressivement répandue dans toute la Suisse. Cependant, elle reste concentrée dans les cantons romands et italiens. Elle est par ailleurs très peu développée dans les cantons alémaniques (moins de 5 CQ). La concurrence existante entre médecins généralistes et pharmaciens officinaux dans ces cantons peut expliquer ce constat, les médecins généralistes ayant dans ces cantons le droit de délivrer des médicaments (Macé et al., 2022).

En Belgique, le développement des CMP semble modeste avec seulement 386 « projets locaux » approuvés depuis 2015 (la majorité des « projets locaux » donnant lieu à une seule séance) (Macé et al., 2022). Malgré le soutien apporté par l'INAMI pour la diffusion de cette pratique, le développement des CMP progresse difficilement au regard des budgets alloués qui étaient prévus pour soutenir 800 « projets locaux » par an jusqu'à la fin de l'année 2018 (Damiaens et al., 2021). De plus, un peu comme en Suisse, l'implantation de ce modèle rencontre des dynamiques différentes selon les territoires avec une implantation nettement plus développée dans la partie néerlandophone où 322 « projets locaux » ont été enregistrés entre 2015 et fin 2021, contre respectivement 48 et 16 dans la partie francophone et la région bruxelloise (Macé et al., 2022).

Ces données soulignent que la pratique des GPMP s'est développée de manière différente selon les pays mais aussi au sein des pays. Les différences au sein des pays s'expliquent sans doute par des fonctionnements différents du système de santé selon les régions, ces systèmes étant assez régionalisés.

Le tableau 12 récapitule le contexte et la situation actuelle d'implantation des trois modèles étudiés vis-à-vis des différents paramètres que nous venons d'aborder.

TABLEAU 12 Tableau récapitulatif du contexte d’implantation et de la situation actuelle de chacun des 3 modèles étudiés (CMP, CQ, PTAM)

<i>Modèle étudié</i>	Belgique Concertation Médico-Pharmaceutique (CMP)	Suisse Cercle Qualité médecins – pharmaciens (CQ)	Pays Bas PharmacoTherapy Audit Meeting (PTAM)
Contexte d’implantation du pays			
<i>Pratique des médecins généralistes</i>			
<i>Mode d’exercice</i>	Exercice majoritaire en solo (60 % en 2015)	Exercice important en solo (45 % en 2015)	Exercice de groupe majoritaire (90 % en cabinets de groupe ou en centres de santé en 2016)
<i>Participation aux groupes de pairs</i>	Diminution (60 % en 2015 contre 75 % en 2000)	Augmentation importante (85 % en 2015 contre 20% en 2000)	Participation importante et constante (75 % depuis le début des années 2000)
<i>Exercice des pharmaciens d’officine</i>			
<i>Initiation de la pharmacie clinique</i>	Soins pharmaceutiques introduits dans la loi en 2006	Déploiement après l’instauration des CQ	Développée en officine dès les années 1970
<i>Services pharmaceutiques actuels</i>	Quelques services pharmaceutiques rémunérés (pharmacien référent, usage corticoïdes dans l’asthme)	Plusieurs services cliniques et interprofessionnels (SISCare, Netcare)	Bonne implantation des revues de médication ainsi que la mise en place de programmes coopératifs
<i>Reconnaissance financière</i>			
<i>Financier</i>	INAMI	Organismes assureurs	Organismes assureurs
<i>Objet du financement</i>	CMP (« Projet local »)	Pharmacien animateur	PTAM
<i>Conditions de financement</i>	Acceptation du « projet local » par l’INAMI Budget alloué de 2 500 euros maximum par « projet local »	Sous certaines conditions (4 thèmes traités, données de pharmacoeconomie présentées, rapport annuel établi, etc.)	Groupes de niveau supérieur avec une majorité de patients de certains assureurs
Niveau d’implantation actuelle			
<i>Progression</i>	Difficile au regard des budgets alloués	Implantation en hausse et progressive	Rapide et importante dès son instauration
<i>Nombre actuel de GPMP</i>	386 « projets locaux » approuvés depuis 2015	Centaine de CQ (soit environ 800 médecins et 100 pharmaciens)	Plus de 800 PTAM (soit 95 % des médecins généralistes et pharmaciens officinaux néerlandais)
<i>Répartition au sein du pays</i>	Majorité dans la partie néerlandophone (322 « projets locaux »), francophone (48) et région bruxelloise (16)	Principalement dans les cantons romands (un tiers) et italiens Peu en région alémanique (< 5)	Répartition homogène

Au regard de ce qui vient d'être présenté, nous ne pouvons pas faire de lien évident entre la configuration d'un modèle particulier de GPMP et une dynamique plus ou moins favorable. Même si une analyse plus poussée des paramètres conditionnant l'implantation des GPMP sera réalisée au sein du paragraphe 3.3., nous pouvons malgré tout avancer quelques premiers éléments.

La configuration d'un modèle de GPMP et celle de son pilotage sont des éléments en mesure d'avoir un impact sur sa dynamique. En effet, le portage de l'animation par un binôme médecin-pharmacien peut sembler une configuration facilitante pour faire adhérer des médecins et pharmaciens à cette pratique comme c'est le cas aux Pays-Bas. Cependant, cette configuration d'animation demande au préalable une pratique interprofessionnelle développée afin que celle-ci ne devienne pas un frein pour la constitution des GPMP. De même, un temps de préparation peu chronophage pour la préparation des séances, comme c'est plus particulièrement le cas au sein des modèles belge et néerlandais, constitue une configuration plus facilitante pour implanter des GPMP même si cela ne présume pas pour autant de la réussite de leur déploiement. Au regard du pilotage de ces modèles, un accompagnement important de cette pratique par la structure porteuse au moment de son initiation semble un paramètre primordial pour l'implantation des GPMP, comme semble l'illustrer l'effet qu'ont pu jouer les conseillers d'IVM dans l'implantation rapide et importante des PTAM aux Pays-Bas. De même, l'accompagnement des CQ par une organisationnelle professionnelle telle que pharmaSuisse qui accompagne ce dispositif à travers des négociations avec les organismes assureurs, permettant notamment un financement non négligeable pour les pharmaciens animateurs, est en mesure d'expliquer le recrutement de pharmaciens animateurs et le développement progressif des CQ en Suisse.

Cependant, ces différences de dynamique entre modèles peuvent relever d'autres paramètres non mis en avant dans notre analyse, comme les cultures professionnelles, la diffusion de la pluriprofessionnalité, la « culture » du médicament, le rapport à la prescription chez les médecins généralistes (ex des médecins néerlandais), ces éléments pouvant notamment expliquer des différences de dynamique d'un modèle au sein d'un même pays.

L'identification des paramètres qui peuvent conditionner l'implantation de GPMP est une démarche importante dans notre analyse car un paramètre limitant d'un modèle au sein d'un pays peut l'être tout tant lors du déploiement de ce même modèle pour un autre pays. Nous y reviendrons au sein du paragraphe 3.3. quand nous aborderons la question de la transférabilité des GPMP.

Compte tenu de leurs différents niveaux de déploiement, il est maintenant pertinent de présenter les enjeux actuels de ces GPMP pour leurs promoteurs et leurs pilotes.

3.1.5) Enjeux actuels de chacun des modèles de GPMP

Chacun des modèles que nous venons de décrire est confronté à des enjeux spécifiques, liés à sa configuration ou aux problématiques de son système de santé. Ces enjeux peuvent se décliner en limites à dépasser et en évolutions potentielles.

Aux Pays-Bas, les PTAM sont déjà bien implantés et sont toujours considérés par les politiques comme un outil important pour l'optimisation de la pharmacothérapie en soins primaires. En effet, bien que le gouvernement ne finance plus l'accompagnement des PTAM, il finance toujours le développement des outils de travail élaborés pour les séances. Le collège néerlandais des médecins généralistes ainsi que l'association royale néerlandaise des pharmaciens collaborent avec IVM pour développer ces outils (Macé et al., 2022). Ces institutions professionnelles promeuvent largement les PTAM car elles les considèrent comme un outil important pour la mise en œuvre de leurs lignes directrices concernant le bon usage du médicament. Par ailleurs, les PTAM font actuellement partie du programme de formation initiale des étudiants en pharmacie et dans une moindre mesure de celle des étudiants en médecine générale (en fonction des universités) (Macé et al., 2022). On peut donc dire que les PTAM semblent désormais complètement intégrés dans l'exercice des pharmaciens et des médecins généralistes aux Pays-Bas.

En Suisse, le modèle des CQ a rencontré une implantation non homogène mais progressive. Cependant, il fait face actuellement à des difficultés pour poursuivre son développement. En effet, la rémunération des pharmaciens animateurs reste fragile car les assureurs maladie ne soutiennent pas vraiment le maintien d'un financement (Maurisse, 2019). Selon Marcel Mesnil, secrétaire général de pharmaSuisse, « *personne n'est disposé à engager des moyens pour encourager ce travail d'équipe. Seuls les assureurs maladie sont la clé d'un éventuel financement. Or, le système veut qu'ils cherchent surtout des rabais pour leurs propres assurés et soient nettement moins intéressés par les économies qui profitent à l'ensemble des assureurs. Il faudrait réviser la loi. C'est difficile, mais possible* » (Maurisse, 2019). Pour le financement des CQ, les assurances exigent depuis quelques années des indicateurs qualité, qualitatifs et quantitatifs, qui sont actuellement négociés avec pharmaSuisse. Les négociations avec les caisses maladie sont difficiles et le financement des CQ est régulièrement remis en question par les assureurs (Macé et al., 2022). Un médecin participant aux CQ rejoint ces propos lorsqu'il fait part de son incompréhension de l'absence de soutien des assureurs vis-à-vis du dispositif, pour lui, « *il est contre-productif de ne pas soutenir les cercles de qualité car tout le monde y gagne en fin de compte* » (Philbet, 2018). Par ailleurs, les CQ rencontrent aussi des difficultés par rapport à d'autres paramètres inhérents au contexte d'implantation. Initialement fournis par la coopérative des pharmaciens Ofac, les chiffres de pharmacoéconomie ne sont plus mis à disposition actuellement par cet institut, mais directement par la société faîtière principale des assurances maladie suisse Sasis/Santésuisse. Une amélioration de la qualité de ces données devrait être obtenue car actuellement

elles sont peu maniables et ne permettent plus une analyse pharmacoéconomique fine. De plus, l'extension des CQ aux cantons alémaniques reste problématique compte tenu surtout de la dispensation médicale dans ces régions. Des évolutions doivent également avoir lieu dans l'accompagnement par pharmaSuisse des CQ. En réponse au souhait des pharmaciens animateurs d'être plus aguerris dans l'animation des CQ, pharmaSuisse devrait mettre en place des formations pour permettre à ces pharmaciens d'améliorer leurs compétences d'animation. Toutefois, malgré les limites que rencontre actuellement le modèle des CQ en Suisse, cette pratique converge avec les enjeux économiques de son système de santé. Les dépenses de santé sont un des sujets phares de la politique de santé suisse et certains objectifs comme l'intégration de la rémunération de prestations des pharmaciens par l'Assurance maladie obligatoire mais également la promotion des soins intégrés semblent tout à fait cohérents avec la diffusion des CQ, au moins dans les cantons où ils sont déjà présents.

En Belgique, l'un des principaux enjeux des CMP est celui de leur développement. D'après la seule étude qui a été réalisée en Belgique sur ce modèle, cette pratique est appréciée par les financeurs et les professionnels dont l'enthousiasme semble grandir (Damiaens et al., 2021). Certains aspects qui entravent actuellement l'implantation de cette pratique devraient donc être retravaillés, notamment la définition des objectifs visés et les procédures administratives demandées afin qu'elles soient moins lourdes pour mettre en place les séances (Damiaens et al., 2021). Un levier possible de développement de ce modèle pourrait être la promotion des CMP par des personnes rattachées à ce dispositif comme ce fut le cas avec les conseillers d'IVM lors de l'instauration des PTAM aux Pays-Bas. Ces conseillers pourraient alors favoriser l'adhésion des médecins et des pharmaciens à organiser des CMP, notamment en expliquant son concept, ses modalités. Ces conseillers pourraient également aider à l'animation et à la logistique de ce modèle. Le manque d'utilisation des données de prescription constitue aussi une limite de cette pratique en Belgique. Ces données sont des outils pertinents lorsqu'il s'agit de promouvoir une optimisation de la prescription, en comparant des prescriptions observées à des niveaux de référence. Cette utilisation des données pourrait permettre de promouvoir l'utilité des CMP pour les politiques publiques cherchant l'optimisation de la prescription médicamenteuse, notamment celle des médecins généralistes.

Ces trois modèles de GPMP sont donc actuellement confrontés à des enjeux différents, dépendant à la fois de leur dynamique mais également de leur configuration respective et du système dans lequel ils se sont implantés. Afin de conclure cette analyse comparative, nous allons maintenant aborder les résultats que cette pratique a pu avoir dans ces trois systèmes de santé.

3.2) Les évaluations des résultats des GPMP

La pertinence des GPMP et le bien-fondé de les poursuivre voire de les développer nécessitent que leurs résultats, leurs impacts soient attestés. L'évaluation de ces dispositifs est donc une étape importante. En prenant appui sur des études qui ont analysé les effets et résultats de ces trois modèles, nous allons aborder ces évaluations sur 3 critères : la qualité de la prescription médicamenteuse, son efficacité médico-économique ainsi que le développement de la collaboration médecins-pharmaciens. Mais au préalable détaillons théoriquement pourquoi les GPMP pourraient contribuer à la régulation de la prescription médicamenteuse des médecins et à la teneur générale des politiques de santé en Europe.

Cette pratique semble tout d'abord pertinente car elle répond aux différentes logiques de prescription des médecins généralistes. À travers l'établissement de références, de protocoles, cette pratique des GPMP peut concerner des médecins généralistes qui rechercheraient à optimiser leur pratique en prenant appui sur des normes qui pourrait diminuer leur temps de consultation et/ou leur l'effort. La démarche peut aussi convaincre les médecins qui rechercheraient à guider leur pratique dans une relation avec leurs pairs, que ce soit avec un objectif de recherche de normes co-construites ou d'appartenance professionnelle. Les échanges entre professionnels d'un territoire inclus dans les GPMP pourraient enfin satisfaire un praticien qui souhaiterait dans un contexte de concurrence connaître les pratiques de ses confrères afin d'adapter la sienne.

Pour des politiques de régulation des pratiques médicales, l'apport de connaissances au sein des GPMP, qui reposent sur des données scientifiques objectives, détachées de l'industrie pharmaceutique, répond aux notions de rationalisation de la pratique et de normes issues de la science sur lesquelles une adhésion des professionnels est plus facile à obtenir. De plus, comparés aux autres dispositifs de régulation existants, les GPMP s'intègrent dans la tendance générale, même si elle reste inégale, d'une promotion d'une pratique plus collaborative, plus coordonnée et pluriprofessionnelle dans les soins primaires européens. Enfin la présence du pharmacien d'officine converge avec l'évolution du métier de pharmacien, perceptible, mais là aussi à des degrés divers, dans tous les systèmes de santé.

La pertinence et la cohérence d'un dispositif ne sont pas toutefois une garantie de ses résultats. Seul leur évaluation permet de juger de leur bien-fondé.

3.2.1) La qualité de la prescription médicamenteuse

Dans chacun des trois systèmes de santé, des études ont analysé l'effet de GPMP nationaux sur les comportements de prescription des médecins généralistes, et plus précisément, sur la qualité de la prescription médicamenteuse. Elles soulignent un effet globalement positif des GPMP.

Aux Pays-Bas, les PTAM ont amélioré la qualité de la prescription médicamenteuse des médecins participants, notamment pour des prises en charge pharmacothérapeutiques spécifiques. Les résultats ont notamment souligné une réduction de l'utilisation des benzodiazépines et une prescription plus pertinente des antibiotiques dans la prise en charge des troubles respiratoires de l'adulte et de l'adolescent²³⁶ (Nelissen-Vrancken et al., 2006; Vervloet et al., 2016). Pour l'effet du niveau de qualité des PTAM (4 niveaux possibles, rappelons le) sur l'amélioration de la qualité des prescriptions, les études ne sont pas complètement consensuelles mais tendent plutôt à lier qualité de la PTAM et impact positif sur les prescriptions. Deux études ne mettent en évidence aucun lien direct entre la qualité de la PTAM et l'amélioration de la qualité de la prescription médicamenteuse (Muijrs et al., 2005; Teichert et al., 2007). A contrario, deux autres études attestent que les médecins généralistes participant à des PTAM de haut niveau de qualité sont moins enclins à prescrire de nouveaux médicaments et que certaines prises en charge telles la prescription de corticoïdes inhalés chez la personne asthmatique ou celle de médicament hypocholestérolémiant chez la personne diabétique sont plus adaptées chez ce type de prescripteurs, par rapport à celles des médecins membres d'un PTAM de moindre qualité (Eimers et al., 2008; Florentinus et al., 2007). De même, il a été souligné que la variation des pratiques inter-médecins était plus faible dans les PTAM de qualité élevée (Van Dijk et al., 2001). Une autre étude a mis en évidence une corrélation faible mais significative entre les indicateurs soulignant une prescription moins importante de benzodiazépines et également plus adaptée vis-à-vis des statines et des antibiotiques au sein des régions où les médecins appartenaient majoritairement à des PTAM de niveau élevé (Meulepas, 2008). Ainsi, même si toutes les études ne sont pas consensuelles sur ce point, les PTAM contribuent globalement à une amélioration de la qualité de la prescription médicamenteuse, et sans doute plus fortement lorsque leur niveau de qualité est élevé (Eimers et al., 2008; Florentinus et al., 2007; Kroneman et al., 2016; Meulepas, 2008; Muijrs et al., 2005; Teichert et al., 2007).

En Suisse, les évaluations menées sur les CQ démontrent l'intérêt de ce modèle à travers le choix plus opportun des molécules prescrites chez les médecins participant aux CQ. Cet impact est mis en évidence dans différents domaines pharmacothérapeutiques tels que le domaine cardiovasculaire, l'antibiothérapie mais également la prise en charge du diabète (Locca et al., 2009; Niquille et al.,

²³⁶ Les travaux d'évaluation conduits en 2016 ont montré une réduction importante de la prescription d'antibiotiques chez les adolescents et les adultes lors d'infections respiratoires aiguës provenant de médecins participant à des PTAM (-27,8 pour 1 000 patients) comparé à un groupe témoin (-7,2 pour 1 000 patients ; $P < 0,05$) (Vervloet M, Meulepas MA, Cals JW, Eimers M, van der Hoek LS, van Dijk L, 2016).

2012; Rédaction Prescrire, 2008). Par exemple, une évaluation, menée en 2010, portant sur le choix entre classes pharmacologiques utilisées dans le domaine cardiovasculaire a montré que les sartans, médicaments de seconde intention, réservés en principe aux seuls patients ayant présenté une toux sous Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion (IEC), étaient effectivement moins prescrits dans le groupe des médecins participant aux CQ que dans le groupe témoin (proportion de prescription de 35,2 % versus 51,7 % respectivement) (Niquille et al., 2012). De même, des études menées de 2002 à 2007 sur l'antibiothérapie concluent que la prescription de quinolones, famille d'antibiotiques généralement non employée en 1^{ère} intention car pourvoyeuse de résistances et de iatrogénie, est moins réalisée chez les médecins généralistes participant aux CQ que chez les non participants (indice de densité de prescription en quinolones, de 106 versus 137 pour le groupe témoin en 2007) (Locca et al., 2009).

Le modèle des CMP a peu été étudié quant à son effet sur la qualité de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes participants. La seule étude publiée montre que la tenue des CMP a conduit, dans une partie des groupes, à la mise en place de consensus élaborés par les participants (Damiaens et al., 2021). La notification de la fonction rénale sur les ordonnances a notamment fait partie d'une des mesures convenues entre participants, avec l'objectif que le pharmacien officinal soit informé de l'altération de la fonction rénale du patient au moment de la dispensation (Damiaens et al., 2021). Cependant, bien que la production de consensus ne soit pas systématique pour tous les CMP et que la plupart de ces groupes n'ait pas convenu de suivre leurs effets, ces résultats témoignent malgré tout d'un type de résultats positifs pour l'amélioration de la qualité des prescriptions médicamenteuses (Damiaens et al., 2021).

3.2.2) L'efficacité médico-économique de la prescription

Les résultats les plus probants en matière d'efficacité médico-économique obtenus à la suite de la mise en place des GPMP sont ceux du modèle suisse.

Une évaluation, portant sur des évolutions entre 1999 et 2010, souligne que les CQ ont entraîné une diminution importante du coût des prescriptions des médecins généralistes participant aux CQ. En comparant les données de prescription des médecins participant aux CQ à celles d'un groupe témoin d'environ 650 médecins généralistes non participants, cette étude montre qu'en douze ans, la différence en coût annuel de médicaments par patient avait diminué de 40 % en faveur des CQ²³⁷ (Niquille et al., 2012). Cette diminution a représenté 240 000 CHF par médecin uniquement pour l'année 2010 (Niquille et al., 2012). Ces bénéfices économiques viennent notamment d'une meilleure pénétration des génériques, la différence de taux de pénétration des génériques au sein de cinq classes

²³⁷ Cette évaluation a porté sur le coût global des dépenses engendrées par patient ainsi que celles concernant plus spécifiquement cinq classes pharmacologiques issues de la catégorie des médicaments cardiovasculaires, notamment au regard du taux de génériques et du choix de molécules (Niquille et al., 2012).

pharmacologiques du système cardiovasculaire allant de 7,9 % à 20,8 % en faveur des CQ (Niquille et al., 2012). En 2016, les économies réalisées grâce aux CQ ont été réévaluées, l'économie est alors estimée à 28 CHF en moins pour un patient suivi par un médecin membre d'un CQ, ce qui constitue par médecin et par an, une économie de 42 000 CHF (Philbet, 2018). En extrapolant ce chiffre à l'ensemble des médecins généralistes exerçant en Suisse (21 000 environ), l'économie potentielle serait de 882 millions de CHF (Philbet, 2018). Une étude financée par un fonds pour la qualité paritaire (pharmaciens-assureurs) est actuellement prévue en Suisse pour évaluer l'efficacité, l'économie et l'adéquation des CQ (Macé et al., 2022).

Aux Pays-Bas, il n'existe pas d'études fines et à grande échelle ayant évalué le gain économique associé aux PTAM. Toutefois, des données soulignent que la mise en place de ce modèle a sans doute permis à certains territoires de faire des économies ; par exemple la ville de Asten (environ 16 000 habitants) où les dépenses de médicaments en soins primaires ont été inférieures en 2018 de 600 000 euros à ce que l'on aurait pu attendre d'une commune de cette taille (Stolk, 2018).

En Belgique, il n'y a pas, à notre connaissance, d'études économiques réalisées à grande échelle qui permettent d'évaluer le gain économique dû aux CMP.

Ces résultats bien qu'issus principalement d'évaluations menées en Suisse laissent nettement entrevoir l'intérêt économique des GPMP, leur mise en place serait ainsi une piste réelle pour diminuer les dépenses associées aux médicaments en ambulatoire.

3.2.3) Concernant le développement de la collaboration entre médecins et pharmaciens

La satisfaction des professionnels, qu'ils soient animateurs ou participants, a également été étudiée et soulignée pour ces trois modèles.

Au Pays-Bas, la satisfaction des participants a été évaluée plus particulièrement au moment de l'instauration des PTAM dans les années 1990. Cette évaluation souligne la satisfaction et l'enrichissement des participants à travailler ensemble au sein de cette pratique. En effet, lors de cette étude, plus de 80 % des participants (médecins généralistes et pharmaciens confondus) avaient jugé les PTAM "utiles" ou "très utiles" et deux tiers d'entre eux avaient jugé cette pratique efficace (Kocken, 1999). Les médecins généralistes déclarent notamment qu'ils ont acquis, grâce au dispositif, une meilleure compréhension de leurs pratiques de prescription. Ils ont également signalé une amélioration de leurs relations avec les autres médecins généralistes ainsi qu'avec les pharmaciens d'officine (Kocken, 1999). Les pharmaciens officinaux déclarent, pour leur part, qu'ils sont maintenant plus enclins à contacter un médecin généraliste lorsqu'ils avaient une question. Cette étude montre que ces deux professions comprennent mieux comment les tâches devaient être partagées entre elles (Kocken, 1999). Outre l'effet de ce modèle sur la collaboration médecins-pharmaciens, la pertinence de ce

dispositif vis-à-vis du lien ville-hôpital est aussi mise en avant, les contacts avec les spécialistes hospitaliers étant devenus plus fréquents. Les PTAM ont ainsi développé une interface entre les soins primaires et secondaires (Kocken, 1999).

En Suisse, les évaluations menées auprès des professionnels participant aux CQ illustrent également leur satisfaction pour ce type de pratique (Bugnon et al., 2012; Philbet, 2018).

Un sondage réalisé en novembre 2017, a montré que près de 80 % des pharmaciens animateurs sont particulièrement satisfaits des échanges qu'ils ont avec les médecins membres de leur CQ et plus de deux tiers d'entre eux (67 %) se disent également satisfaits de l'évolution des coûts de prescription (Philbet, 2018). Leur motivation pour animer un CQ reste ainsi élevée²³⁸ ; plus de la moitié d'entre eux (53 %) sont même prêts à ouvrir un CQ supplémentaire (Philbet, 2018). De plus, même si le temps pour la préparation des séances représente un investissement important, une large majorité des animateurs (84 %) considère que cela en vaut la peine, les CQ leur permettent d'améliorer la prise en charge des patients (70 %) tout en intensifiant la collaboration avec les médecins participants (88 %) (Philbet, 2018).

Cette pratique a également donné satisfaction aux médecins participants. En effet, la majorité des médecins qui ont participé à ce sondage, se déclarent également satisfaits de leur participation aux CQ (« excellent » pour 30 % d'entre eux, « bon » pour 60 % et « insuffisant » pour seulement 3 %) (Philbet, 2018). Par ailleurs, les médecins et pharmaciens participant aux CQ reconnaissent un enrichissement mutuel de leurs pratiques professionnelles. Les verbatims de médecins participants illustrent ce constat en attestant d'un renforcement de leurs relations avec les pharmaciens animateurs. Les CQ permettent à ces deux professionnels, médecins et pharmaciens, de mieux se connaître, de mieux collaborer, d'enrichir leurs pratiques respectives et de la rendre notamment plus efficiente²³⁹ (Philbet, 2018). Dans les CQ où des médecins spécialistes ont participé, comme ceux du réseau des pédiatres genevois (RPG), l'apport des échanges interprofessionnels persiste, avec un partage de leurs compétences évalué également positivement de part et d'autre. La participation de pédiatres a permis aux pharmaciens officinaux d'améliorer le « triage » pédiatrique, les pharmaciens officinaux ont fourni aux pédiatres des informations indépendantes des firmes pharmaceutiques sur les médicaments pédiatriques et leur ont permis d'analyser efficacement leurs pratiques de prescription (Philbet, 2018).

²³⁸ Réponse du sondage de 2017 quant à la motivation des pharmaciens animateurs pour animer un CQ : « Excellent » pour 33 %, « bonne » pour 42 % et « insuffisante » pour 6 % (Philbet, 2018).

²³⁹ Un des médecins a déclaré que « les cercles leur ont permis de se rapprocher énormément, de mieux se connaître et aujourd'hui, médecins et pharmaciens se contactent très régulièrement pour échanger leurs points de vue ou simplement prendre conseil. En confrontant leurs expériences et leurs savoirs, ils élargissent leurs compétences et progressent ensemble ». « Cependant, cette satisfaction du partenariat médecins-pharmaciens est certainement une excellente affaire, mais pour autant que les rôles soient bien définis et que chacun exerce vraiment sa profession » affirme-t-il. « Nous n'avons aujourd'hui plus d'autre choix que de rationaliser les soins et les traitements et les cercles de qualité nous y aident. Des médecins et des pharmaciens qui travaillent ensemble, en associant leurs patients à cette démarche permettent de réduire les coûts tout en améliorant la qualité des soins » (Dr Landry) (Philbet, 2018).

Bien que les CQ ciblent principalement les médecins généralistes, leur extension aux médecins spécialistes présente donc les mêmes apports.

En Belgique, bien que nous ne disposions que d'une seule étude évaluant vraiment les CMP, ses résultats mettent en évidence une globale satisfaction des professionnels quant à leur participation à ce type de pratique. En effet, cette enquête souligne que la majorité des participants ont acquis des connaissances sur l'autre groupe professionnel (94,4 %), estiment que leur participation a augmenté la confiance entre les deux professions (82,6 %) mais également qu'elle les a aidés à se familiariser avec l'autre profession (75,2 %) (Damiaens et al., 2021). D'autre part, la majorité des participants mentionne également le fait d'avoir ressenti une confiance mutuelle entre participants au cours des séances (97,3 %) et de s'être sentie reconnue par l'autre groupe professionnel (100 %) (Damiaens et al., 2021). Ces premiers résultats témoignent de la satisfaction des médecins et pharmaciens participant aux CMP mais ils demanderaient à être confortés par d'autres évaluations.

Sur les trois critères, qualité des prescriptions, coût des prescriptions et relations interprofessionnelles, la pratique des GPMP a des effets positifs au vu des résultats des évaluations publiées. On peut évidemment regretter que ces évaluations ne soient pas plus nombreuses, mais leur convergence reste un argument probant. Qu'ils soient objectifs et quantitatifs, comme ceux sur les dépenses pharmaceutiques suisses, ou plus déclaratifs et subjectifs, comme la perception d'une augmentation des compétences et des relations médecins-pharmaciens, les résultats obtenus prouvent que les GPMP peuvent concourir à une amélioration des pratiques de prescription.

Un des objectifs de notre analyse comparative de l'implantation des GPMP était non seulement de présenter finement 3 types différents de GPMP, mais d'arriver au terme de cette comparaison à définir, si cela est possible, une ou des configurations favorables pour implanter des GPMP dans un système de santé. Le paragraphe suivant synthétise ces configurations *a priori* favorables.

3.3) Analyse des perspectives d'une transférabilité de cette pratique à d'autres pays

Pour analyser les perspectives que peut représenter l'implantation des GPMP dans des pays où ils sont pour l'instant absents, nous avons réalisé une analyse croisée entre les dynamiques rencontrées par ces trois modèles, leur configuration respective et leur contexte d'implantation. Nous avons pour cela mobilisé les différentes évaluations de ces dispositifs ainsi que notre synthèse comparative de leur configuration et de leur contexte d'implantation (tableaux 11 et 12 pages 157 et 165). Nous avons ainsi pu identifier différents facteurs *a priori* facilitants ou limitants pour l'implantation de cette pratique. Parmi ces différents facteurs, nous allons distinguer ceux rattachés aux pratiques individuelles des professionnels et ceux associés au contexte du système de soins concerné.

3.3.1) Leviers et freins associés aux pratiques individuelles des professionnels

Divers facteurs liés aux pratiques individuelles des professionnels, qu'ils aient été animateurs ou participants, semblent opérants pour la dynamique d'un GPMP : la réponse aux besoins et attentes des professionnels, la cohérence entre le modèle implanté et leur disponibilité en temps ainsi que l'adéquation entre leur implication et les modalités mises en place pour la reconnaître.

L'évaluation des CQ et des PTAM met en évidence que la réponse aux attentes et aux besoins des professionnels, tant en matière d'enrichissement de pratiques qu'en termes d'amélioration de la collaboration entre médecins et pharmaciens, est un facteur important d'appréciation. La satisfaction, l'adhésion des professionnels est sans aucun doute une condition nécessaire pour le maintien et le développement de ces groupes de pratique. La constitution de groupes intégrant des professionnels d'un même territoire ainsi que le fait de traiter de sujets concernant la pratique quotidienne des professionnels ou associés à des campagnes de santé publique, sont aussi des déterminants positifs. Cependant, selon l'antériorité du modèle implanté, les attentes des professionnels ont semblé évoluer. En effet, comme observé lors de la mise en place des PTAM et celle plus récente des CMP, les professionnels ont semblé rechercher, dans un premier temps, à améliorer la communication entre eux, à mieux se connaître, à échanger sur des informations médicales, scientifiques voire sur leurs pratiques. Ce n'est que dans un second temps, au fur et à mesure que les GPMP ont fonctionné, que l'évolution des pratiques de prescription et la mise en place de directives locales, objectifs plus évaluables de l'extérieur, ont été recherchées. Les résultats « objectivables » des GPMP ne devraient donc pas être exigés dès leur l'implantation.

Compte tenu des configurations différentes de ces modèles quant à la fréquence des séances, quant aux modalités de préparation, la disponibilité requise des professionnels peut représenter un paramètre important pour leur contribution et présence dans un GPMP. Du côté des participants, les fréquences, durées et contributions demandées dans les trois modèles étudiés n'ont pas fait l'objet d'évaluation dans les études publiées permettant d'apprécier leur opinion. En termes de temps investi, la contribution des participants reste de fait plutôt modeste car principalement représentée par leur participation aux séances. La contribution des animateurs, bien plus importante, peut par contre être une limite à l'implantation des GPMP en décourageant les pharmaciens d'investir un rôle trop mobilisateur. Le rôle joué par la structure d'accompagnement est alors primordial afin de faciliter la mise en place des séances, avec un accompagnement des animateurs, la mise à disposition d'outils divers (supports de travail, modules de formation des pharmaciens animateurs, etc.). L'accompagnement initial des animateurs par des conseillers spécifiques a notamment été une mesure qui a facilité l'implantation des PTAM aux Pays-Bas. Cette stratégie semble importante pour la réussite des GPMP. Elle pourrait d'ailleurs être un des leviers envisagés pour le développement des CMP en Belgique. La volonté de pharmaSuisse de retravailler sur l'accompagnement des animateurs,

à travers la mise en place d'une formation pour accroître leurs compétences dans l'animation des séances, souligne également l'importance de l'accompagnement de la structure porteuse dans cette démarche.

Par ailleurs, la cohérence entre l'implication des professionnels envers les GPMP et les modalités mises en place pour reconnaître leur participation est un autre paramètre susceptible d'inciter les professionnels à participer à cette pratique. Dans les trois pays étudiés où la majorité de ces professionnels sont libéraux, une reconnaissance de leur participation, qu'elle soit financière ou professionnelle, a été mise en place pour faciliter leur participation à cette pratique. Cependant, l'implantation importante des PTAM aux Pays-Bas malgré un financement très restrictif et le développement restreint des CMP en Belgique en dépit d'un plus financement moins sélectif, souligne que la reconnaissance financière des professionnels est un facteur à prendre en considération mais que l'absence de celle-ci ne représente pas pour autant un facteur totalement limitant au développement de cette pratique.

3.3.2) Leviers et freins associés au contexte du pays d'implantation

Le contexte du pays d'implantation est la deuxième dimension dans laquelle certains facteurs peuvent conditionner la mise en place des GPMP. Parmi les facteurs identifiés, nous pouvons distinguer le mode d'exercice des médecins généralistes et des pharmaciens officinaux, les politiques de santé et professionnelles mises en place au sein des pays ainsi que les liens entretenus entre financeurs et professionnels.

Tout d'abord, l'organisation d'un système de soins primaires comme celui des Pays-Bas, dans lequel la majorité des médecins généralistes participent à des groupes de pairs, exercent dans des structures de groupe et travaillent déjà avec les pharmaciens d'officine, constitue évidemment un contexte très favorable à l'intégration des GPMP dans la pratique et peut expliquer l'implantation rapide et importante des PTAM aux Pays-Bas.

A contrario, les caractéristiques d'un système de soins primaires comme celui de la Belgique, où la plupart des médecins généralistes exercent encore de manière isolée et collaborent peu avec les pharmaciens d'officine et ce malgré une volonté des pouvoirs publics de développer l'exercice coordonné, représentent un obstacle pour le développement des GPMP. De fait, la collaboration entre médecins généralistes et pharmaciens officinaux belges reste peu développée, chaque profession semble vouloir se consacrer sur sa propre activité au détriment du temps disponible pour ce type de pratique collaborative.

Par ailleurs, l'observation de dynamiques divergentes dans l'implantation de ces modèles au sein des différentes régions d'un même pays, comme c'est le cas en Suisse entre région romande et alémanique

et en Belgique entre région néerlandophone et francophone, serait en mesure de souligner l'influence des pratiques professionnelles et des règles de fonctionnement pour la diffusion des GPMP. Une plus faible implantation des GPMP pourrait être attendue lorsque le médecin a un intérêt au volume de prescription comme c'est le cas chez les médecins dispensateurs dans la partie alémanique de la Suisse, tout comme au sein de régions où la culture de l'interprofessionnalité pourrait être moins importante même si nous n'avons pu l'identifier entre régions néerlandophones et francophones belges.

Les politiques publiques de santé et les logiques professionnelles qui configurent la place du pharmacien d'officine ou permettent son évolution sont également des paramètres importants pour l'implantation des GPMP.

Historiquement centrées sur la préparation et la délivrance des médicaments, les missions du pharmacien d'officine ont, nous l'avons analysé, évolué, avec plus ou moins d'intensité selon les pays, vers une pratique plus clinique et interprofessionnelle, vers une expertise plus tournée vers les patients et les médecins. L'antériorité des mesures politiques prises pour développer, favoriser cette évolution ainsi que l'adhésion des organisations professionnelles à cette évolution vont rendre plus fluide et naturelle l'implantation de GPMP. C'est le cas par exemple aux Pays-Bas où contrairement à la Belgique, les pouvoirs publics ont conduit, avant et pendant l'implantation des GPMP, une restructuration des soins primaires vers plus de coordination et d'interprofessionnalité. La volonté d'organisations professionnelles pharmaceutiques, comme pharmaSuisse, de promouvoir cette pratique est aussi un gage d'adhésion plus acquise chez les pharmaciens de terrain. On peut aussi souligner que les évaluations rigoureuses et économiques que pharmaSuisse a réalisées ont permis aux CQ d'être reconnus par les politiques et les financeurs et intégrés dans les politiques de santé suisses. De même le soutien d'organisations professionnelles telles que la SSPF pour la préparation et l'animation des séances de CMP, le soutien financier de l'INAMI et la récente législation régissant la mise en place des CMP (2015) en Belgique, sont également des mesures qui illustrent la volonté professionnelle et politique de développer les GPMP en Belgique.

Cependant, la mise à disposition non systématique des données de prescription, rendant difficile la mesure de l'impact des CMP, une priorité davantage donnée aux échanges entre médecins et pharmaciens lors des séances qu'aux résultats attendus, semblent correspondre à une orientation politique moins ambitieuse en Belgique. A l'inverse aux Pays-Bas, les soutiens politiques et professionnels toujours actuels envers les PTAM, notamment à travers l'élaboration d'outils de travail pour les séances, ont accompagné le développement rapide de ce modèle et contribue toujours à son développement malgré une implantation déjà très importante.

Le financement des professionnels qui participent aux GPMP est un paramètre susceptible d'accroître l'adhésion des professionnels et par conséquent la réussite de l'implantation de GPMP. La nature de la

relation entretenue entre financeurs et professionnels va conditionner les modalités et la nature de cette rémunération.

Dans les trois modèles étudiés, la nature du financeur ne semble pas conduire aux mêmes objectifs ni aux mêmes enjeux pour les professionnels. La rémunération par les assureurs de certains professionnels de PTAM (certains groupes de niveau supérieur) ainsi que celle des pharmaciens animateurs des CQ remplissant les conditions préétablies correspond à une incitation financière sous condition d'éligibilité des GPMP ou des animateurs. En Suisse les conditions et montants de la rémunération font l'objet de négociations entre assureurs-maladie et professionnels et imposent notamment à pharmaSuisse d'évaluer l'efficacité médico-économique de la pratique des CQ afin que le financement des pharmaciens animateurs soit compatible avec l'équilibre financier du modèle. Ces négociations sont d'autant plus difficiles que pharmaSuisse rencontre actuellement des difficultés pour obtenir des données médico-économiques de bonne qualité, facilement exploitables et discutées par les acteurs des CQ. Le financement des GPMP par un organisme public chargé de la gestion générale et du contrôle de l'Assurance maladie, comme l'INAMI en Belgique, a conduit à la mise en place de stratégies de rémunération moins restrictives et incitatives pour l'orientation thématique du CMP et non essentiellement basées sur ses résultats ou les animateurs. En effet, le financement global d'une CMP insérée dans un « projet local » présente des conditions moins restrictives²⁴⁰ que pour les deux autres modèles.

Ces choix et ces contraintes pour l'accès au financement dépendent sans doute des relations préexistantes entre financeurs et professionnels mais aussi des objectifs des promoteurs : favoriser simplement l'implantation des GPMP, orienter la nature et le contenu des GPMP, inciter les professionnels à intégrer les apports des GPMP en modifiant leurs pratiques. Le niveau de développement de ces groupes de pratique est alors une variable importante pour configurer ce financement.

Le poids économique des dépenses médicamenteuses et leur bon usage sont, nous l'avons montré, des enjeux importants dans de nombreux pays développés. Les GPMP ont des effets à ce titre enviables sur l'efficacité de la prescription médicamenteuse, au vu des évaluations faites en Suisse. Les GPMP renforcent par ailleurs la reconnaissance réciproque et la collaboration médecins-pharmaciens, ils sont à ce titre largement cohérents avec l'évolution des soins primaires vers plus de coordination des soins et des professionnels.

S'ils sont de potentiels leviers pour les politiques de maîtrise des dépenses ou la réorganisation des soins primaires, les GPMP ne peuvent être généralisés sans tenir compte au préalable des spécificités des systèmes de santé. Les multiples facteurs que nous venons d'évoquer qu'ils soient associés aux

²⁴⁰ Cf Chapitre 3.1.3.3

pratiques individuelles des professionnels ou liés au contexte du pays d'implantation sont des conditions pour la mise en place de cette pratique et surtout sa réussite. Un choix doit aussi être fait pour trouver la configuration de ces groupes de pratique la plus pertinente pour un système de santé donné, les trois modèles présentés nous ont montré que la notion générique de GPMP peut se traduire par des dispositifs avec de réelles différences.

Ce deuxième chapitre nous a permis d'aborder les politiques françaises de régulation de la prescription médicamenteuse des médecins libéraux dont celle des médecins généralistes français. Nous avons analysé à la fois celles qui ciblent directement le médecin et celles qui, plus récemment, se sont appuyées sur de nouvelles missions pour le pharmacien d'officine. Nous avons aussi resitué les évolutions possibles du pharmacien d'officine dans les politiques actuelles de réorganisation, restructuration des soins primaires. L'impact de ces transformations, souvent encore embryonnaires, sur la qualité et l'efficacité des prescriptions reste encore à établir. En lien avec l'évolution possible du rôle des pharmaciens officinaux et le développement de la coordination pluriprofessionnelle dans le domaine de santé, la présentation des trois modèles différents de GPMP, celui des Pays-Bas, de la Suisse et de la Belgique, nous a permis d'analyser une autre logique pour améliorer la prescription des médecins de ville.

Un tel dispositif pourrait être envisagé comme une piste intéressante pour renforcer les actions de régulation de la prescription médicamenteuse déjà existantes en France, et ce pour plusieurs raisons. Il tend tout d'abord à répondre à certaines logiques de prescription recherchées par les médecins libéraux au sein de leur exercice. Ce type de dispositif répond également à l'évolution de la politique de régulation de l'Assurance maladie qui souhaite la compléter à travers le déploiement de dispositifs « sur mesure » intégrant plusieurs modalités d'action (recommandations, relation entre pairs, etc.) mais ce dispositif converge également vers le contexte des soins primaires français dans lequel on assiste actuellement au développement de l'exercice coordonné et pluriprofessionnel. De plus, l'amélioration de la qualité et l'efficacité médico-économique de la prescription médicamenteuse tout comme le développement de la collaboration interprofessionnelle soulignés par les retours d'expériences étrangères des GPMP renforcent tout l'intérêt qui pourrait être porté à cette pratique. En 2013, une proposition du Commissariat Général à la Stratégie et la Prospective (CGSP) proposait déjà d'ouvrir les groupes d'échange de pratique entre médecins à d'autres professionnels tels que les pharmaciens.

Si le pharmacien d'officine contribue actuellement à la prescription médicale, il intervient principalement en aval de celle-ci. Bien que de nouvelles missions (Bilans Partagés de Médication notamment) aient été instaurées pour mieux intégrer les compétences du pharmacien officinal, sa contribution reste limitée, nous l'avons vu, en raison d'un manque d'interactions entre médecins et pharmaciens mais aussi d'une organisation professionnelle et d'une rémunération mono-catégorielle

ne favorisant pas le développement de collaborations. Le développement de structures d'exercice coordonné (MSP, CPTS) ; l'intégration émergente des médecins et pharmaciens à ces structures ; l'évolution des missions du pharmacien officinal français vers un exercice plus clinique et proactif signent peut-être un contexte aujourd'hui favorable à des actions innovantes, comme pourraient l'être des GPMP inspirés des expériences étrangères mais qui seraient adaptés à notre système de santé. Nous avons en effet montré que les différents modèles de GPMP dépendent de facteurs propres à chaque système de santé et que leur implantation peuvent être conditionnées par une pluralité de facteurs.

Une expérimentation sur un nombre limité de sites semble alors être une étape pertinente pour concevoir ces GPMP « à la française » et envisager une potentielle promotion de cette pratique dans notre système de santé. Dans cet objectif, le dernier chapitre de cette thèse va présenter et évaluer une implantation expérimentale de plusieurs GPMP en France.

Chapitre 3 : Évaluation d'une expérimentation de GPMP dans les soins primaires en France : faisabilité et perspectives de diffusion

Le chapitre 2 a mis en évidence que l'existence de GPMP au sein de différents pays européens avait conduit à des résultats intéressants, du point de vue de la qualité de la prescription médicamenteuse, en termes médico-économiques mais également au regard des pratiques interprofessionnelles. Les résultats obtenus restent toutefois dépendants du contexte d'implantation du pays et du modèle de GPMP mis en place, et différents paramètres sont en mesure de conditionner la faisabilité de ce type de pratique dans un système de santé donné.

En France, l'évolution des soins primaires vers plus de collaboration pluriprofessionnelle comme celle des missions du pharmacien d'officine laissent envisager la possibilité de GPMP « à la française ». Un tel dispositif serait alors complémentaire à ceux existant pour améliorer la prescription en médecine de ville et pour contribuer à répondre aux enjeux de qualité, de sécurité et d'efficacité de cette prescription. Nos analyses du chapitre 2 ont montré à la fois la diversité possible des modèles de GPMP et leur lien, en termes de configuration comme d'objectifs, avec le système de soins primaires dans lequel ces GPMP fonctionnent. L'hypothèse d'une implantation de GPMP dans notre système de santé demande donc à être affinée à la fois pour préciser ce que pourrait être un GPMP « à la française », et même en amont pour évaluer la simple possibilité d'une implantation, fortement dépendante de l'adhésion que les médecins comme les pharmaciens pourraient porter à un tel dispositif.

Pour répondre à ces objectifs, nous avons choisi de mettre en place une expérimentation de type recherche-intervention, d'observer et d'évaluer le fonctionnement de plusieurs GPMP ainsi que la perception et satisfaction des professionnels parties prenantes de ces GPMP. Nous souhaitons à travers ces analyses apprécier la faisabilité d'une diffusion de ce dispositif, encore totalement absent en France. Plusieurs questions seront abordées dans ce chapitre. Les médecins généralistes et pharmaciens officinaux français seraient-ils prêts à participer et contribuer à des GPMP ? Et à quelles conditions (leviers, limites) ? L'intégration d'un tel dispositif au sein de leur pratique peut-elle se faire de manière aisée ? Existe-t-il *a priori* des contextes plus favorables à leur fonctionnement ? Si elle apparaît souhaitable, quel modèle de GPMP serait à concevoir en vue d'une potentielle diffusion ? Quelles seraient les évolutions attendues pour accompagner leur diffusion ?

Nous allons successivement présenter la méthodologie de notre expérimentation et de son évaluation, l'analyse des résultats obtenus et leur exploitation pour discuter d'une diffusion des GPMP en France.

Dans une première section, nous décrirons nos choix méthodologiques concernant la démarche empirique à la fois pour concevoir l'expérimentation mais également l'évaluation associée. Nous

justifierons notre choix d'une expérimentation de type recherche-intervention. Nous expliciterons la conception opérationnelle de l'expérimentation et la détermination de la configuration du modèle de GPMP expérimenté que nous appellerons « Cercles », le dimensionnement de l'expérimentation ainsi que les actions complémentaires réalisées pour mettre en place ce projet expérimental. La description de la démarche d'évaluation élaborée permettra ensuite de préciser quels ont été les objectifs de l'évaluation, les domaines et critères d'évaluation choisis, les outils de collecte de données ainsi que la manière dont les données ont été traitées et seront présentées.

Dans une deuxième section, nous présenterons les résultats obtenus au cours de l'expérimentation à travers 4 domaines d'analyse : l'implantation des Cercles, la mise en place et le fonctionnement des séances, l'appréciation des acteurs ainsi que les perspectives et les conditions d'une potentielle diffusion du modèle expérimenté. Nous décrirons, tout d'abord, la manière dont l'expérimentation a été implantée au sein des différents sites, les caractéristiques des animateurs recrutés, des Cercles constitués et des sites expérimentateurs. Nous présenterons ensuite la mise en place des séances et leur fonctionnement dans les différents sites. Nous expliciterons comment les séances se sont déroulées tout de long de l'expérimentation, que ce soit au regard de leur tenue (horaire, lieu, etc.), leur préparation (temps préparatoire, organisation logistique, etc.) mais aussi par rapport à leur contenu (sujets traités, échanges menés, etc.). La satisfaction des acteurs quant à leur participation au dispositif sera ensuite abordée. Cette appréciation portera sur leur contribution au fonctionnement des séances et sur l'intérêt perçu des Cercles. Nous évaluerons enfin les résultats et impacts perçus par les participants, à court et moyen termes, mais également leur position si un tel dispositif devait se poursuivre et se généraliser. Ces éléments contribueront à définir des conditions d'une potentielle diffusion des Cercles.

Dans une troisième section, nous discuterons nos résultats en faisant ressortir leurs apports, mais aussi bien sûr les limites. Nous positionnerons nos résultats principalement par rapport à la littérature sur les GPMP dans les expériences étrangères et sur l'évolution de l'officine en France. Dans une visée plus prospective, nous tirerons de nos analyses, une configuration possible pour un GPMP « à la française » et nous évoquerons des évolutions qui seraient des conditions nécessaires ou favorables à la diffusion d'un tel dispositif.

Section 1 : Méthodologies de l'expérimentation et de son évaluation

Les éléments abordés au sein des chapitres 1 et 2, ont permis de mettre en évidence que les GPMP pouvaient représenter une pratique potentiellement pertinente et cohérente avec l'évolution des politiques de régulation de la prescription médicamenteuse et du système de soins primaires français. Ces groupes de pratique pourraient répondre aux objectifs de maîtrise des dépenses de pharmacie, aux évolutions de la politique publique de santé et à la recherche de nouvelles modalités d'action auprès des médecins. Ils pourraient avoir un impact positif compte tenu de la configuration et des déterminants de la prescription ambulatoire, en France. Si nos analyses nous ont permis d'avoir une approche *a priori* de l'intérêt que ces groupes de pratique pourraient avoir en France, c'est principalement en référence à des expériences dont ils ont fait l'objet à l'étranger. Toutefois, la spécificité en France de l'organisation des soins, des logiques, contraintes et relations des professionnels, pharmaciens comme médecins, ne rend pas pour autant évidente la faisabilité d'un tel dispositif dans notre système de santé.

Pour évaluer cette faisabilité, condition nécessaire à toute stratégie de diffusion, nous avons choisi de mettre en place une recherche-intervention dont la justification puis les modalités vont être présentées dans le premier point de cette section. Les objectifs et les outils de l'évaluation de cette expérimentation seront exposés dans le deuxième point de la section. Cette première section donne ainsi tout le cadre méthodologique du volet empirique de notre recherche.

1.1) De la conception à la mise en place d'une expérimentation

Les recherches-interventions renvoient à des dispositifs de recherche où le chercheur agit sur, interagit explicitement avec, voire construit son objet d'étude (David et al., 2012). Elles ne sont pas dans les modalités les plus fréquentes en économie, où des approches plus à distance et indépendantes de l'objet d'étude sont plutôt la règle. Nous argumenterons pourquoi nous avons choisi cette approche pour évaluer la faisabilité des GPMP en France avant de détailler nos choix pour construire et mettre en place les GPMP expérimentaux dont nous souhaitons suivre le fonctionnement.

1.1.1) Le choix d'une démarche expérimentale de type recherche-intervention

Une analyse de terrain nous a paru primordiale afin d'analyser efficacement la stratégie que pourraient représenter les GPMP en France. En effet, elle seule permettrait d'appréhender empiriquement la manière et les conditions avec lesquelles des groupes de pratique entre médecins généralistes et pharmaciens officinaux pourraient fonctionner en France, ainsi que l'adhésion ou les difficultés des professionnels à intégrer un tel dispositif. L'apport d'une analyse de terrain serait aussi de percevoir de premiers résultats et impacts induits par ces groupes dans les pratiques professionnelles.

Si l'intégration des GPMP se généralisait, elle pourrait être qualifiée d'« innovation organisationnelle » en santé, d'après la définition attribuée récemment par l'OMS et l'observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (Nolte, 2018). Elle réunirait en effet les quatre facteurs clés d'une telle innovation : un ensemble nouveau de comportements, d'habitudes, de pratiques et manières de travailler, qui s'inscrit en discontinuité ou en rupture avec les pratiques précédentes, qui vise à améliorer les résultats de santé, l'efficacité administrative, le rapport coût-efficacité des soins ou l'expérience des patients, et qui est mis en œuvre de manière planifiée et coordonnée.

Les GPMP modifieraient la pratique des pharmaciens et les relations habituelles entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine. Les périmètres d'influence, la circulation des informations et des connaissances entre ces professionnels, les représentations de l'action et du rôle de chacun devraient évoluer ; leur contribution à la création de valeur (qualité, efficacité clinique, efficacité économique de la prescription médicamenteuse) changerait. On retrouve ici les caractéristiques mises en avant par Ménard d'une innovation organisationnelle (Ménard, 1994). D'une façon générale, l'implantation puis la diffusion d'une innovation sont soumises à l'influence de déterminants à la fois au niveau des acteurs/utilisateurs mais aussi dépendants du contexte et plus largement du système dans lequel l'innovation prend place (Greenhalgh et al., 2004; Nolte, 2018). Au niveau des individus, l'adhésion puis l'adoption de l'innovation dépendra notamment de leur perception de son utilité, de sa compatibilité avec leurs compétences et leurs préférences ainsi qu'avec leurs contraintes. Au niveau d'un système, qu'il soit local ou plus large, la facilité d'implantation de l'innovation dépendra de la répartition antérieure des rôles, des spécialisations, de la compatibilité des objectifs, du fonctionnement, des relations antérieures avec les évolutions rendues nécessaires par l'innovation. La diffusion d'une innovation dans un système est donc toujours incertaine et influencée par de nombreuses variables.

Bien que le but initial des GPMP soit dans tous les pays d'améliorer la qualité de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes, la facilité de leur mise en place, leur configuration efficace, leurs impacts possibles dépendent, nous l'avons vu, des caractéristiques et des spécificités structurelles et organisationnelles de chaque système de santé. Ainsi, que l'innovation organisationnelle provienne d'une inspiration internationale ou d'une initiative de quelques professionnels, le cheminement peut être long jusqu'à son intégration dans un système de santé à travers son adoption par d'autres professionnels et son déploiement dans d'autres territoires ou au sein d'autres contextes.

Pouvoir juger de la faisabilité de l'implantation d'une innovation organisationnelle est donc complexe. Elle est dépendante des utilisateurs potentiels, comme des contextes où elle va fonctionner et impliquer

souvent d'intégrer des barrières, des leviers, des impacts, positifs ou négatifs, au-delà des résultats attendus.

Plusieurs types d'études peuvent être utilisés pour évaluer la faisabilité d'une nouvelle pratique ou d'une nouvelle organisation. La pratique des GPMP étant inexistante en France, une étude empirique classique, dans laquelle on collecterait des données et des informations sur des GPMP déjà en fonctionnement régulier ne peut pas être envisagée. Une analyse reposant sur une enquête déclarative auprès des médecins et pharmaciens aurait pu être réalisée. Elle aurait pu permettre d'évaluer *a priori* l'intérêt déclaré et la faisabilité de cette pratique selon ces professionnels. Toutefois, d'une part le risque de non-connaissance des GPMP par ces derniers aurait conduit à des perceptions limitées, d'autre part la pluralité des facteurs conditionnant la mise en place et la participation à une telle pratique n'aurait pu être intégrée. Nous avons donc renoncé à ce type d'étude qui aurait produit une évaluation sommaire, fondée sur des *a priori*, sans mise en évidence des freins et des leviers pouvant être rattachés à une mise en place effective.

La stratégie de faire fonctionner des GPMP expérimentaux en France, de pouvoir observer et évaluer leur fonctionnement était finalement la stratégie la plus prometteuse pour juger de leur faisabilité. Nous avons donc choisi une démarche expérimentale en implantant à notre initiative des GPMP dont nous pourrions analyser le fonctionnement. La mise en place d'expérimentations dans le système de soins est aujourd'hui une pratique encouragée par le régulateur. Le cadre législatif français a évolué depuis 2018 à travers la disposition de l'article 51 qui permet à des professionnels de proposer des projets organisationnels innovants faisant appel à des modes de financement et d'organisation inédits, décloisonnant le système de santé français et développant la coopération entre les acteurs (Légifrance, 2017b, p. 51; Ministère de la Santé et de la Prévention, 2022c). Notre projet d'expérimentation n'est toutefois pas un projet relevant de l'article 51, il s'inscrit dans un protocole de recherche académique, conduit de façon autonome dans le cadre d'un travail doctoral.

Notre stratégie ne relève pas d'une expérience de laboratoire comme le développe aujourd'hui l'économie expérimentale, mais s'apparente à une recherche-intervention, modalité d'étude sans doute plus fréquente en sciences de gestion qu'en économie, mais qui est, pour notre propos, la plus adéquate.

La recherche-intervention est une des trois postures scientifiques définies par A. Hatchuel (Hatchuel, 2000), à côté de celles du laboratoire et du terrain. Dans une recherche-intervention, le chercheur crée, transforme son objet de recherche pour mieux l'étudier (Perez, 2008; Plane, 2000). Elle implique une certaine interaction entre le chercheur et l'objet à analyser, entre le chercheur et les acteurs qui vont agir, réagir au projet accompagné par le chercheur (Moison, 2010). Les acteurs de terrain interviennent dans le protocole de recherche qui peut s'ajuster aux circonstances (Krief & Zardet, 2013). La recherche-intervention sous-entend en fait qu'il n'est possible d'analyser le fonctionnement

d'une organisation qu' « *en y intervenant et par conséquent en la modifiant* » (Moison, 2010). Une autre caractéristique importante de cette démarche est qu'elle a à la fois un objectif de production de connaissances sur les transformations induites par l'intervention, mais aussi un objectif de contribution à ces changements à entreprendre dès lors qu'ils peuvent améliorer les pratiques et les organisations (Krief & Zardet, 2013).

Les caractéristiques d'une recherche-intervention sont pleinement cohérentes avec notre projet d'implanter et d'analyser des GPMP au sein du système de soins primaires français. Nous souhaitons évaluer leur fonctionnement dans un milieu naturel et non dans des situations artificielles. Les groupes de pratique médecins-pharmaciens n'existant pas actuellement en France, nous devons les mettre en place, et donc intervenir dans des relations et des échanges préexistants entre des professionnels d'un territoire. Nous avons conçu *a priori* un cadre pour les GPMP à implanter (il sera présenté au paragraphe 1.1.2), mais nous aurons à interagir avec les pharmaciens qui animeront ces GPMP, et en partie, ces pharmaciens adapteront le cadre général que nous aurons défini pour le fonctionnement opérationnel de leur groupe. Enfin, sans présager de la faisabilité de ces groupes ou des limites de cette faisabilité, notre propos est de contribuer, avec nos résultats, aux évolutions possibles des missions du pharmacien.

Dès lors que la recherche-intervention s'applique à des objets qui ne peuvent être « *ni confinés, ni manipulés, ni même naturalisés* » (Moison, 2010), l'intervention du chercheur modifie l'objet d'étude. L'interaction entre chercheurs et praticiens engendre une modification des acteurs, de leur vision, de leurs récits ou encore de leurs projets, il en résulte une impossible neutralité du chercheur (Krief & Zardet, 2013). Toutefois, « *plutôt que de le prendre comme un obstacle à la connaissance, il faut le considérer au contraire, comme un moyen de connaissance et même le seul* » (Berry, 1986).

La méthodologie que nous avons choisie a aussi des implications quant à la nature des données et des résultats que nous pourrions produire. Une recherche-intervention s'apparente à une démarche qualitative, ou plutôt compréhensive (Dumez, 2013; Muchielli, 2009). Une démarche compréhensive n'exclut pas de produire et de traiter des chiffres ; ils permettent notamment de confronter des discours (souvent identifiés comme le matériel majeur d'une analyse qualitative) avec des mesures quantifiées, et d'analyser la distance possible entre représentation, perception et décisions, actions. La recherche compréhensive veut aborder objectivement la manière d'agir, de réagir des individus selon les contextes, le contexte pouvant être celui perçu par l'individu ou celui que le chercheur peut décrire et analyser plus objectivement (Dumez, 2013). Cette démarche implique donc d'analyser les discours et les actions du point de vue des acteurs mais aussi du point de vue du chercheur. Une recherche qualitative ne cherche pas à préciser la fréquence d'un comportement, d'un déterminant mais à comprendre ce qu'ils signifient pour les acteurs, pourquoi ils s'imposent, comment ils réagissent au contexte individuel ou collectif. La recherche compréhensive a une certaine proximité avec le

raisonnement par abduction, elle s'appuie sur des allers-retours entre théorie et hypothèses et matériau, les observations « surprenantes » obligeant à revoir les hypothèses ou les cadres d'analyse initiaux. En ce sens, la démarche compréhensive suit une démarche scientifique classique où des hypothèses et des effets attendus sont confrontés à des phénomènes observés qui peuvent remettre en cause, permettre d'amender ou de conforter ces hypothèses (Dumez, 2013).

Cette démarche compréhensive impliquera, dans notre travail empirique, de collecter des informations diversifiées pour analyser notre expérimentation : des mesures quantitatives qui permettront d'objectiver les comportements, l'organisation, le fonctionnement des groupes de pratique mis en place ainsi que des données qualitatives, qui permettront, pour leur part, de qualifier finement les attitudes, les opinions, les représentations des acteurs de ces groupes (Kohn & Christiaens, 2014). La mise en relation de ces données permet d'approfondir la distance ou les relations possibles entre actions, comportement d'une part et vécu, ressenti d'autre part, il s'agit d'un des résultats spécifiques d'une démarche compréhensive.

Par rapport à notre objectif d'analyser la faisabilité des GPMP en France, notre expérimentation doit nous permettre de mettre en évidence des contextes ou des conditions qui favoriseraient (ou pas) cette faisabilité, les manières d'implanter les GPMP pouvant être variables, adaptées à un contexte particulier. Nous souhaitons pouvoir dresser, comme le font les démarches compréhensives, une typologie possible des configurations des GPMP (Elman, 2005). Une telle typologie présente les manières dont on peut organiser les GPMP, pour une adaptation fine aux situations variées que ces situations renvoient aux territoires, aux relations entre professionnels, aux caractéristiques des pharmaciens parties prenantes. Elle intègre à la fois les cas particuliers observés mais est source d'une généralisation possible pour conduire ensuite le projet d'une implantation plus large des GPMP dans notre système de santé.

Le cadrage méthodologique général de notre démarche précisé, une expérimentation de type recherche intervention, nous devons maintenant décrire la conception plus opérationnelle du dispositif que nous avons expérimenté.

1.1.2) Conception opérationnelle de l'expérimentation

La conception opérationnelle de notre expérimentation de GPMP a été élaborée sous une double contrainte, répondre à nos objectifs dans la démarche méthodologique que nous avons choisie, et tenir compte de notre contrainte en termes de moyens.

Notre expérimentation des GPMP a bénéficié de l'appui de l'Unité Mixte de Développement Professionnel Continu en Santé (UMDPCS)²⁴¹ de l'Université de Bourgogne qui est une structure de

²⁴¹ L'UMDPCS a été intéressée par ce projet car il pouvait déboucher sur un modèle de formation continue dans un contexte d'interprofessionnalité, soit un des fondements de cette structure, mais également car ce projet représentait à terme un modèle

formation continue ayant secondairement une orientation recherche. Le soutien de cette structure pour accompagner le projet s'est notamment traduit d'un point de vue financier, logistique et humain. Ce soutien a permis de disposer de moyens dont l'importance conditionnait l'ampleur possible de l'expérimentation et de l'évaluation à concevoir. Hormis l'UMDPCS, aucune institution qu'elle soit professionnelle (Ordre, syndicats, etc.) ou institutionnelle (Assurance maladie, Agence Régionale de Santé, etc.) n'a contribué au pilotage de ce projet. Nous l'avons conduit de bout en bout de façon indépendante, et nous en restons seuls responsables.

La mise en place de l'expérimentation a impliqué, dans le cadre de nos contraintes, de déterminer au préalable le choix du modèle de GPMP à expérimenter.

Nous avons vu, à travers les différents modèles de GPMP présentés (CMP, CQ, PTAM) au sein du paragraphe 3.1. du chapitre 2, que le concept de groupes de pratique entre médecins et pharmaciens pouvait prendre différentes formes au regard de différents paramètres tels que le portage de l'animation, le public cible visé par le modèle, les dispositions relatives à l'implantation des Cercles et des séances, les modalités d'accompagnement des animateurs au sein de cette pratique ainsi que les supports mis à disposition de ces derniers.

Nous nous sommes inspirés des différents modèles existants pour concevoir le modèle de GPMP à expérimenter. Nous avons élaboré notre modèle en déterminant la configuration de chacun des paramètres précédemment cités. Nous avons choisi cette configuration afin, d'abord, qu'elle soit cohérente avec l'organisation des officines et des relations entre professionnels de santé sur les territoires, puis, qu'elle soit compatible avec nos contraintes financières et organisationnelles pour implanter l'expérimentation. Nous emploierons ainsi le terme « Cercles » pour désigner le modèle de GPMP expérimenté au sein de cette expérimentation.

1.1.2.1) Portage de l'animation

Nous avons tout d'abord choisi que le portage de l'animation soit exclusivement réalisé par des pharmaciens. En effet, les pratiques des professionnels en soins primaires en France étant à l'heure actuelle majoritairement basées sur des pratiques monoprofessionnelles, le portage exclusif de l'animation par des pharmaciens, en tant que spécialistes du médicament, nous a paru le modèle le plus opportun à envisager²⁴². Toutefois, l'animation confiée aux pharmaciens n'exclut pas la possibilité que des médecins interviennent de manière ponctuelle, en fonction des sujets et des ressources des territoires, dans l'animation des séances lors du fonctionnement des Cercles.

de formation convergeant avec les orientations de formation continue de plus en plus tournées vers la qualité des soins dans un contexte d'exercice coordonné.

²⁴² La perspective d'une animation portée par un binôme médecin-pharmacien sera toutefois soumise à l'appréciation des professionnels ayant participé à l'expérimentation au sein d'un des questionnaires d'évaluation.

Nous avons également décidé que le portage de l'animation serait majoritairement réalisé par des pharmaciens officinaux. En effet, le modèle de GPMP que nous souhaitons expérimenter devant s'intégrer au système de soins primaires, il a principalement pour vocation à faire interagir médecins généralistes et pharmaciens officinaux. Malgré cela, nous avons laissé la possibilité d'intégrer à cette animation des pharmaciens rattachés à d'autres fonctions (pharmacien hospitalier, coordinateur) afin d'analyser d'autres configurations potentielles mais également pour identifier les compétences requises pour animer les Cercles. Avec ce critère d'inclusion, tout pharmacien, qu'il soit officinal ou non et étant intéressé pour devenir animateur, pourrait *a priori* intégrer l'expérimentation. Enfin, nous avons laissé ouvertes deux modalités de portage de l'animation, en solo ou en binôme de pharmaciens, laissées au choix des pharmaciens animateurs. L'animation des Cercles peut ainsi prendre différentes configurations ce qui permettra d'évaluer les potentialités et les limites de chacune d'entre elles.

1.1.2.2) Public ciblé visé

Le deuxième paramètre que nous devons préciser était la détermination du public à réunir. En effet, comme décrit au paragraphe 3.1.2.1 du chapitre 2, les modèles existants (CMP, CQ, PTAM) ne délimitent pas de manière identique les publics visés²⁴³. Nous avons souhaité, comme au sein des modèles belge et néerlandais, que tous les pharmaciens du territoire concerné puissent être intégrés au sein des Cercles. Ce choix a été dicté par l'objectif premier des Cercles, travailler sur la prescription médicamenteuse des médecins généralistes, mais également par leur objectif secondaire, le développement de l'exercice coordonné au sein des soins primaires, dans lequel s'inscrit l'évolution actuelle des missions des pharmaciens d'officine. Ainsi, l'intégration dans le public cible de l'ensemble des pharmaciens (officinaux ou autres) du territoire nous a paru une disposition importante, sa faisabilité étant à évaluer. De plus, nous avons trouvé opportun, au regard des politiques de santé actuelles de promotion de l'exercice coordonné des professionnels de santé, de permettre une composition très pluriprofessionnelle des participants à travers l'ouverture des Cercles à d'autres médecins autres que médecins généralistes (spécialistes libéraux ou hospitaliers, étudiants en médecine qu'ils soient internes ou externes), mais aussi à d'autres professions (infirmiers, coordinateurs de MSP, etc.).

L'ouverture des Cercles à d'autres professions que celle de médecin généraliste, pourrait faire craindre un risque quant aux finalités premières du modèle expérimenté (travailler sur les pratiques de prescription médicamenteuse) mais également vis-à-vis d'une diminution de la liberté de paroles des médecins généralistes, notamment par crainte de jugement. Cependant, l'harmonisation des pratiques entre participants d'un même territoire faisant partie d'un des objectifs de ce modèle, cette ouverture à d'autres professionnels (dont principalement les pharmaciens d'officine) nous a paru pertinente.

²⁴³ Les modèles des PTAM et des CMP intègrent de manière plus prépondérante l'ensemble des pharmaciens du territoire aux séances alors que le modèle suisse des CQ tend plutôt à faire interagir 1 ou 2 pharmaciens animateurs avec les médecins généralistes du territoire au sujet de leurs pratiques de prescription médicamenteuse.

Toutefois, la règle qui prévalait toujours était bien celle de l'ancrage territorial des Cercles, une proximité géographique des professionnels participants par rapport au site d'expérimentation était un paramètre recherché. Dans notre expérimentation, nous emploierons le terme « site » pour désigner chaque territoire d'expérimentation.

1.1.2.3) Modalités d'implantation des Cercles et des séances

À partir des dimensions précédemment définies, nous avons dû déterminer les dispositions relatives à l'implantation des Cercles et des séances. Alors que le terme « Cercles » au pluriel désigne le modèle de GPMP expérimenté au sein de cette expérimentation, l'emploi du terme « Cercle » au singulier désigne le groupe de participants au sein d'un territoire donné. Le terme « séance » représente, pour sa part, chaque réunion du Cercle. Nous avons souhaité, que les pharmaciens animateurs puissent disposer d'une liberté importante pour constituer leur Cercle et mettre en place les séances au sein de leur territoire. Cette liberté laissée aux pharmaciens animateurs et aux participants devait notamment permettre au dispositif de s'adapter aux spécificités de chaque site et répondre à leurs besoins. La mise en place des Cercles doit répondre à une logique ascendante, partir du terrain, des contacts et relations sur site. Les pharmaciens animateurs devaient donc disposer d'une totale liberté pour constituer le public de leur Cercle et organiser chaque séance, selon leur souhait et les potentialités de leur territoire.

Nous avons toutefois élaboré une trame générique pour guider les animateurs dans la mise en place de l'expérimentation au sein de leur site. Nous nous sommes basés sur les principales caractéristiques des modèles de GPMP étudiés au sein du chapitre 2 telles qu'un nombre préconisé de participants compris entre 5 et 15 participants, une durée de séance avoisinant les 2 heures ainsi qu'une fréquence de séances conseillée entre 3 à 4 mois²⁴⁴.

Quelques prérequis ont été établis :

- la constitution des Cercles devait rassembler au moins 4 médecins généralistes au sein du groupe ;
- un diaporama devait être élaboré pour animer la séance ;
- un compte rendu devait être réalisé et transmis aux participants à l'issue de chacune des séances.

Nous avons également préconisé que les participants puissent contribuer à la préparation des séances. En effet, il nous a paru opportun que ce travail préparatoire en amont des séances puisse être conçu par

²⁴⁴ Au regard des modèles existants, le choix de la fréquence des séances s'est porté sur une fréquence de 3 à 4 mois. En effet, les Cercles représentant une démarche nouvelle autant pour les participants que pour les pharmaciens animateurs, le choix de cette fréquence nous a paru judicieux pour deux principales raisons. La première raison a porté sur le fait que cette expérimentation devait être acceptable en termes de charge de travail supplémentaire pour les participants et plus spécifiquement pour les pharmaciens animateurs. La deuxième raison fut le souhait qu'un fil conducteur puisse être établi à travers une certaine proximité dans le temps entre les séances.

l'ensemble des acteurs pour répondre au mieux à leurs besoins. Comme cela pouvait être réalisé au sein des modèles de GPMP étudiés (CQ, CMP, PTAM), nous avons encouragé les pharmaciens animateurs à faire contribuer les participants en amont des séances à travers le choix de sujets, des propositions d'ordonnances ou de cas cliniques, cette démarche était non obligatoire mais facultative.

1.1.2.4) Modalités d'accompagnement des pharmaciens animateurs

Dans tous les GPMP étudiés du chapitre 2, ces dispositifs sont accompagnés par une structure porteuse pour permettre leur implantation. Dans notre expérimentation, l'UMDPCS a joué le rôle de structure porteuse au sein de laquelle j'ai assuré l'accompagnement des pharmaciens animateurs. L'accompagnement proposé avait pour objectifs de faciliter l'appropriation de ce nouvel exercice pour les pharmaciens animateurs mais également de permettre au modèle de GPMP élaboré de pouvoir s'implanter conformément à la configuration que nous avons définie pour les Cercles et les séances.

L'accompagnement du dispositif se situait à deux niveaux d'accompagnement : un niveau individuel à travers la mise à disposition de supports auprès des pharmaciens animateurs pour la mise en place des séances, mais également à un niveau plus collectif pour piloter l'ensemble du dispositif afin de le coordonner et faciliter le fonctionnement des Cercles.

Concernant la mise à disposition des supports souhaitée, nous l'aborderons de manière plus précise au paragraphe 1.1.2.5 de cette section.

Concernant le pilotage du dispositif, nous avons souhaité que les pharmaciens animateurs puissent être accompagnés par mes soins tout au long de l'expérimentation. La volonté d'un accompagnement fort, se traduisant par un temps d'échanges individuel en amont et en aval de chacune des séances, avait comme objectifs de les accompagner dans la préparation et la tenue des séances à travers un partage d'expériences et une coordination entre sites que je devais réaliser au cours de ces temps d'échanges. La mise en place d'une plateforme de partage devait également permettre de mutualiser différents outils entre animateurs, tels que leurs supports de présentation, les comptes rendus réalisés ou encore des articles en lien avec les thématiques abordées.

Une journée de formation en présentiel a été programmée en amont du lancement de l'expérimentation pour introduire de manière plus explicite le fonctionnement des Cercles tant en termes de connaissances que d'un point de vue méthodologique.

Par ailleurs, un soutien était également proposé aux pharmaciens animateurs pour les accompagner en tant qu'appui, au moment de la présentation du projet aux professionnels de leur territoire et notamment pour répondre à de potentielles questions. Cependant, lors de cette étape de constitution des Cercles, nous avons souhaité intervenir de manière la plus infime possible afin de ne pas influencer cette étape et pouvoir l'évaluer.

1.1.2.5) Supports mis à disposition des pharmaciens animateurs

Le choix des supports mis à disposition des pharmaciens animateurs méritait notre attention. Nous avons vu au paragraphe 3.1.2.3. du chapitre 2 que les supports utilisés pour la préparation et le déroulé des séances étaient variables en fonction des modèles étudiés. En effet, le modèle des CQ s'est structuré à partir de modules de formation en ligne reposant sur une revue de littérature très complète et abordant de larges thématiques, alors que les modèles des CMP et des PTAM reposent, quant à eux, sur la mise à disposition de différents supports de travail tels que des documents de préparation reprenant les grands axes de travail à aborder lors des séances ou encore des diaporamas de présentation déjà préétablis et ce sur des sujets plus précis.

Nous avons choisi de mettre à disposition des pharmaciens animateurs, des supports de préparation tels que ceux utilisés au sein du modèle des CQ. La mise à jour des connaissances nous paraissait une étape importante pour que chaque pharmacien animateur, et ce quel que soit son profil (expérience, durée par rapport à la fin de son cursus universitaire), puisse disposer de nombreuses données scientifiques et médicales solides pour mettre en place ses séances de la manière la plus pertinente possible et sans que cela lui demande un temps de veille documentaire trop important. L'appropriation des modules de formation était un prérequis pour tous les pharmaciens animateurs avant une séance et ce quel que soit leur profil ; les pharmaciens animateurs devant notamment nous transmettre un justificatif de validation des acquis du module de formation avant la réalisation de chaque séance.

Nous avons souhaité également que les données de prescription des médecins généralistes participant aux Cercles puissent être mises à disposition de l'animateur. L'utilisation de ces données fait également partie des supports mis à disposition des GPMP étudiés, allant d'une intégration toujours effective au sein des CQ à une intégration moins prépondérante pour les deux autres modèles (CMP, PTAM), notamment pour le modèle belge. L'utilisation des données individuelles de prescription nous paraissait pertinente pour des échanges au plus proches des comportements de prescription des médecins des Cercles.

L'accès et le partage dans un groupe de données individuelles de prescription n'étant pas habituels en France, nous anticipons que la faisabilité de cette mise à disposition et l'usage qui serait fait de ces données serait un point à examiner dans l'analyse de l'expérimentation.

En conclusion, le modèle de GPMP que nous avons conçu pour notre expérimentation a repris les principales lignes directrices du modèle suisse à travers un portage exclusif de l'animation par des pharmaciens, l'intégration des données de prescription au sein de chaque Cercle ainsi que la mise à disposition de modules de formation pour les animateurs en amont de chaque séance. La liberté importante laissée aux pharmaciens animateurs pour l'implantation des Cercles, la mise en place des

séances et la nature du public cible est conforme aux caractéristiques communes des trois modèles de GPMP étudiés.

1.1.3) Le dimensionnement de l'expérimentation

Le modèle de GPMP à expérimenter étant défini, nous avons à dimensionner l'expérimentation en précisant le nombre de Cercles qui seraient à implanter ainsi que le nombre de pharmaciens animateurs à recruter, un site pouvant potentiellement héberger plusieurs Cercles. La durée totale de l'expérimentation et les thèmes à traiter lors des séances devaient également être définis.

1.1.3.1) Nombre, recrutement des pharmaciens animateurs et des sites

Le nombre de pharmaciens animateurs et des sites à recruter ainsi que leurs caractéristiques ont été conditionnés par les limites financières et logistiques du projet mais également par les objectifs de notre expérimentation. Compte tenu de l'objectif d'analyser l'implantation des GPMP dans l'ensemble des contextes envisageables, nous avons recherché à intégrer la plus grande diversité possible des caractéristiques associées aux Cercles (profil des pharmaciens animateurs, des participants, configuration de l'animation) et aux sites d'expérimentation (caractéristiques territoriales, organisationnelles).

Un effectif de pharmaciens animateurs recrutés compris au maximum entre 10 et 15, permettant d'envisager le recrutement d'un nombre équivalent de sites, a été arrêté. Cet effectif correspondrait à un nombre de participants compris entre 50 et 120 (en fonction du nombre de Cercles constitués), nombre de participants nous permettant alors d'obtenir des données en quantité suffisante pour une évaluation pertinente.

Concernant les modalités de recrutement des pharmaciens animateurs, nous nous sommes tournés vers des pharmaciens animateurs qui avaient déjà un certain attrait pour l'exercice interprofessionnel et pour de nouvelles missions compte tenu du côté très expérimental du projet. En effet, il aurait été difficile de recruter des pharmaciens tout venant compte tenu de l'investissement important que nécessitait la conduite de cette expérimentation. Cette particularité des pharmaciens à recruter peut représenter un biais de sélection pour évaluer la difficulté ou la satisfaction ressentie par les pharmaciens animateurs face à l'animation d'un GPMP. Ce biais devra être pris en compte lors de l'analyse des résultats de cette expérimentation.

L'appel à candidature pour être pharmaciens animateurs a été faite de différentes manières : par sollicitation directe auprès d'anciens étudiants ayant réalisé leur formation initiale au sein de l'UFR des Sciences de Santé de Dijon, à travers la sollicitation de différentes structures de santé (MSP, CPTS), par contact auprès de nos connaissances directes.

Les caractéristiques des territoires associés aux pharmaciens animateurs candidats ont aussi été prises en considération dans les choix de recrutement de ces derniers, avec l'objectif d'obtenir des sites d'expérimentation avec des caractéristiques diversifiées, puisque le site serait le territoire d'exercice régulier de l'animateur ou proche de celui-ci.

Le recrutement des pharmaciens animateurs a été initié en juillet 2018, il a permis de recruter 12 pharmaciens animateurs. Ce nombre est apparu suffisant pour obtenir la diversité voulue des pharmaciens animateurs et des sites d'expérimentation. De plus, ce nombre de 12 pharmaciens animateurs était adéquat par rapport au montage du projet²⁴⁵ et au travail d'accompagnement demandé pour la mise en place et le suivi du projet.

1.1.3.2) Durée prévisionnelle de l'expérimentation et choix des thématiques traitées

Dans le cadrage général de l'expérimentation, la fréquence préconisée entre séances du modèle de GPMP envisagé était d'un Cercle tous les 3 à 4 mois. La durée de l'expérimentation devait permettre un nombre suffisant de séances pour réaliser l'évaluation de l'expérimentation. Elle devait aussi prendre en considération les limites budgétaires et logistiques du projet. Deux ans, dont 18 mois prévus pour la réalisation des séances au sein des sites avec la tenue de 5 séances, a été la durée prévisionnelle choisie. Cette durée permettait d'organiser 5 séances par Cercle, nombre suffisant pour diversifier les thématiques abordées. De plus, cette durée de 2 ans nous a paru adéquate pour que l'on puisse observer et analyser le fonctionnement des Cercles implantés ainsi que leurs effets.

La préparation des séances devait reposer sur l'acquisition, par les pharmaciens animateurs, de modules de formation similaires à ceux utilisés au sein du modèle suisse des CQ. Nous avons eu la possibilité d'acquérir ces modules de formation qui présentaient l'avantage de traiter de la plupart des thèmes de soins primaires et d'être en français. Nous avons toutefois eu à adapter le contenu de certains modules au contexte français (recommandations françaises, médicaments disponibles en France, etc.).

Malgré une volonté initiale de laisser une liberté importante aux pharmaciens animateurs vis-à-vis de la mise en place des séances et des sujets abordés, nous avons finalement imposé les thématiques qui seraient abordées au cours de cette expérimentation. Cette contrainte est apparue nécessaire pour faciliter la mise en place de l'expérimentation et son fonctionnement et assurer la coordination voulue entre sites. Cette contrainte nous a semblé toutefois acceptable, d'une part, parce que nous choisirons des thématiques répondant à des préoccupations fréquentes chez les professionnels de soins primaires, et d'autre part parce que les pharmaciens animateurs pouvaient disposer d'une liberté totale quant au choix spécifique des sujets dans chacune des thématiques imposées.

²⁴⁵ Un effectif minimum de 10 pharmaciens animateurs recrutés avait été fixé avec pharmaSuisse lors de l'élaboration du projet pour qu'un accord puisse être passé entre pharmaSuisse et l'UMDPCS. Ce nombre minimum de pharmaciens animateurs requis fut établi car cette collaboration demandait à pharmaSuisse un investissement en matière de ressources humaines pour pouvoir répondre au soutien du projet.

Le dimensionnement de l'expérimentation a permis de prendre en considération les limites financières et logistiques associées au portage du projet dans un modèle de GPMP adapté aux objectifs de notre recherche-intervention.

1.1.4) Intégration des supports envisagés au sein des Cercles

À la suite de cette étape de dimensionnement de l'expérimentation, la mise en place de l'expérimentation a nécessité des démarches pour intégrer les supports envisagés pour le fonctionnement des Cercles. Ces démarches ont concerné, d'une part, la contractualisation d'une collaboration entre pharmaSuisse et l'UMDPCS pour mettre à notre disposition des modules de formation, et d'autre part, des mesures auprès de l'Assurance maladie pour pouvoir disposer des données de prescription des médecins généralistes participants.

1.1.4.1) Démarches pour la mise à disposition des modules de formation

Une collaboration avec pharmaSuisse était nécessaire pour pouvoir bénéficier des modules de formation en e-learning envisagés. Une convention a été signée entre pharmaSuisse et l'UMDPCS afin de permettre d'officialiser cette collaboration²⁴⁶. Cette contractualisation entre ces deux organismes a permis de définir l'accompagnement réalisé par pharmaSuisse à travers la fourniture des modules de formation ainsi que la réponse à toutes questions ou demandes d'informations provenant des participants expérimentateurs. De son côté, l'UMDPCS s'est engagée à financer l'accompagnement réalisé par pharmaSuisse pour les prestations fournies auprès des pharmaciens animateurs. Pour pharmaSuisse, cette collaboration pouvait notamment permettre d'enrichir la configuration des modules de formation mis à disposition à travers les retours des pharmaciens animateurs expérimentateurs. Pour l'UMDPCS, les résultats de cette expérimentation pourraient alimenter des réflexions et des projets sur la formation continue des pharmaciens.

Le choix des thématiques a été fonction des thèmes souhaités pour notre expérimentation et de ceux pouvant être fournis par pharmaSuisse sous une version actualisée. Six thématiques ont été retenues pour notre expérimentation : les médicaments « antibiotiques », les « médicaments antalgiques/anti-inflammatoires », les « médicaments du tractus gastro-intestinal » ainsi que les médicaments indiqués dans l'hypertension artérielle, en dermatologie et en pneumologie. En référence aux analyses menées au sein du chapitre 1 (Cf paragraphes 2.1.2 et 2.1.3), les classes médicamenteuses des antibiotiques, des analgésiques, des médicaments du tractus gastro-intestinal à travers celle des IPP représentent des classes médicamenteuses fortement prescrites par les médecins généralistes français, notamment à travers des choix non optimaux, ce qui constitue des enjeux importants en matière sanitaire (antibiorésistance, iatrogénie, mésusage, etc.). Leur prescription quotidienne chez les médecins généralistes français nous a paru un argument incontournable pour que ces thématiques soient traitées

²⁴⁶ Ce projet a commencé à être envisagé en février 2018 auprès de pharmaSuisse et a été contractualisé le 12 décembre 2018 par une convention réunissant l'Université de Bourgogne et pharmaSuisse.

dans notre expérimentation. Ce choix initial de thématiques a évolué au cours du dispositif. La version actualisée des modules de formation abordant les thématiques de l'hypertension artérielle et de la dermatologie ne pouvant être livrées dans le calendrier prévu, les thématiques « médicaments chez la personne âgée » et médicaments « antidépresseurs » dont les modules de formation étaient actualisés, ont finalement été incluses en remplacement.

La mise à disposition en e-learning de ces modules auprès des pharmaciens animateurs a été précédée de leur adaptation, par nos soins, au contexte français (recommandations HAS, sociétés savantes, médicaments disponibles sur le marché français, etc.).

Le choix des thématiques étant défini, les possibilités de livraison des modules de formation par pharmaSuisse ainsi que la durée prévisionnelle de l'expérimentation ont abouti à une programmation de l'expérimentation sur la période de janvier 2019 à juin 2020²⁴⁷, avec le calendrier suivant pour la réalisation des 5 séances prévues au sein des sites :

- Antibiothérapie : Mars - Juin 2019
- Médicaments antalgiques / anti-inflammatoires : Juin - Octobre 2019
- Médicaments du tractus Gastro-Intestinal : Octobre - Décembre 2019
- Médicaments et Personne âgée : Janvier - Mars 2020
- Médicaments antidépresseurs : Mars 2020 - Juin 2020

1.1.4.2) Démarches de mise à disposition des données de prescription médicamenteuse

En parallèle de la mise en place de l'expérimentation, des démarches pour disposer des données de prescription médicamenteuse des médecins généralistes participants ont également été entreprises auprès de l'Assurance maladie.

Nous avons initié des échanges auprès des différentes Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) rattachées aux potentiels sites d'expérimentation dès septembre 2018 afin de pouvoir disposer de ce type de données dès le lancement du dispositif²⁴⁸. Pour pouvoir accéder à ces données vis-à-vis des thématiques envisagées, plusieurs éléments devaient au préalable être élaborés ou fournis aux différentes CPAM, comme la rédaction d'une convention ainsi que l'élaboration d'indicateurs semblables à ceux existants au sein du dispositif suisse des CQ.

Cependant, bien que l'ensemble des CPAM contactées aient eu un accueil encourageant à la présentation du projet, seules deux CPAM ont accepté de répondre favorablement à notre demande.

²⁴⁷ Le début effectif de la mise à disposition des modules de formation a débuté en janvier 2019 par la mise à disposition du premier module portant sur les antibiotiques. La dernière livraison des modules de formation a été prévue pour mars 2020 à travers la mise à disposition du module portant sur la thématique des antidépresseurs.

²⁴⁸ Ces temps d'échanges ont été instaurés entre septembre 2018 et mars 2019 auprès des différentes Caisses par l'intermédiaire des pharmaciens conseils ou de la direction départementale voire régionale du service médical en fonction des Caisses.

Différentes raisons ont été évoquées chez celles qui ont décliné notre demande, dont principalement le manque de ressources humaines en interne. L'autonomie des CPAM a représenté un frein vis-à-vis de notre démarche. En effet, chaque CPAM ayant ses propres modalités de fonctionnement, notre demande, pourtant similaire au départ, n'a pas conduit aux mêmes dispositions pour les deux CPAM partantes dans l'accompagnement du projet²⁴⁹ (cadre de la convention, nombre minimum de médecins par site, type de données extraites). Ces démarches ayant pris plus de temps que prévu initialement, elles ont dû être réalisées en partie pendant l'expérimentation. La progression du travail mené avec les différentes CPAM ainsi que celle de l'expérimentation au sein des différents sites a contribué au choix de se focaliser sur le travail initié avec la CPAM de l'Isère (CPAM 38). Ce dernier a été en mesure de répondre aux besoins de l'expérimentation dans les délais escomptés. Pour accéder aux données souhaitées, nous avons dû construire un circuit de transmission des données de prescription, de la CPAM 38 aux médecins généralistes²⁵⁰, comme illustré au sein de l'Annexe 6.A.a. Pour respecter les mesures nécessaires à la mise à disposition de ces données lors de l'expérimentation et répondre ainsi aux exigences de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) vis-à-vis de la protection des données, nous nous sommes conformés aux attentes de la CNIL et de l'Université de Bourgogne. Les données obtenues ne représentant que des statistiques de prescription et n'intégrant pas de données patients ou de données dites « sensibles », une simple procédure de conformité a été nécessaire afin de respecter les obligations légales (Annexe 6.A.b).

La nature de l'expérimentation et la configuration des Cercles étant définies, nous devons déterminer un cadrage et des outils pour l'évaluation qui permettra de répondre à notre problématique.

1.2) La démarche d'évaluation des Cercles

L'objectif de notre démarche empirique est de juger de la faisabilité des Cercles à travers une recherche-intervention qui concernera un nombre limité de sites d'expérimentation. L'évaluation doit pouvoir éclairer les différentes dimensions de cette faisabilité, mettre en évidence ses barrières et ses leviers mais aussi être cohérente avec notre démarche expérimentale.

²⁴⁹ Au sein des travaux menés par la CPAM 38, il a été possible d'envisager de disposer des données individuelles de prescription des médecins généralistes participants alors que le fait de disposer de ce type de données n'a pu être envisagé au sein du travail mené auprès d'une autre Caisse où seul le profil global des Cercles rattachés à cette Caisse pouvait être envisagé.

²⁵⁰ La mise à disposition effective des données de prescription des médecins généralistes d'un Cercle rattaché à la CPAM de l'Isère a conduit au conventionnement entre l'UMDPCS et la CPAM 38 où chaque partie s'engageait à respecter différentes clauses relatives à la confidentialité de ces données et à son stockage. Ainsi, pour pouvoir disposer de ses données de prescription, chaque médecin généraliste qui acceptait d'entrer dans cette démarche devait signer son accord quant à l'extraction de ses données via une convention élaborée au préalable. Une convention a été réalisée par la CPAM 38 au sein de laquelle les médecins généralistes autorisaient la CPAM à extraire leurs données de prescription en vue d'établir des statistiques de prescription et de les transmettre à l'UMDPCS pour la tenue des séances.

1.2.1) Objectifs et logique de l'évaluation

Notre objectif principal, apprécier la faisabilité et l'opérationnalité d'une diffusion du dispositif de GPMP en France, peut paraître modeste. Notre évaluation ne va pas chercher à prouver l'efficacité des Cercles, leur apport à une régulation quantitative et qualitative des dépenses pharmaceutiques de ville par exemple. Mais notre objectif est adéquat pour une pratique comme celle des GPMP qui n'existe pas encore dans notre système de santé et qui pourrait se heurter, dans son implantation même, à des obstacles compte tenu notamment des contraintes et des logiques professionnelles, des relations existantes, sur un territoire, entre pharmaciens, entre médecins et pharmaciens.

Nous pouvons en effet faire plusieurs hypothèses qui justifieraient une dissémination difficile ou facilitée des GPMP en France. Certains de ces obstacles, leviers peuvent être intrinsèques à la nature du GPMP, ils ont été pour certains observés lors de l'implantation des GPMP à l'étranger (Damiaens et al., 2021; Kocken, 1999; Philbet, 2018), d'autres étant plus spécifiques au contexte français.

Le pharmacien d'officine aura un nouvel exercice à s'approprier pour mettre en place et animer ces GPMP. Il impliquera à la fois certaines compétences qui seront peut-être à consolider, voire d'autres à acquérir. L'appropriation de ce nouvel exercice nécessitera également de mobiliser du temps dans un exercice déjà souvent contraint en termes de disponibilités. La nature de la relation d'un pharmacien animateur avec les médecins participants d'un GPMP est de nature différente des relations entretenues au préalable. Facilité ou difficulté à adopter une nouvelle posture sont déterminantes. Le pharmacien n'est plus seulement celui qui conseille, qui vérifie en aval de la prescription, mais celui qui conseille et échange en amont de la décision de prescription ou qui aide le médecin à analyser sa pratique. Ce changement de posture nécessitera la reconnaissance d'une nouvelle compétence par les autres professionnels. Les relations avec d'autres officinaux sur le territoire pourraient aussi générer des difficultés, le positionnement du pharmacien animateur devant ainsi potentiellement être clarifié, en raison notamment des relations en partie concurrentielles face à un pharmacien qui bénéficierait d'un statut particulier.

La possibilité d'une implantation des GPMP dépendra aussi de l'adhésion des professionnels concernés, qui est un facteur essentiel pour supporter, dépasser les difficultés précédentes possibles. Les modèles de diffusion des innovations montrent que la perception de l'avantage perçu, procuré, par une innovation, ainsi que sa facilité d'usage sont déterminant pour l'adoption d'une innovation, déjà par un groupe restreint d'utilisateurs, qui vont ensuite convaincre et entraîner d'autres utilisateurs (Greenhalgh et al., 2004). Pour le pharmacien, quel attrait, quel intérêt aurait pour lui cette mission d'animateur ? Une autre valorisation de ses compétences ? La possibilité de développer une autre facette de sa contribution aux prises en charge ? Quant à l'adhésion des médecins, seront-ils convaincus de l'apport des Cercles à leur pratique, de l'apport des échanges interprofessionnels menés au sein des Cercles ?

La diffusion des GPMP pourrait aussi dépendre de leur configuration. Nous avons montré (Cf paragraphe 3.1.2 du chapitre 2) qu'il existait une certaine diversité de GPMP en fonction des pays. La manière dont les GPMP seront organisés, dont ils fonctionneront pourrait impacter la difficulté ou la facilité de leur mise en place en France et l'adhésion des professionnels. On peut également imaginer que le contexte dans lequel ils seraient implantés aura une importance, contexte qui peut ici renvoyer aux caractéristiques du territoire, par exemple une zone urbaine ou rurale, avec plusieurs ou une seule officine, avec des relations interprofessionnelles très rares ou déjà fortement développées, etc.

L'objectif de l'évaluation de l'expérimentation est d'examiner toutes ces dimensions de la faisabilité et de l'opérationnalité des GPMP. Il s'agit donc de savoir comment, avec quelle facilité, difficulté les GPMP peuvent se mettre en place et fonctionner. L'observation précise du processus d'implantation des Cercles, de leur organisation concrète, de leur déroulé effectif ainsi que le jugement des pharmaciens comme des médecins parties prenantes seront les sources de cette évaluation.

Notre évaluation ne permettra pas objectivement de juger des résultats en termes d'efficacité et *a fortiori* d'efficience des GPMP dans le contexte français. Notre expérimentation se déroulera sur un temps trop court et dans un nombre trop restreint de sites pour pouvoir, comme cela a été fait en Suisse, mesurer un résultat sur le contenu et les coûts des prescriptions ambulatoires en France. Les résultats obtenus dans d'autres systèmes de santé permettent toutefois de conserver l'hypothèse d'une efficience en France de ce dispositif, hypothèse qu'il s'agira ensuite de prouver et de mesurer si un déploiement plus conséquent des GPMP était réalisé dans notre système de santé. Notre évaluation pourra par contre restituer le point de vue des pharmaciens comme des médecins quant aux améliorations perçues à court terme dans leur pratique ou potentielles, qu'il s'agisse d'une évolution des pratiques de prescription ou de l'impact sur les relations interprofessionnelles.

Notre démarche d'évaluation n'est pas normative, les éléments que nous souhaitons analyser ne le seront pas par rapport à des valeurs ou des critères prédéfinis. Notre démarche relève d'une recherche évaluative, comme la définissent Contandriopoulos et al. : « *vouloir examiner par une démarche scientifique les relations qui existent entre différentes composantes d'une intervention* » (Contandriopoulos et al., 2000). Ces composantes seraient ici les moyens (les ressources) mobilisés pour implanter et faire fonctionner les Cercles, les modalités avec lesquelles les Cercles sont organisés, avec lesquelles les différentes séances se déroulent, au regard de ce qui a été souhaité, anticipé mais aussi la perception en termes de satisfaction des participants. L'évolution des séances au cours de l'expérimentation doit aussi être appréciée en ce qu'elle peut traduire des effets d'apprentissage, une dynamique dans le fonctionnement du dispositif. L'évaluation doit enfin examiner le lien entre toutes dimensions des Cercles (moyens, organisation, satisfaction, dynamique) mais aussi chercher des cohérences, des régularités, qu'elles soient liées au contexte de chaque Cercle, ou dépendantes des statuts des différents professionnels.

Les objectifs généraux précisés, nous devons définir des objectifs opérationnels et les critères de notre évaluation ainsi que les outils à mettre en place pour mesurer les indicateurs nécessaires.

1.2.2) Les domaines, critères et indicateurs de l'évaluation

L'objectif général de l'évaluation est d'apprécier la faisabilité d'une implantation et du fonctionnement de GPMP. Nous abordons pour cela trois domaines liés à la faisabilité du modèle de GPMP élaboré : le processus d'implantation des Cercles, celui de la mise en place et du fonctionnement des séances ainsi que l'appréciation des parties prenantes quant au fonctionnement des Cercles et des séances réalisées. Nous compléterons ces trois domaines en analysant les résultats et impacts perçus ou attendus par les participants, à la fois au terme de l'expérimentation et dans l'éventualité d'une diffusion des GPMP en France.

Dans chacun de ces domaines, les critères et les indicateurs doivent permettre de mettre en évidence ce qui peut rendre plus difficile, plus complexe ou au contraire favoriser la mise en place et le fonctionnement des Cercles. Les liens entre les résultats sur les différents domaines seront bien sûr recherchés.

Concernant le processus d'implantation des Cercles, nous analyserons comment la mise en place des Cercles s'est déroulée. Nos critères d'analyse porteront sur les caractéristiques des pharmaciens animateurs recrutés, la dynamique avec laquelle les pharmaciens animateurs ont constitué leur Cercle ainsi que les caractéristiques des sites d'expérimentation recrutés. Les principaux indicateurs étudiés seront à titre d'exemples l'aisance avec laquelle les Cercles se sont constitués, le nombre de médecins et de pharmaciens participants au sein de chaque Cercle ainsi que l'intensité initiale des relations interprofessionnelles entre participants des sites au moment de leur entrée dans l'expérimentation.

Concernant la mise en place et le fonctionnement des séances, nous étudierons la manière dont les séances se sont déroulées à travers les données décrivant la préparation, la tenue et le déroulé des séances. À titre d'exemples, les principaux indicateurs associés à ces 3 critères d'analyse seront :

- pour la préparation des séances : le temps d'acquisition du module de formation, le temps de préparation global par pharmacien animateur, etc. ;
- pour la tenue des séances : le nombre de séances réalisées, leur durée, le nombre de participants, etc. ;
- pour le déroulé des séances : l'intensité des échanges menés entre participants lors des séances, le nombre de consensus de pratique évoqués à l'issue des séances, etc.

Concernant l'appréciation des acteurs sur le fonctionnement des Cercles et des séances réalisées, nous étudierons la manière dont les acteurs ont perçu leur participation aux Cercles. Nos critères d'analyse porteront sur le jugement que les acteurs ont eu sur leur contribution respective au dispositif, que ce

soit vis-à-vis de l'appropriation du rôle de pharmacien animateur ou en tant que participant, mais également sur leur satisfaction relative à leur participation aux Cercles. Les principaux indicateurs exposés seront à titre d'exemples : le nombre de pharmaciens animateurs jugeant comme important l'investissement demandé pour mettre en place un Cercle, la note de satisfaction attribuée par les acteurs concernant leur participation aux Cercles ainsi que la part des participants qui recommanderaient à des confrères de participer à un Cercle.

Cette évaluation proprement dite des Cercles expérimentés sera complétée par l'analyse des facteurs pouvant favoriser ou pas une potentielle diffusion. Nos critères d'analyse porteront sur les résultats et impacts constatés ou perçus à court et moyen terme par les acteurs, ainsi que sur leurs points de vue vis-à-vis d'une potentialité généralisation du modèle expérimenté. Les principaux indicateurs abordés seront le nombre de médecins généralistes ayant mentionné le fait d'avoir fait évoluer leur pratique de prescription, la part des participants qui verraient dans cette pratique un moyen de faciliter la mise en place de projets collaboratifs au sein des territoires, ainsi que le nombre de participants qui percevraient comme pertinent le portage de l'animation des Cercles par un binôme médecin-pharmacien en cas de potentielle généralisation de cette pratique.

Au regard des objectifs de l'évaluation que nous avons décrit précédemment (Cf paragraphe 1.2.1), nous avons construit une méthodologie d'évaluation nous permettant d'analyser en profondeur la mise en place du modèle de GPMP préétabli et son fonctionnement au sein de cette expérimentation, et ce à travers une démarche reposant à la fois sur une évaluation sommative et longitudinale menée tout au long de l'expérimentation. Ainsi, cette démarche a permis de réaliser un bilan final de l'expérimentation mais également de suivre son déroulé afin d'analyser en finesse tous les processus qui sont intervenus. Les indicateurs vont quantifier certains critères d'évaluation et suivre leur évolution tout au long de l'expérimentation. Pour renseigner les indicateurs des différents domaines étudiés, nous avons besoin de données à la fois objectives et subjectives.

1.2.3) Outils de collecte et traitement des données

Nous allons maintenant décrire les outils de collecte des données, élaborés pour réaliser notre évaluation ainsi que la manière dont nous avons souhaité traiter les données recueillies à l'issue de l'évaluation.

1.2.3.1) Outils de collecte élaborés

Nous avons élaboré un ensemble d'outils (questionnaires, grilles d'entretien semi-directifs, grille d'observation sur site) nous permettant de recueillir toutes les données, quantitatives et qualitatives, objectives et subjectives, issues d'observations ou déclaratives, toutes nécessaires à documenter les indicateurs que nous souhaitons analyser. La pluralité des outils a été recherchée afin d'obtenir ces données de différentes natures, croisées ensuite pour analyser des éléments factuels, des attitudes et

des opinions. Chaque outil de collecte est présenté en annexe « Recueil des données de l'expérimentation ». (Annexes 1.A)

Les questionnaires

Des questionnaires destinés à la fois aux pharmaciens animateurs et aux participants ont été élaborés dans le but de recueillir des données quantitatives et qualitatives, et ce tout au long de l'expérimentation. Ces données sont déclaratives.

Trois questionnaires ont été élaborés : un questionnaire *a priori*, renseigné à l'entrée dans l'expérimentation, un questionnaire post séance, renseigné à la fin de chaque séance, et un questionnaire post expérimentation, renseigné après la dernière séance du Cercle.

Pour les participants, chacun de ces questionnaires intègre un pavé signalétique du répondant (âge, sexe, profession (médecin, pharmacien, autres), spécificités d'exercice (pratique en exercice coordonné, participation à un groupe de pairs)). Les réponses restent pour nous anonymes. Pour les pharmaciens animateurs, l'anonymat n'était pas possible compte tenu de leur nombre et de nos relations avec eux.

Le questionnaire *a priori* était destiné seulement aux participants. Son objectif était de recueillir, avant la première séance, leur niveau d'information sur l'expérimentation ainsi que leurs motivations à participer à celle-ci²⁵¹. (Annexe 1.A.b)

Les questionnaires post séance collectaient des données sur le déroulé de chaque séance et l'appréciation qu'en avait le répondant. Ils ont permis de suivre l'évolution de ces items tout au long de l'expérimentation. Les questionnaires destinés aux animateurs et aux participants étaient différents. Les questionnaires participants ont principalement²⁵² recherché à identifier leur appréciation sur l'organisation, le contenu, les modalités pédagogiques de la séance, et la séance en général²⁵³. (Annexe 1.A.d) Les questionnaires destinés aux pharmaciens animateurs ont porté sur un nombre plus important de critères (acquisition des modules de formation, préparation des séances, déroulé des séances, résultats, etc.), ils ont collecté des données objectives associées à la tenue des séances (nombre de médecins et pharmaciens présents, lieu, date des séances, etc.), mais également plus

²⁵¹ Ces questionnaires ont été remplis par les participants lors de leur entrée dans l'expérimentation, majoritairement avant la première séance mais également lors des séances ultérieures pour les participants ayant intégré l'expérimentation plus tardivement.

²⁵² Les questionnaires destinés aux participants ont été les mêmes pour tous les participants (médecins, pharmaciens, autres professionnels) car la constitution de questionnaires différents en fonction des professions ne nous a pas paru pertinente pour recueillir l'appréciation des professionnels vis-à-vis de la tenue et du déroulé des séances.

²⁵³ L'appréciation des participants a été recherchée vis-à-vis de paramètres spécifiques concernant l'organisation des séances (horaire, nombre de participants, etc.), leur contenu (qualité de l'information, réponse aux attentes, etc.), les modalités pédagogiques (réponse aux attentes) mais également vis-à-vis de leur appréciation générale relative à leur participation à la séance (apport de connaissances, impact sur la pratique, etc.).

subjectives associées à leur préparation et leur déroulé (interactivité avec les participants, etc.)²⁵⁴. (Annexe 1.A.f)

Afin de rendre le remplissage des questionnaires post séance le plus aisé possible et d'obtenir un nombre maximum de retours, nous avons intégré majoritairement des questions à choix multiples. Les deux versions de questionnaires post séance (animateurs, participants) ont été élaborées de manière complémentaire afin de croiser les informations récoltées auprès des animateurs et des participants²⁵⁵.

Le questionnaire post expérimentation avait comme principal objectif de recueillir, à la fin de l'expérimentation, le bilan des acteurs sur leur participation à leur Cercle ainsi que leurs avis plus général sur ce type de dispositif et sa possible généralisation. Les dimensions interrogées sont la satisfaction des acteurs (réponses aux attentes, appréciation générale), les effets des Cercles (apport pour la pratique, impact sur les relations interprofessionnelles) ainsi que les perspectives possibles (au sein de leur propre pratique personnelle mais également d'un point de vue des logiques professionnelles).

Comme le précédent, ce questionnaire a une version pour chaque catégorie de répondant (animateurs, participants). L'intégration plus prépondérante de questions ouvertes était justifiée par les thématiques à aborder (évolution des pratiques, intérêt personnel, etc.). De plus, dans l'hypothèse où certains Cercles, n'iraient pas au bout de l'expérimentation, une version différente des questionnaires pharmaciens animateurs et participants a été construite avec des items examinant les causes possibles de cet arrêt prématuré. (Annexes 1.A.h/1.A.i/1.A.j/1.A.k)

La passation aux participants et aux animateurs des questionnaires post expérimentation devait avoir lieu lors de la dernière séance de chaque Cercle. Cependant, pour les sites dont la dernière séance ne pourrait être identifiée comme telle *a priori*, la diffusion de ce questionnaire pouvait se faire via le pharmacien animateur dès lors qu'il nous aurait indiqué qu'aucune autre séance n'aurait lieu pour le Cercle.

²⁵⁴ Au sein de ce questionnaire, l'évaluation a porté sur des éléments spécifiques à la tenue des séances (contenu abordé) mais également à leur préparation (nombre d'heures réalisées, interactions en amont avec les participants, modalités pédagogiques envisagées). D'autre part, ce questionnaire a également abordé le déroulé de la séance à travers la pertinence et l'intensité des échanges menés au cours des séances ainsi que les résultats qui en sont ressortis.

²⁵⁵ La satisfaction des acteurs envers le temps imparti pour la tenue des séances ainsi que la pertinence et l'intensité des échanges entre acteurs au sein de celles-ci sont des critères dont l'analyse a pu être obtenue à travers le retour des pharmaciens animateurs et des participants.

Les entretiens

Pour les pharmaciens animateurs, les questionnaires sont complétés par des entretiens semi-directifs²⁵⁶. Quatre entretiens ont été prévus avec eux au cours de l'expérimentation.

Un entretien *a priori* portait sur les motivations et les attentes des pharmaciens animateurs envers le dispositif, à leur entrée dans l'expérimentation. (Annexe 1.A.a). Cet entretien a eu lieu entre la journée de présentation du projet expérimental (2 octobre 2018) et la tenue de la première séance.

Deux entretiens post-séance, un 15 jours après la première séance et un entre la troisième et la quatrième séance, avaient comme objectif de recueillir de manière approfondie et détaillée des informations sur la constitution des Cercles, le déroulé des séances, les résultats et impacts générés ainsi que sur la satisfaction du pharmacien animateur. (Annexes 1.A.e/1.A.g)

Un quatrième entretien était programmé à la fin de l'expérimentation. Plus précisément, cet entretien a eu lieu après la tenue de la dernière séance de chaque Cercle, que celui-ci soit ou pas allé au bout de l'expérimentation. Contrairement au trois précédents, il n'était pas destiné à tous les pharmaciens animateurs mais à ceux des sites dont le Cercle se serait arrêté prématurément. Cette grille d'entretien semi-directif a permis de récolter des informations complémentaires vis-à-vis de différents critères d'analyse (difficultés rencontrées, bilan, etc.).

Les entretiens post expérimentation menés auprès des pharmaciens animateurs des sites arrêtés prématurément ont été réalisés en collaboration avec deux sociologues de la santé. Les objectifs de ces entretiens étaient de rechercher les causes ayant pu, selon les animateurs, conduire à cet arrêt prématuré du dispositif et d'affiner leur bilan et les perspectives qu'ils donnaient malgré tout au dispositif. Les deux sociologues de la santé abordaient au cours de cet entretien, la manière dont ces pharmaciens animateurs étaient venus au métier de pharmacien et dont ils avaient vécu cette expérimentation. (Annexe 1.A.l)

Tous les entretiens se sont déroulés en distanciel, soit par téléphone ou par visioconférence. Ils ont tous été enregistrés afin de pouvoir être retranscrits avant analyse.

L'observation

L'observation *in situ* a été une troisième modalité de collecte d'information. Je devais assister, en observateur extérieur, aux deux premières séances et à la dernière séance de chaque Cercle²⁵⁷. Avec

²⁵⁶ Nous avons souhaité réaliser une analyse plus approfondie auprès des pharmaciens animateurs car ces derniers ayant contribué à l'implantation des Cercles et à la mise en place des séances, le recueil plus fourni de leurs perceptions envers le dispositif nous paraissait important. D'autre part, l'appropriation de l'exercice de pharmacien animateur étant jugée *a priori* comme un changement de pratique important, il nous a paru nécessaire de décrypter de manière plus développée la manière avec laquelle les pharmaciens animateurs avaient pu s'approprier cet exercice au sein de leur pratique.

l'appui d'une grille d'observation (Annexe 1.A.c), il s'agissait notamment de pouvoir en direct retranscrire le déroulé et les principaux points clés des séances mais aussi d'évaluer l'intensité des échanges entre participants et animateurs (interactions, pertinence). Le matériel collecté avec ces observations était à croiser avec les retours des acteurs (animateurs, participants) issus des questionnaires et des entretiens.

Au final, 10 outils de collecte de données ont été élaborés :

- 4 grilles d'entretiens semi-directifs (entretien *a priori*, post 1^{ère} et 3^{ème} séance et post expérimentation) destinés aux pharmaciens animateurs ;
- 5 questionnaires dont 3 destinés aux participants (questionnaires *a priori*, post séance et post expérimentation) et 2 destinés aux pharmaciens animateurs (questionnaires post séance et post expérimentation) ;
- une grille d'observation sur site destinée à l'analyse du déroulé des deux premières et de la dernière séance de chaque site.

Le tableau 13 récapitule et caractérise tous les outils élaborés pour alimenter en données l'évaluation de notre expérimentation.

²⁵⁷ La première séance a notamment servi de séance « test » au sein de laquelle les professionnels ont découvert le dispositif et ses modalités pour la plupart des sites. L'observation de la deuxième séance a permis d'avoir une observation plus aboutie puisque les participants avaient déjà découvert le dispositif auparavant.

TABLEAU 13 Récapitulatif des outils élaborés pour l'évaluation de l'expérimentation

Intitulé du questionnaire	Public ciblé	Indicateurs	Programmation envisagée
Entretien <i>a priori</i>	Pharmaciens animateurs	Recueil des attentes et motivations des pharmaciens animateurs envers le dispositif	Entre la journée de présentation co-organisée par l'UMDPCS - pharmaSuisse et la première séance
Questionnaire <i>a priori</i>	Participants	Recueil du niveau d'information des participants vis-à-vis du dispositif ainsi que leurs motivations à participer au dispositif	Entrée des participants au sein du dispositif
Grille d'observation sur site	Cercle	Recueil d'éléments du processus, modalités pédagogiques, interactions au sein de la séance	Première, deuxième et dernière séance
Entretien post 1^{ère} séance	Pharmaciens animateurs	Recueil de données relatives à différents critères (appropriation du e-learning, constitution du groupe, préparation et déroulé de la première séance, résultats, etc.).	Dans un délai de 15 jours après la première séance
Questionnaire post-séance participants	Participants	Recueil de données relatives à l'appréciation globale des participants quant à leur participation à la séance mais également spécifique vis-à-vis de paramètres plus précis (organisation, contenu, modalités pédagogiques, etc.)	À la fin de chacune des séances
Questionnaire post-séance pharmaciens animateurs	Pharmaciens animateurs	Recueil de données relatives à l'organisation (nombre de médecins et pharmaciens présents, lieu, date, etc.) mais également associées à différents paramètres d'analyse (préparation, déroulé de la séance, etc.)	Après chaque séance
Entretien post 3^{ème} séance	Pharmaciens animateurs	Recueil d'informations vis-à-vis de différents critères (appropriation du e-learning, constitution du groupe, préparation et déroulé des séances, résultats, etc.).	Entre la 3 ^{ème} et la 4 ^{ème} séance
Questionnaire post-expérimentation	Participants et pharmaciens animateurs	Recueil d'informations sur différents critères d'évaluation : satisfaction des acteurs (réponses aux attentes, appréciation générale), effets des Cercles (apport pour la pratique, relations interprofessionnelles), perspectives (pratique personnelle, logiques professionnelles)	À la fin de l'expérimentation
Entretien post expérimentation (<i>mené en collaboration avec deux sociologues de la santé</i>)	Pharmaciens animateurs pour lesquels l'expérimentation n'a pu aboutir à la mise complète du dispositif	Recueil d'informations sur les raisons ayant conduit à un arrêt prématuré de leur Cercle, la manière avec laquelle ils avaient vécu cette expérience et quels en étaient leur bilan et les perspectives envisagées pour ce dispositif	À la fin de l'expérimentation

1.2.3.2) Modes de traitement et de présentation des résultats

Les données issues des questionnaires ont été saisies et traitées dans des fichiers Excel. Les indicateurs prévus ont été calculés selon les dimensions prévues (par Cercle, par séance, par profession, par animateur). Comme ils s'expriment souvent en nombre ou fréquence, des histogrammes ont été assez systématiquement construits pour illustrer leurs valeurs.

Chaque entretien a été retranscrit sur un document Word et exploité sans logiciel mais à partir d'une grille d'analyse des entretiens. (Annexe 1.B) Les verbatims ont été déconstruits afin de rassembler les extraits par thème, en fonction des axes et des critères que nous souhaitons étudier.

Les données recueillies étant nombreuses, nous avons décidé de les regrouper par critère d'analyse, pour leur présentation, afin de faciliter leur lecture et leur analyse. Cette retranscription fournie est réalisée de manière détaillée dans le document en annexe intitulé « Recueil des données de l'expérimentation », annexe non présente au sein de la version publiée du manuscrit.

Dans la section 2 qui suit, nous présentons les résultats de manière uniforme. Pour chaque critère abordé, nous précisons le type d'outil de collecte utilisé (ex : entretien *a priori*) puis nous présentons les résultats en rappelant la question qui a été posée et détaillons ensuite les résultats quantitatifs de manière globale, puis de manière plus détaillée en spécifiant le site et la profession du répondant le cas échéant. En fonction des critères abordés, les données qualitatives provenant de déclarations issues des questionnaires ou des entretiens (verbatim) ou de mes observations sur site, sont intégrées à la suite des résultats quantitatifs. Cette présentation des résultats, qui est aussi celle du dossier annexe « Recueil des données de l'expérimentation » est cohérente avec l'objectif de triangulation des données que nous nous sommes donné pour l'évaluation. Il s'agira donc, pour un même critère étudié, de croiser les résultats obtenus à partir des différentes sources (observations, animateurs, participants) mais également permis à partir des différents outils de collecte employés pour une même source (entretiens, questionnaires).

Pour permettre une identification facilitée des acteurs intervenant dans cette expérimentation, un chiffre a été associé à chaque site d'expérimentation et un chiffre et une lettre ont été attribués au profil de chaque pharmacien animateur, le même chiffre désignant le rattachement au même site d'expérimentation.

Dans la section 2 qui suit, nous avons exposé les résultats qui nous ont paru les plus pertinents pour les domaines d'analyse visés et pour répondre à nos hypothèses de recherche. Cependant, nous avons retranscrit quand cela nous a paru pertinent, en bas de page, pour ne pas alourdir la présentation, des précisions complémentaires.

Nous décrivons pour les différents critères d'évaluation prévus, les résultats obtenus pour l'ensemble des sites, puis nous les détaillerons par des éléments quantitatifs ou qualitatifs plus spécifiques associés au contexte des sites et aux acteurs, pour une analyse plus fine de ces critères. Des renvois seront faits tout au long de l'exposé des résultats vers le document annexe « Recueil des données de l'expérimentation » pour accéder aux données exhaustives correspondantes (ex : Annexe 5.A).

Certains participants ou animateurs n'ayant pas répondu à toutes les questions des questionnaires, nous préciserons le nombre de « répondants » effectifs lors de l'analyse de chaque question.

Pour les différents domaines étudiés (implantation des Cercles, mis en place et fonctionnement des séances, etc.), un encadré reprend les points clés afin de souligner les principaux éléments à retenir.

Notre approche et nos outils méthodologiques qui viennent d'être présentés ont produit des données riches et précises qui, nous allons le voir dans la section suivante, ont permis de répondre à notre objectif d'une évaluation d'une première implantation de GPMP en France, les Cercles de notre expérimentation.

Section 2 : Évaluation des Cercles : implantation, fonctionnement et appréciation des professionnels

L'évaluation des Cercles va être présentée en trois temps, chacun contribuant à apprécier la faisabilité d'un tel dispositif dans le paysage des soins primaires et pour une nouvelle logique de régulation de la prescription en médecine de ville.

L'analyse de l'implantation de nos Cercles expérimentaux doit permettre dans un même temps de nous renseigner sur la faisabilité de cette première étape et de définir le cadre dans lequel les Cercles ont ensuite fonctionné. Cette analyse permettra d'avoir différentes données relatives à cette étape, du recrutement des pharmaciens animateurs aux caractéristiques des sites d'expérimentation.

Les données décrivant le fonctionnement des Cercles nous diront à la fois en quoi a consisté la préparation et le déroulé des séances, comment notre modèle de Cercle est apparu praticable. Nous verrons ainsi comment les Cercles ont fonctionné et ont évolué au sein des différents sites d'expérimentation.

Enfin, un tel dispositif ne pouvant se diffuser que si les professionnels concernés y adhèrent et sont prêts à y contribuer, la perception de leur participation et contribution au dispositif, l'apport tout comme l'intérêt rencontré, ou au contraire les difficultés ou insatisfactions ressenties sont des éléments clés. La satisfaction des professionnels envers le dispositif, qu'ils soient animateurs ou participants, sera ainsi abordée.

De manière complémentaire et en vue d'évaluer une potentielle diffusion de cette pratique, l'apport des Cercles pour les pratiques professionnelles ainsi que les conditions nécessaires seront abordés à travers les résultats et impacts déclarés et observés mais également à travers le point de vue des acteurs.

2.1) Implantation des Cercles : du recrutement des pharmaciens animateurs aux caractéristiques des sites d'expérimentation

L'implantation des Cercles va être évaluée à travers trois dimensions : les caractéristiques des pharmaciens animateurs recrutés, la constitution des Cercles formés ainsi que les caractéristiques des sites d'expérimentation. Ces caractéristiques seront celles constatées au moment de la mise en place de la première séance. Ces données initiales nous renseignent à la fois sur les modalités, la faisabilité de cette première étape, définissent le cadre dans lequel les Cercles ont ensuite fonctionné et permettront de suivre leur évolution dans le temps. Dans nos hypothèses, plusieurs de ces caractéristiques initiales pourraient influencer le fonctionnement ensuite des Cercles (le statut du pharmacien, le profils des participants, les caractéristiques du territoire, etc.). Il est donc aussi nécessaire de les préciser.

Dans un premier temps, nous retranscrivons les caractéristiques des pharmaciens animateurs recrutés. L'objectif est notamment de mettre en évidence si le recrutement des pharmaciens animateurs a conduit à une certaine diversité chez les pharmaciens animateurs. Nous détaillons quels sont les profils de ces derniers (âge, sexe, statut professionnel, etc.) ainsi que les motivations *a priori* qui les ont conduits à participer à cette expérimentation.

Dans un second temps, nous abordons la manière avec laquelle les Cercles se sont constitués. Ainsi, nous décrivons les caractéristiques des Cercles implantés, à travers la configuration d'animation choisie, la manière dont le recrutement des participants a eu lieu ainsi que les caractéristiques de ces derniers.

Les Cercles s'intégrant dans un contexte territorial et organisationnel donné, nous présenterons ensuite les caractéristiques des sites d'expérimentation. L'objectif est notamment de mettre en évidence si le recrutement des pharmaciens animateurs et la constitution des Cercles ont conduit à l'intégration de sites présentant des similitudes mais également des caractéristiques différentes. Nous explicitons le profil de ces sites à travers des critères comme le positionnement du ou des pharmacien(s) animateur(s) au sein des sites, l'intensité des relations interprofessionnelles au début de l'expérimentation, mais également le contexte territorial et organisationnel associé des sites d'expérimentation.

L'analyse est basée principalement sur les retours des participants recueillis lors du questionnaire *a priori*, sur ceux des pharmaciens animateurs lors de l'entretien *a priori* et post 1^{ère} séance. Mes

observations sur site lors de la première séance ainsi que celles réalisées lors du pilotage du projet auprès des pharmaciens animateurs viennent compléter ces résultats.

2.1.1) Caractéristiques des pharmaciens animateurs recrutés

2.1.1.1) Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles

Nous avons recruté 12 pharmaciens animateurs présentant des profils différents que ce soit au regard de leur âge, de leur expérience mais également de leur statut professionnel principal (pharmacien titulaire, adjoint, etc.).

Les caractéristiques de chaque pharmacien animateur sont détaillées tableau 14. Nos pharmaciens animateurs sont pour 8 d'entre eux des femmes et 4 sont des hommes, leur âge moyen est de 36,4 ans²⁵⁸. Ce sont donc majoritairement des pharmaciens animateurs dont la sortie de la formation initiale est assez proche. (Annexe 2A)

La majorité des pharmaciens animateurs, neuf d'entre eux, exercent en officine, certains comme titulaires (*Pharmaciens animateurs 3,6A,6B,7B et 8*), d'autres comme adjoints (*Ph. anim. 1,2A,2B et 9*). Les 3 autres pharmaciens animateurs recrutés exercent avec d'autres statuts professionnels principaux : chez un prestataire de services (*Ph. anim. 4*), comme coordinateur au sein d'un pôle de santé (*Ph. anim.5*), en tant que pharmacien hospitalier (*Ph. anim. 7A*). Ainsi, hormis les pharmaciens animateurs 7A et 9 qui ont suivi un cursus de formation hospitalière, tous les autres pharmaciens animateurs ont suivi un cursus officinal lors de leur formation initiale. Tous les pharmaciens animateurs recrutés ont eu une expérience officinale au cours de leurs expériences professionnelles hormis le pharmacien animateur 7A. Le pharmacien animateur 4 a, pour sa part, une expérience en pharmacovigilance mais également en tant que formateur au sein de la formation continue. (Annexe 2A)

²⁵⁸ Au moment de leur entrée dans l'expérimentation, leur âge varie entre 25 ans et 51 ans.

TABLEAU 14 Tableau récapitulatif des caractéristiques des pharmaciens animateurs recrutés pour l'expérimentation

	<i>Sexe</i>	<i>Statut professionnel</i>	<i>Formation Initiale</i>
Ph. anim. 1	<i>Masculin</i>	<i>Pharmacien adjoint</i>	<i>Officinale</i>
Ph. anim. 2A	<i>Féminin</i>	<i>Pharmacien adjoint</i>	<i>Officinale</i>
Ph. anim. 2B	<i>Féminin</i>	<i>Pharmacien adjoint</i>	<i>Officinale</i>
Ph. anim. 3	<i>Féminin</i>	<i>Pharmacien titulaire</i>	<i>Officinale</i>
Ph. anim. 4	<i>Féminin</i>	<i>Pharmacien auprès d'un prestataire de santé, formateur en formation continue</i>	<i>Officinale</i>
Ph. anim. 5	<i>Féminin</i>	<i>Directeur d'un Pôle de Santé</i>	<i>Officinale</i>
Ph. anim. 6A	<i>Masculin</i>	<i>Pharmacien titulaire</i>	<i>Officinale</i>
Ph. anim. 6B	<i>Féminin</i>	<i>Pharmacien titulaire</i>	<i>Officinale</i>
Ph. anim. 7A	<i>Féminin</i>	<i>Pharmacien hospitalier</i>	<i>Hospitalière</i>
Ph. anim. 7B	<i>Masculin</i>	<i>Pharmacien titulaire</i>	<i>Officinale</i>
Ph. anim. 8	<i>Masculin</i>	<i>Pharmacien titulaire</i>	<i>Officinale</i>
Ph. anim. 9	<i>Féminin</i>	<i>Pharmacien adjoint</i>	<i>Hospitalière</i>

2.1.1.2) Motivations a priori des pharmaciens animateurs

L'analyse des motivations *a priori* des pharmaciens animateurs au moment de leur entrée dans l'expérimentation permet de mieux définir, pour chacun d'entre eux, leurs attentes vis-à-vis de cette expérimentation.

Les éléments collectés lors de l'entretien *a priori* soulignent que le développement des interactions et de la collaboration médecins-pharmaciens est la motivation la plus citée pour leur participation à cette expérimentation (citée par 9 sur 12²⁵⁹). En complément, les autres motivations citées sont de pouvoir contribuer à l'optimisation de la qualité de la prescription médicamenteuse (*Ph. anim. 1,4,5 et 9*), à l'amélioration de la prise en charge des patients (citée par les *Ph. anim. 2 A et 2B*), d'être dans une démarche intégrant un volet médico-économique (*Ph. anim. 4 et 9*) ou encore le fait d'« avoir un discours commun avec les médecins » (*Ph. anim. 8*).

Des attentes axées sur les compétences professionnelles ont également été mentionnées telles que le fait de « faire reconnaître les compétences du pharmacien » (*Ph. anim. 1 et 7B*), de « se positionner comme acteur de santé » (*Ph. anim. 8*), « l'épanouissement professionnel de pouvoir transmettre ses compétences » (*Ph. anim. 9*), le fait de « remettre ses connaissances à jour » (*Ph. anim. 6B*) ainsi qu'« assoir ses connaissances sur le médicament » (*Ph. anim. 8*).

Outre ces attentes, le côté innovant du projet (*Ph. anim.1*) et son appui universitaire (*Ph. anim. 5*) ont représenté d'autres sources de motivation des pharmaciens animateurs pour participer à l'expérimentation. (Annexe 2B)

2.1.2) Constitution des Cercles

2.1.2.1) Portage de l'animation

À partir des 12 pharmaciens animateurs recrutés et des territoires associés à leur exercice, 6 d'entre eux ont souhaité porter l'animation de leur Cercle en binôme. L'expérimentation porte sur 9 Cercles, avec un portage en solo dans 6 Cercles et donc pour 6 pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 1,3,4,5,8 et 9*) et en binôme pour 3 Cercles pour les 6 autres pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 2A, 2B, 6A, 6B,7A et 7B*).

En croisant modalités d'animation (solo, binôme) et statut professionnel des pharmaciens animateurs, on obtient les configurations suivantes du portage de l'animation des Cercles :

- un seul pharmacien adjoint (dans deux Cercles avec respectivement les *Ph. anim. 1 et 9*) ;
- un seul pharmacien titulaire (dans deux Cercles avec respectivement les *Ph. anim. 3 et 8*) ;

²⁵⁹ *Ph. anim. 2 A, 2B, 3, 5, 6A et B, 7A et B et 9*

- un seul pharmacien non officinal (dans deux Cercles avec respectivement les *Ph. anim. 4 et 5*) ;
- un binôme de pharmaciens adjoints (dans un Cercle avec les *Ph. anim. 2A et 2B*) ;
- un binôme de pharmaciens titulaires (dans un Cercle avec les *Ph. anim. 6A et 6B*) ;
- un binôme constitué d'un pharmacien titulaire (*Ph. anim. 7B*) et d'un pharmacien hospitalier (*Ph. anim. 7A*) pour un Cercle.

2.1.2.2) Constitution des Cercles

Une fois la configuration de leur portage d'animation définie, les pharmaciens animateurs ont pu constituer leur Cercle en recherchant ses participants. Cette constitution des Cercles s'est réalisée de manière différente en fonction des territoires.

Le recrutement des participants s'est réalisé, selon les territoires, soit de manière directe entre pharmaciens et participants dans le cadre de relations préexistantes entre eux, soit à la suite d'échanges téléphoniques (*Cercles. 1,3,4,5,7A et 9*). Le recrutement des participants a été facilité, pour deux Cercles, grâce à certains médecins participants qui ont sollicité des confrères de leur groupe de pairs (*Cercles 1 et 4*).

Cette étape de constitution des Cercles a nécessité plus de temps pour certains Cercles (*Cercles 2, 6 et 7*) car elle a nécessité de présenter d'abord le projet, d'expliquer la démarche aux professionnels et valider le projet avec eux. À titre d'exemple, la constitution des Cercle 6 et 7 a pris respectivement environ 8 et 11 mois entre le moment de la présentation du projet aux médecins d'une MSP de ces territoires et la réalisation de la première séance²⁶⁰. Pour certains Cercles (*Cercles 2 et 6*), leur constitution a rencontré des difficultés (problème de date, de réponse des participants, etc.) lors de la mise en place de la première séance qui a notamment dû être reprogrammée à deux reprises.

Les détails relatifs à la constitution des Cercles sont présentés Annexe 4, un résumé des principales étapes de leur constitution est en Annexe 4.E.

La constitution des Cercles a rencontré des dynamiques différentes en fonction des territoires Elle a été :

- « *Aisée* » pour les Cercles dont le recrutement des participants n'a pas demandé un temps d'investissement important (*Cercles 3,5,8 et 9*) ;
- « *Facilitée* » pour les Cercles où certains médecins participants ont contribué à recruter d'autres confrères (*Cercles 1 et 4*) ;

²⁶⁰ Une présentation du projet a eu lieu auprès des médecins d'une MSP attenante au territoire au mois de mai 2018 pour le Site 7 et au mois de septembre de 2018 pour le Site 6, avec une tenue de la première séance pour ces deux sites au mois de mai 2019.

- « *Non aisée* » pour les Cercles dont la constitution a rencontré des difficultés et a nécessité un investissement en temps important pour les pharmaciens animateurs (*Cercles 2, 6 et 7*).

Nous allons maintenant décrire les caractéristiques des participants qui ont intégré l'expérimentation à la suite de cette étape.

2.1.2.3) *Caractéristiques des participants*

Au moment de la tenue effective de la première séance, les 9 Cercles rassemblaient 66 participants dont 47 médecins généralistes, 3 médecins hospitaliers, 13 pharmaciens officinaux, 1 infirmière, 1 coordinatrice et 1 interne en médecine générale. L'âge moyen des médecins généralistes et pharmaciens officinaux était de 48,1 ans et ce groupe comprenait 30 femmes et 30 hommes. Parmi ces médecins et pharmaciens officinaux participants, 36 participants étaient rattachés à une structure d'exercice coordonné et parmi les 47 médecins généralistes participants, 18 faisaient partie d'un groupe de pairs. (Annexe 5.A.a)

Au regard des participants à la première séance, les Cercles peuvent être décrits à travers différents critères :

- le nombre de participants, allant de 4 (*Cercle 3*) à 10 participants (*Cercle 8*) ;
- la profession des participants, certains Cercles étant composés uniquement de médecins généralistes (*Cercles 2, 3 et 8*) alors que pour d'autres, la proportion de pharmaciens officinaux était plus importante (*près de la moitié pour les Cercles 6 et 9*) ;
- l'âge des participants, qui en moyenne va de 39,6 ans (*Cercle 4*) à 59,0 ans (*Cercle 3*) ;
- le rattachement des participants à une structure d'exercice coordonné, plus important pour certains Cercles (*10 part. sur 10 pour le Cercle 8*) que pour d'autres (*aucun pour le Cercle 3*) ;
- la participation des médecins participants à un groupe de pairs, plus importante pour certains Cercles (*6 méd. sur 7 pour le Cercle 5*) que pour d'autres (*aucun pour le Cercle 3 et 9*). (Annexe 5.A.a)

Le détail des caractéristiques associées à chaque Cercle est retranscrit au sein du tableau 15 page 217.

Dans le questionnaire *a priori*, les participants devaient préciser leur motivation à intégrer ce dispositif. Les items qui concentrent les motivations les plus importantes sont par ordre décroissant :

- un échange avec des confrères (*86,5 % soit 77 participants sur 89*) ;
- l'indépendance du dispositif envers les laboratoires pharmaceutiques (*80,9 % soit 72 participants sur 89*) ;
- avoir des données pharmacothérapeutiques pour accompagner leur pratique (*79,8 % soit 71 participants sur 89*) ;

- un échange avec un pharmacien du territoire (77,1 % soit 64 participants sur 83) ;
- l'indépendance du dispositif envers l'Assurance maladie (61,8 % soit 55 participants sur 89). (Annexe 5.A.b)

Aucun lien n'apparaît entre l'ordre des motivations, les caractéristiques des Cercles ou des participants.

Chaque Cercle s'intègre dans un contexte territorial particulier, que nous allons maintenant présenter. Rappelons que nous emploierons le terme « site » pour désigner le contexte dans lequel chaque Cercle s'est implanté.

2.1.3) Caractéristiques des sites d'expérimentation

Les caractéristiques du contexte territorial de chaque Cercle vont être décrites à travers trois paramètres : le positionnement du pharmacien animateur au sein du site, l'intensité initiale des relations interprofessionnelles entre participants du Cercle, le contexte géographique et organisationnel du site.

2.1.3.1) Positionnement du pharmacien animateur au sein du site

Le statut professionnel et le type de rattachement du ou des pharmacien(s) animateur(s) au sein des sites d'expérimentation renvoient à quatre catégories :

- un pharmacien titulaire et dont l'exercice quotidien est rattaché au site d'expérimentation (*Ph. anim. 3, 6A, 6B, 7B et 8*) ;
- un pharmacien adjoint et dont l'exercice quotidien est rattaché au site d'expérimentation (*Ph. anim. 1, 2A, 2B et 9*) ;
- un pharmacien animateur non officinal et dont l'exercice quotidien est rattaché au site d'expérimentation (*Ph. anim. 5 et 7A*) ;
- un pharmacien animateur non officinal et dont l'exercice quotidien n'est pas directement rattaché au site d'expérimentation (*Ph. anim. 4*). (Annexe 2.A)

Ainsi, hormis le pharmacien animateur 4, tous les pharmaciens animateurs vont animer leur Cercle sur le territoire où ils exercent leur fonction principale.

2.1.3.2) Intensité initiale des relations interprofessionnelles entre participants du Cercle

L'intensité initiale des relations interprofessionnelles entre participants au sein de chaque Cercle au début de l'expérimentation est hétérogène selon les sites. À partir des retours des participants, de ceux des pharmaciens animateurs ainsi que de mes observations sur site lors de la première séance et lors du pilotage du projet, les sites peuvent être regroupés en trois niveaux quant aux relations interprofessionnelles :

- « *Élevées* » avec des collaborations antérieures ou actuelles ayant déjà abouti à des actions collectives (parcours « patients hypertendus », sevrage tabagique pendant le « mois sans tabac », etc.) et des interactions déjà bien développées entre médecins et pharmaciens participants (*Sites 5,8 et 9*) ;
- « *Modérées* », avec des interactions dans les pratiques professionnelles quotidiennes sans que des actions interprofessionnelles ne soient effectives (*Sites 1,2,3,6 et 7*) ;
- « *Peu développées* », avec une absence d'interactions antérieures ou actuelles entre la majorité des participants (*Site 4*). (Annexes 11.A.a/ 11.A.b/ 14.A.a /14.A.b)

2.1.3.3) Contexte géographique et organisationnel des sites d'expérimentation

Le contexte d'implantation des sites peut également être décrit à travers différentes caractéristiques géographiques et organisationnelles :

- la région française d'appartenance : Bourgogne-Franche Comté, Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine et Auvergne-Rhône-Alpes ;
- la densité populationnelle du territoire couverte par le Cercle, intégrant des territoires pouvant être caractérisés comme « urbains » (*Site 5, 6 et 8*), « semi-ruraux » (*Sites 1 et 7*) ou « ruraux » (*Sites 3 et 9*) ;
- la zone territoriale couverte par le Cercle ; certains Cercles s'étant constitués :
 - o au sein d'un quartier (*Site 8*), d'une ville (*Site 6*) ou d'un arrondissement (*Site 5*) d'une agglomération urbaine,
 - o au sein d'un village (*Site 3*) ou d'une ville semi-rurale (*Site 7*),
 - o sur une zone territoriale rassemblant des professionnels exerçant sur un rayon de plus 15 kms qu'ils aient un lien entre eux par leur rattachement à une structure d'exercice coordonné (*Site 9*) ou non (*Site 1, 2 et 4*) ;
- l'existence et le rattachement de l'expérimentation à une structure d'exercice coordonné (MSP, Pôle de Santé, CPTS, etc.) :
 - o l'absence de structure d'exercice coordonné au sein du territoire (*Site 3*),
 - o la présence d'une structure d'exercice coordonné au sein du territoire sans que l'expérimentation ne soit portée par cette structure (*Sites 1,2, 4 et 7*),
 - o la présence d'une structure d'exercice coordonné au sein du territoire qui a intégré l'expérimentation dans ses projets collectifs (*Sites 5, 8 et 9*). (Annexe 5.B)

Comme nous le souhaitons, la mise en place de l'expérimentation a conduit à un recrutement de pharmaciens animateurs, à la constitution de Cercles et à l'intégration de sites d'expérimentation qui présentent des caractéristiques diverses et variées. Cette diversité des caractéristiques sera à prendre en considération dans l'analyse que nous mènerons sur la faisabilité des Cercles, certaines d'entre elles pouvant représenter des leviers ou des freins pour un tel dispositif.

TABLEAU 15 Tableau récapitulatif des caractéristiques des sites d'expérimentation

Site	Territoire d'expérimentation						Cercle						
	Zone territoriale couverte par le Cercle	Densité pop zone territoire	Structures d'ex. coord. sur le territoire	Rattach. du projet à la struct. d'ex. coord.	Intensité des relat. Exis. entre professionnels	Profil des Animateurs	Taille initiale du groupe	Nombre de méd. gé.	Nombre de pharm. off.	Âge moyen (ans)	Nombre de part. rattachés à structure ex. coord.	Nombre de part. rattachés à groupe de pairs	Constitution du Cercle
Site 1	Plusieurs communes distantes sur un rayon de 10 kms	Semi-rurale	1 MSP et 1 cabinet médical	Non	Moderée	Un pharmacien officiel adjoint du territoire (Ph. anim. 1)	8 part.	6	2	51,1	6	4	Facilitée via les médecins
Site 2	Deux communes distantes de 10 kms	Rurale	1 MSP	Non	Moderée	Un binôme de deux pharmaciens adjoints du territoire (Ph. anim. 2A et 2B)	3 part.	3	0	53,3	0	1	Non aisée
Site 3	Deux villages distants de 10 kms	Rurale	Un cabinet médical	Non	Moderée	Un pharmacien titulaire du territoire (Ph. anim. 3)	4 part.	4	0	59,0	0	0	Aisée
Site 4	Plusieurs communes sur un rayon de 15 kms	Semi-urbaine	2 MSP	Non	Peu développée	Un pharmacien autre exerçant hors territoire (Ph. anim. 4)	7 part.	5	2	39,6	5	3	Facilitée via les médecins
Site 5	Pôle de santé d'une métropole urbaine	Urbaine	Pôle de santé intégrant 4 MSP	Oui	Elevée	Un pharmacien coordinateur pôle de santé du territoire (Ph. anim. 5)	8 Part.	7	1	46,5	6	7	Aisée
Site 6	Commune dans une métropole urbaine	Urbaine	1 MSP	Non	Moderée	Un binôme de deux pharmaciens titulaires du territoire (Ph. anim. 6A et 6B)	7 part.	4	3	51,3	2	0	Non aisée
Site 7	Une seule commune	Semi-rurale	2 MSP	Non	Moderée	Un binôme d'un pharmacien titulaire et un pharmacien hospitalier du territoire (Ph. anim. 7A et 7B)	10 part.	4	2	53,1	4	1	Non aisée
Site 8	MSP d'un quartier d'une métropole urbaine	Urbaine	1 MSP	Oui	Elevée	Un pharmacien titulaire du territoire (Ph. anim. 8)	12 part.	10	0	41,3	10	2	Facilitée via les médecins
Site 9	Plusieurs communes sur un rayon de 20 kms	Rurale	1 Pôle de Santé intégrant 2 MSP	Oui	Elevée	Un pharmacien adjoint du territoire (Ph. anim. 9)	7 part.	4	3	47,7	6	0	Aisée

Points clés 2.1 : Implantation des Cercles

Principales caractéristiques

- *12 pharmaciens animateurs recrutés avec des profils divers (statut professionnel, âge, sexe, expériences professionnelles)*
- *9 Cercles constitués présentant des caractéristiques variées (configuration du portage de l'animation, dynamique de constitution, caractéristiques des participants (nombre, profession, etc.))*
- *9 sites d'expérimentation intégrés avec des profils divers (région, zone territoriale couverte, densité populationnelle, rattachement du projet à une structure d'exercice coordonné, intensité des relations interprofessionnelles)*

Motivation des acteurs

- *Le développement de la collaboration médecins-pharmaciens et l'optimisation de la qualité de la prescription médicamenteuse comme principales sources de motivation chez les pharmaciens animateurs*
- *Les caractéristiques du dispositif (échanges avec des confrères, indépendance du dispositif envers les laboratoires pharmaceutiques, données pharmacothérapeutiques pour accompagner la pratique, échange avec un pharmacien du territoire, etc.) contribuant grandement à la motivation des participants à participer au projet*

2.2) Fonctionnement des Cercles : de la préparation au déroulé des séances

Le fonctionnement des Cercles va être décrit à travers trois dimensions : les caractéristiques associées à la tenue des séances, leur préparation et leur déroulé.

Les caractéristiques générales associées à la tenue des séances vont être abordées à travers le nombre de séances réalisées, le nombre et les caractéristiques des participants au sein des différentes séances ainsi qu'avec des données organisationnelles associées à leur tenue (lieu, durée, horaire). Un des objectifs sera de mettre en évidence les dynamiques rencontrées par les Cercles sur les différents sites.

L'analyse de la préparation des séances portera sur celle du temps consacré par les pharmaciens animateurs à cette préparation ainsi que sur les modalités préparatoires employées. La contribution des participants à la préparation des séances sera également présentée tout comme la manière dont les données de prescription des médecins généralistes participants ont pu être intégrées.

Le déroulé des séances permettra de détailler les thèmes et sujets traités au sein des séances, les modalités pédagogiques et d'animation utilisées ainsi que l'intensité des échanges au cours des séances, que ce soit entre participants ou avec le ou les pharmacien(s) animateur(s). Nous préciserons également si des propositions de consensus de pratique ont été évoquées lors de ces séances.

Les analyses qui suivent ont utilisé les données issues des questionnaires post séance renseignés par les pharmaciens animateurs mais également mes observations sur site ou faites lors du pilotage du projet.

2.2.1) Caractéristiques générales associées à la tenue des séances

2.2.1.1) Durée de l'expérimentation et nombre de séances réalisées

La mise en place de l'expérimentation était prévue initialement sur un an et demi, de janvier 2019 à juin 2020. La situation sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a entraîné des difficultés à partir du printemps 2020 pour la mise en place des dernières séances de l'expérimentation²⁶¹. Afin de permettre aux différents sites de réaliser le nombre de séances initialement envisagées, il a été décidé de prolonger l'expérimentation de six mois. Le contexte sanitaire a représenté un frein à la tenue normale des séances (mobilisation des professionnels de santé, séances non réalisables en présentiel) et pour la programmation initiale. L'impact est hétérogène selon les sites. Les dynamiques déjà instaurées sur certains sites ont malgré tout pu se poursuivre, alors que sur les sites où l'implantation des séances était déjà plus difficile, ces dynamiques ont été fragilisées.

²⁶¹ Au printemps 2020, quelques sites ont pu suivre le rétroplanning envisagé avec la réalisation de trois séances, alors que pour d'autres, seule une voire deux séances ont pu être réalisées à ce moment de l'expérimentation.

Fin décembre 2020, compte tenu du nombre de séances réalisées sur certains sites (5 séances pour les Sites 1, 4 et 4 séances pour le Site 9) et d'une dynamique qui ne repartait dans d'autres, il a été décidé de clore l'expérimentation. Un prolongement de ce projet de quelques mois n'aurait eu que peu d'incidence sur les résultats et analyses de l'expérimentation.

Au final, 24 séances ont eu lieu sur l'ensemble des 9 sites sur les années 2019 et 2020. Le tableau 16 illustre le nombre de séances réalisées par site ainsi que les dates pour lesquelles ces séances se sont tenues.

TABLEAU 16 Nombre et dates des séances réalisées par site au cours de l'expérimentation

		Site 1	Site 2	Site 3	Site 4	Site 5	Site 6	Site 7	Site 8	Site 9
Nombre de séances réalisées		5	2	1	5	2	1	2	2	4
Date des séances	Séance 1	14/03/19	07/05/19	24/09/19	11/04/19	16/05/19	16/05/19	02/05/19	19/03/19	16/04/19
	Séance 2	20/06/19	24/10/19		10/07/19	12/09/19		05/11/19	02/07/19	01/10/19
	Séance 3	19/09/19			27/11/19					03/03/20
	Séance 4	30/01/20			11/03/20					30/06/20
	Séance 5	17/09/20			07/11/20					

Comme le montre les données du tableau 16, le déroulé de l'expérimentation a connu des dynamiques diverses en fonction des sites. Certains sites comme les Sites 3 et 6 n'ont réalisé qu'une seule séance alors que d'autres sites comme les Sites 1 et 4 ont réalisé la totalité des séances programmées soit 5 séances. Initialement prévue en moyenne tous les 4 mois au sein du rétroplanning, la fréquence des séances pour les sites où au moins trois séances ont eu lieu, a été de 3 mois et demi pour les Sites 1 et 4, et de 6 mois pour le Site 9²⁶². (Annexe 7 A.e)

Les 3 sites qui ont réalisé la totalité ou la quasi-totalité des séances prévues au cours de cette expérimentation (Sites 1, 4 et 9) seront dénommés sites « *Exp. Tot.* »²⁶³ dans la suite du texte, pour faciliter les présentations. L'arrêt de l'expérimentation dans les Sites 2 et 7 s'est produit en partie en raison de l'abandon d'un des deux pharmaciens animateurs de ces sites, l'un pour des raisons de santé (*Ph. anim. 2A*), l'autre pour des raisons non explicitement données (*Ph. anim. 7B*). Ces deux sites étaient animés en binôme, mais les deux pharmaciens animateurs restants n'ont pas souhaité poursuivre seul l'animation de leur Cercle.

²⁶² La 5^{ème} séance n'est pas prise en compte dans ce calcul car cette dernière séance s'est déroulée pour ces 3 sites avec un décalage par rapport au planning prévisionnel dû aux problématiques sanitaires liées à la Covid-19.

²⁶³ Nous avons notifié ces sites « *Exp. Tot.* » pour les distinguer de ceux qui se sont arrêtés prématurément suite à la tenue d'une seule ou de deux séances réalisées (Sites 2, 3, 5, 6, 7 et 8).

2.2.1.2) Nombre et caractéristiques des participants à l'issue de l'expérimentation

À l'issue de l'expérimentation, 104 professionnels ont participé à au moins une séance, et on recense 212 participations à une séance. Rapporté aux 24 séances réalisées, le nombre de participants par Cercle est en moyenne 8,8 participants par séance.

Parmi ces 104 participants, on dénombre 59 médecins généralistes, 3 médecins hospitaliers, 28 pharmaciens officinaux, un pharmacien hospitalier, 3 infirmières, 8 internes en médecine générale et 2 coordonnatrices. Il est à noter que des externes en médecine ont également participé à certaines de ces séances²⁶⁴. (Annexe 7.A.a)

Le nombre et les caractéristiques des médecins généralistes et pharmaciens officinaux ayant participé à au moins une séance au cours du dispositif sont détaillés par site dans le tableau 17.

TABLEAU 17 Nombre et caractéristiques par site des médecins généralistes et pharmaciens officinaux participants

		Site 1		Site 2		Site 3		Site 4		Site 5		Site 6		Site 7		Site 8		Site 9		Total	
Médecins	Fem.	10	5	6	2	4	3	7	3	8	4	4	2	4	2	10	6	6	4	59	31
	Hom.		5		4		1		4		4		2		2		4		2	28	28
Pharm.	Fem.	11	9	1	1	0	0	5	3	1	1	3	1	3	2	0	0	4	1	28	18
	Hom.		2		0		0		2		0		2		1		0		3	10	10
Âge moyen (ans)		49,4		54,3		59		39,6		45,2		51,3		52,3		41,3		42,9		47,1 ans	
Groupes de pairs		5		2		0		3		8		0		1		2		0		21	
Ex. Coord.	Méd.	8	7	2	2	0	0	6	5	7	7	2	2	4	4	10	10	8	6	47	43
	Pharm.		1		0		0		1		0		0		0		0		2	4	4
Types de structure		SISA (1 part.), MSP (1 part.), Cabinet pluriprofessionnel (1 part.), ESP/Asalée (1 part.)		MSP (1 part.), Centre de Santé (1 part.)				MSP (4 part.), Pôle de Santé (1 part.), Asalée (1 part.)		MSP/ CPTS (7 part.)		MSP (2 part.)		MSP (4 part.)		MSP (10 part.)		MSP (5 part.), Pôle de Santé (2 part.)			

La comparaison des données du tableau 15 (p.217) et du tableau 17 montre que le nombre de médecins généralistes et de pharmaciens officinaux participants a augmenté de manière non négligeable au cours de l'expérimentation (*passant de 60 au début à 87 participants à l'issue de l'expérimentation, soit +45,0%*).

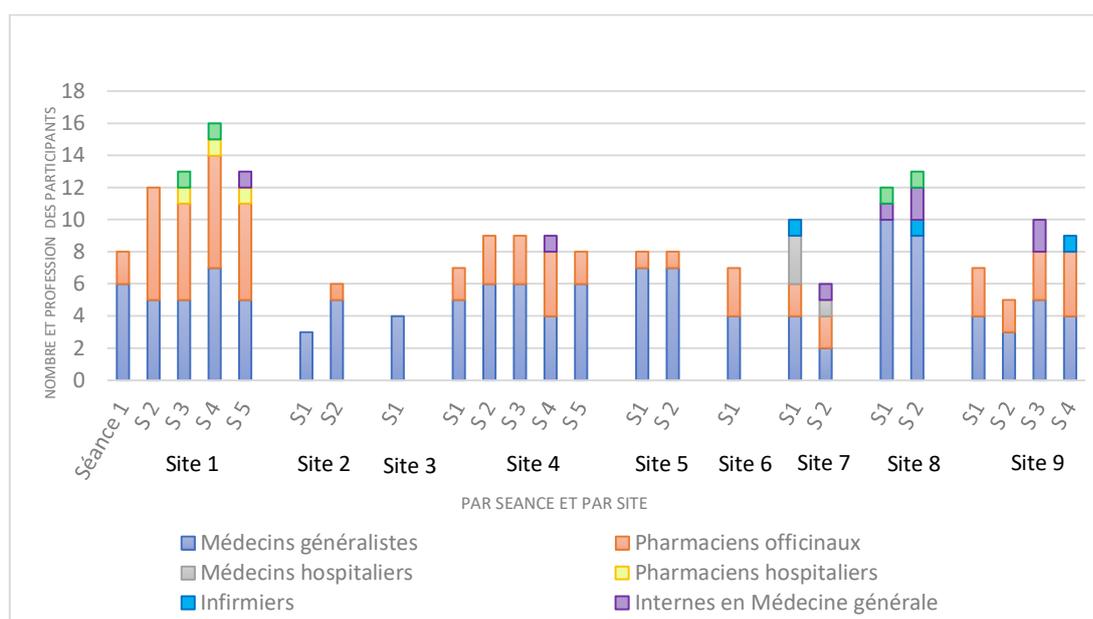
Les participants qui ont rejoint l'expérimentation sont en nombre proche de médecins généralistes et de pharmaciens officinaux (*+12 méd. et +15 pharm.*). L'intégration de ces nouveaux participants contribue à diminuer l'âge moyen de l'effectif de participants (*-0,7 ans*) traduisant l'intégration de jeunes professionnels avec une part plus importante de professionnels féminins (*+19 femmes pour + 8 hommes*). Par ailleurs, au sein des 27 médecins généralistes et pharmaciens officinaux

²⁶⁴ Deux externes en médecine étaient présents au sein de la séance 2 du Site 8 ainsi qu'un externe au sein des séances 1 et 3 du Site 9.

supplémentaires, on dénombre par rapport aux professionnels du départ de l'expérimentation une part plus modérée de professionnels rattachés à une structure d'exercice coordonné (+8 *part. sur 27 nouveaux part.*) ainsi que de médecins généralistes assistant par ailleurs à des groupes de pairs (+ 3 *méd. sur 12 nouveaux médecins*). Le recrutement de ces nouveaux participants a été réalisé soit directement par le pharmacien animateur, soit par contact direct de la part des participants.

La figure 2 illustre l'évolution du nombre et de la catégorie professionnelle des participants par site au cours de l'expérimentation. Ces évolutions sont différentes selon les Cercles.

FIGURE 2 Nombre et profession des participants lors des différentes séances de l'expérimentation



Pour les sites « *Exp. Tot.* », le nombre de participants est resté constant (*Site 4*) ou a augmenté (*Sites 1 et 9*) au cours de de l'expérimentation. Pour les autres sites qui ont réalisé au moins deux séances, le nombre de participants est resté globalement constant (*Sites 5 et 8*), voire a augmenté (*Site 2*). Seul le *Site 7* a vu le nombre de participants diminuer entre la 1^{ère} et la 2^{ème} séance (*passant de 10 à 6 participants*).

Deux médecins hospitaliers participants du *Site 7* ont par ailleurs contribué, l'un après l'autre, avec le binôme de pharmaciens animateurs de ce site (*Ph. anim. 7A et 7B*) à la mise en place et à l'animation des deux premières séances du Cercle.

Alors que la composition des Cercles n'a pas ou peu évolué sur certains sites (*Sites 5 et 8*), celle d'autres sites a enregistré une intégration comparable de nouveaux médecins et pharmaciens au fil des séances (*Sites 4,9*) voire une intégration plus prépondérante de nouveaux médecins (*Site 2*) ou de nouveaux pharmaciens (*Site 1*). Par ailleurs, certains sites ont intégré d'autres professionnels soit de manière continue avec l'intégration du même pharmacien hospitalier au sein de plusieurs séances (*Site 1*), soit de manière plus ponctuelle à travers l'intégration d'un coordinateur de MSP (*Site 1*),

d'infirmières (*Sites 8 et 9*) voire d'internes en médecine générale (*Sites 1,4,7,8 et 9*) lors d'une ou plusieurs séances. (Annexe 7.A.a)

2.2.1.3) Lieux, durée et horaire des séances

Concernant les paramètres organisationnels associés à la tenue des séances, la durée moyenne des 24 séances de l'expérimentation est évaluée à 2h06 minutes. Cette durée moyenne est la même quel que soit le thème abordé²⁶⁵. À l'inverse, la durée des séances est très variable selon le site, s'établissant alors entre 1h23 min à 2h42 min²⁶⁶. (Annexe 7.A.b)

Concernant l'horaire des séances, la grande majorité des séances se sont déroulées en soirée à 20h (*pour 17 séances des Sites 1,2,3,4,6,7 et 9*). Au sein de deux autres sites (*Sites 5 et 8*), ces séances se sont déroulées lors de la pause méridienne, à 13h sur le Site 5 (*2 séances*) et à 13h30 en moyenne pour le Site 8 (*2 séances*). L'horaire des séances a été initialement déterminé par les pharmaciens animateurs au regard de la configuration des sites et des Cercles. Ainsi, un horaire en soirée a semblé préférable pour les Cercles dont les participants exerçaient sur des lieux d'exercice divers afin qu'ils puissent plus facilement participer aux séances. Le choix de positionner les séances en journée au moment de la pause méridienne a été privilégié pour les sites où le dispositif a été intégré dans les projets d'une structure d'exercice coordonné. (Annexe 7.A.c)

Au cours de l'expérimentation, les séances se sont majoritairement déroulées dans des locaux de structures de soins (*10 séances au sein de MSP, 4 séances au sein de cabinets médicaux, 2 séances au sein d'un Pôle de santé, 2 séances au sein d'un hôpital*). Les autres séances se sont tenues soit au domicile du pharmacien animateur (*3 séances*), dans la pharmacie d'un des pharmaciens participants (*1 séance*), dans une salle municipale (*1 séance*), voire par visioconférence (*1 séance*) en raison des contraintes sanitaires liées à la Covid-19. Les séances de certains sites (*Sites 4,5 et 8*) se sont toujours déroulées au sein d'une seule et même structure d'exercice coordonné, alors que pour un site (*Site 1*), ces séances se sont déroulées au sein de plusieurs structures de soins (*1 MSP et 1 cabinet médical*). (Annexe 7.A.d)

Le choix de la localisation des séances a ainsi été dépendant de la configuration des sites d'expérimentation, notamment en fonction des contraintes et des possibilités offertes par ces derniers.

²⁶⁵ Les durées moyennes des séances en fonction des thèmes abordés sont les suivantes : Thème « antibiothérapie » : 2h 02 min, Thème « antalgiques-AINS » : 2h 06 min, Thème « médicaments du tractus gastro-intestinal » : 2h 05 min, Thème « médicaments et personne âgée » : 2h10 min et Thème « médicaments antidépresseurs » : 2 h15min.

²⁶⁶ Les durées moyennes des séances par site sont les suivantes : Site 1 (*5 séances*) : 1h55 min ; Site 2 (*2 séances*) : 1h52 min ; Site 3 (*1 séance*) : 2h ; Site 4 (*5 séances*) : 2h42 min ; Site 5 (*2 séances*) : 2h15 min ; Site 6 (*1 séance*) : 1h45 min ; Site 7 (*2 séances*) : 2h ; Site 8 (*2 séances*) : 1h23 min et Site 9 (*4 séances*) : 2h08 min.

2.2.2) Préparation des séances

2.2.2.1) Temps et modalités préparatoires des séances

Au cours de cette expérimentation, les pharmaciens animateurs devaient s'approprier un module de formation pour la préparation de chaque séance. Le temps moyen d'acquisition d'un module de formation par pharmacien animateur est estimé à 11h56 min par séance. Un temps de recherche d'informations complémentaires a parfois été nécessaire, et ce pour 15 des 24 séances réalisées. Cette recherche d'informations complémentaires a mobilisé en moyenne le pharmacien animateur sur 2h16 min par séance²⁶⁷. La préparation logistique et pédagogique des séances (choix de la date, du lieu, des sujets, préparation des supports, etc.) représente, pour sa part, un temps moyen estimé à 14h11 min par séance²⁶⁸. Au total, le temps consacré à la préparation complète des séances (acquisition du module de formation, recherche d'informations complémentaires, préparation logistique et pédagogique) est donc estimé en moyenne à 28h23 min²⁶⁹ par séance. (Annexes 8.A.a/8.A.b/8.A.c)

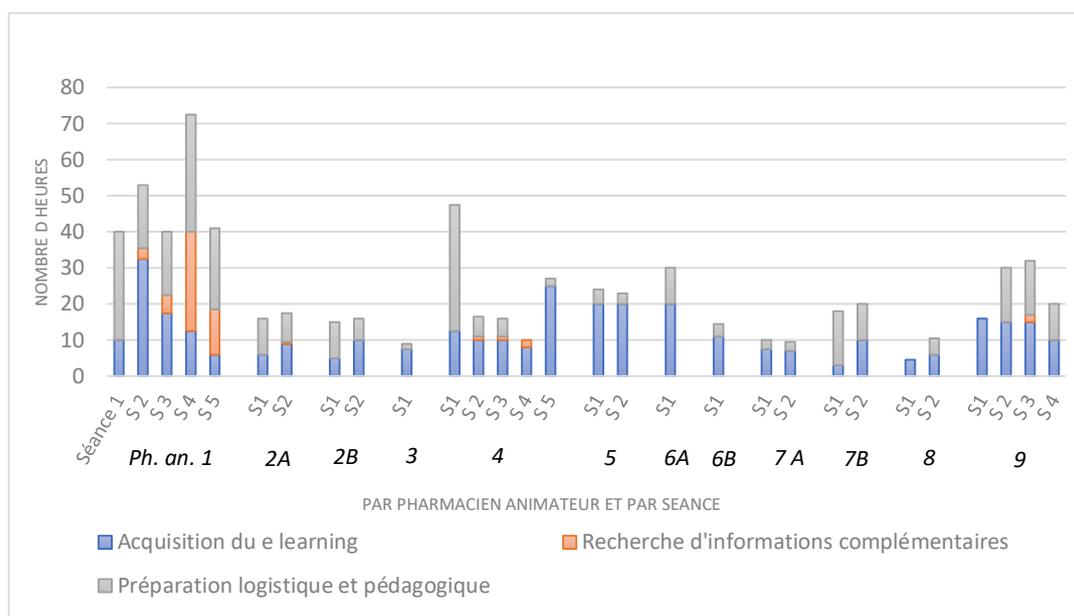
Afin de détailler de manière plus précise le temps investi par chaque pharmacien animateur dans la préparation des séances ainsi que la manière avec laquelle ce temps a évolué au cours de l'expérimentation, nous avons retranscrit figure 3 le temps investi par pharmacien animateur pour chacune de ces étapes préparatoires (acquisition du module de formation, recherche d'informations complémentaires, préparation logistique et pédagogique) et pour toutes les séances réalisées.

²⁶⁷ Nous avons obtenu ce temps moyen en rapportant aux 24 séances réalisées, le temps total mentionné par les pharmaciens animateurs pour cette recherche d'informations complémentaires.

²⁶⁸ Ce temps moyen est estimé à partir du temps de préparation des 21 séances, parmi les 24 effectives, pour lesquelles nous avons pu avoir cette information.

²⁶⁹ Pour obtenir ce résultat, nous additionnons le temps moyen associé aux différentes étapes préparatoires réalisées en amont des séances (acquisition du module de formation, recherche d'informations complémentaires, préparation logistique et pédagogique).

FIGURE 3 Temps investi par pharmacien animateur pour chaque étape préparatoire pour l'ensemble des séances réalisées



Le temps investi pour la préparation des séances apparaît très variable en fonction du pharmacien animateur.

Le temps d'acquisition des modules de formation²⁷⁰ a été d'une durée moyenne de 5h15 min pour le pharmacien animateur 8 à 20h pour le pharmacien animateur 5 (2 séances chacun). Pour les 3 sites « Exp. Tot. » (Sites 1,4 et 9), le temps d'acquisition moyen des modules de formation est proche entre pharmaciens animateurs (Ph. anim. 1 (5 séances) : 15h42 min ; Ph. anim. 4 (5 séances) : 13h06 min ; Ph. anim. 9 (4 séances) : 14h). Par ailleurs, ce temps d'acquisition se différencie en fonction des thèmes abordés²⁷¹. (Annexe 8.A.a)

L'entretien mené auprès des pharmaciens animateurs à l'issue de la première séance a permis de mettre en évidence que chaque pharmacien s'était approprié le module de formation en ligne de manière différente pour la préparation de la première séance. L'appropriation de ce module de formation s'est déroulée sur un temps plus ou moins long en fonction des pharmaciens animateurs (de 3 à 4 jours de suite (Ph. anim. 3) voire sur 15 jours (Ph. anim. 1)) ; le pharmacien animateur 1 se l'étant même réapproprié à deux reprises. Le temps investi ainsi que les modalités mises en place par les pharmaciens animateurs pour s'approprier le module de formation ont dépendu de la manière dont

²⁷⁰ Les temps moyens d'acquisition des modules de formation par pharmacien animateur sont les suivants : Ph. anim. 1 (5 séances) : 15h42 min ; Ph. anim. 2A (2 séances) : 7h30 min ; Ph. anim. 2B (2 séances) : 7h30 min ; Ph. anim. 3 (1 séance) : 7h30 min ; Ph. anim. 4 (5 séances) : 13h06 min ; Ph. anim. 5 (2 séances) : 20h ; Ph. anim. 6A : (1 séance) 20 h ; Ph. anim. 6B (1 séance) : 11h ; Ph. anim. 7A (2 séances) : 7 h15 min ; Ph. anim. 7B (2 séances) : 6h30 min ; Ph. anim. 8 (2 séances) : 5h15 min et Ph. anim. 9 (4 séances) : 14h.

²⁷¹ Les temps moyens d'acquisition des modules de formation en fonction des thèmes abordés sont les suivants : Thème « antibiothérapie » (9 sites) : 10h25 min ; Thème « antalgiques-AINS » (7 sites) : 13h16 min ; Thème « médicaments du tractus gastro-intestinal » (3 sites) : 14h10 min ; Thème « médicaments et personne âgée » (3 sites) : 10h10 min et Thème « antidépresseurs » (2 sites) : 15h30 min.

chaque pharmacien animateur a souhaité aborder l'acquisition de ces nouvelles connaissances mais également de son temps disponible pour préparer les séances. (Annexe 8.A.a)

Concernant la recherche d'informations complémentaires, cette étape n'a pas été réalisée par tous les pharmaciens animateurs (comme *Ph. anim. 7A et 8*). Le pharmacien animateur 1 a fait cette recherche pour la préparation de la majorité de ses séances (*4 séances sur 5*). Lorsqu'elle est réalisée, le temps moyen investi pour cette recherche est très variable en fonction du pharmacien animateur, allant de 15 minutes par séance pour le pharmacien animateur 2A à 9h36 min pour le pharmacien animateur 1²⁷². (Annexe 8.A.b)

Concernant l'étape de préparation logistique et pédagogique des séances, le temps consacré est aussi très variable selon le pharmacien animateur et le site, allant de 3 h30 min en moyenne par séance pour le pharmacien animateur 5 (*2 séances*) à 24 h pour le pharmacien animateur 1 (*5 séances*)²⁷³. (Annexe 8.A.c) On peut observer toutefois que cette étape de préparation logistique et pédagogique est l'étape la plus chronophage pour la majorité des pharmaciens animateurs.

La préparation des supports pédagogiques (élaboration d'un diaporama, définition des axes de travail, etc.) représente une part non négligeable du temps de préparation, comme mentionné par certains pharmaciens animateurs pour qui l'élaboration du diaporama a représenté un peu moins de 10 heures lors de la préparation de la première séance (*Ph. anim. 4*)²⁷⁴. Ce temps d'élaboration des supports pédagogiques varie aussi selon les séances, notamment lorsqu'un diaporama élaboré par un ou des autres pharmaciens animateurs était rendu disponible pour les autres pharmaciens animateurs (*séance 1 des Sites 3 et 5, séance 2 des Sites 2 et 7*). Cette possibilité accompagnée par la coordination réalisée tout au long de l'expérimentation a été un appui souligné par certains pharmaciens animateurs notamment pour la préparation de la 1^{ère} séance (*Ph. anim. 3 et 6B*). (Annexe 8.A.c)

L'élaboration du contenu (choix des sujets) et la préparation logistique (choix de la date, lieu) des séances furent majoritairement réalisées à travers des échanges de mails et des appels téléphoniques avec les participants. Elle a surtout pris du temps pour la mise en place de la première séance qui de façon générale a été la plus consommatrice de temps²⁷⁵.

²⁷² Ces temps moyen de recherche d'informations complémentaires sont obtenus en rapportant le temps total attribué à cette étape par chaque pharmacien animateur pour l'ensemble des séances réalisées pour son Cercle.

²⁷³ Les temps moyens attribués par site et par pharmacien animateur à la préparation des séances sont les suivants : Ph. anim. 1 (*5 séances*) : 24h ; Ph. anim. 2A et 2B confondus (*2 séances*) : 17h - (*Ph. anim. 2A : 9 h et 2B : 8h*) ; Ph. anim. 3 (*1 séance*) : 1h30 min ; Ph. anim. 4 (*4 durées communiquées sur les 5 séances réalisées*) : 11h53 min ; Ph. anim. 5 (*2 séances*) : 3h30 min ; Ph. anim. 6 A et 6B confondus (*une séance*) : 13h30 min - (*Ph. anim. 6A : 10 h et 6B : 3h30*) ; Ph. anim. 7A et 7B confondus (*2 séances*) : 15h - (*Ph. anim. 7A : 2h30 et 7B : 12h30*) ; Ph. anim. 8 (*une durée communiquée sur les 2 séances réalisées*) : 4h30 min ; Ph. anim. 9 (*3 durées communiquées sur les 4 séances réalisées*) : 13h20 min.

²⁷⁴ Propos recueillis lors de l'entretien post 1^{ère} séance

²⁷⁵ Le temps de préparation associé à la préparation de la première séance est plus important car il a intégré également des réunions d'accompagnement par l'UMDPCS (2 à 3 en fonction des sites) en plus du travail déjà décrit.

La figure 3 (page 225) permet également de souligner que le temps d'appropriation du module de formation a eu globalement tendance à diminuer au fil des séances pour les pharmaciens animateurs des sites « Exp.Tot. » (*Ph. anim. 1,4 et 9*). A contrario, le temps global de préparation ne semble pas avoir diminué au cours de l'expérimentation pour ces pharmaciens.

L'analyse de ces données ne permet pas de mettre en évidence que l'expérience acquise par les pharmaciens animateurs, lors de la préparation des premières séances, ait pu conduire à un temps de travail préparatoire plus réduit pour la préparation des séances ultérieures car chaque thème abordé a redemandé un travail d'appropriation spécifique.

2.2.2.2) Contribution des participants à la préparation des séances

Lors de la préparation des séances, une contribution des participants pouvait être demandée en amont des séances que ce soit à travers le choix des sujets à aborder au cours des séances ou avec d'autres actions (proposition d'ordonnances, de cas cliniques, etc.).

Les participants ont été sollicités pour proposer des sujets dans 13 des 24 séances. Certains pharmaciens animateurs ne l'ont jamais fait (*Ph. anim. 1 et 3*) alors que d'autres l'ont fait pour toutes leurs séances (*Ph. anim. 2A, 2B, 7A, 7B, 8 et 9*). (Annexe 9.A.a)

Au cours de l'expérimentation, les pharmaciens animateurs ont globalement demandé une contribution plus importante aux participants, avec des demandes de cas cliniques voire d'ordonnances leur ayant posé problèmes. L'objectif pour les pharmaciens animateurs était de répondre de manière plus pertinente aux besoins des participants lors des séances.

De manière plus spécifique, dans les 7 sites où des pharmaciens étaient participants (*Sites 1,2,4,5,6,7 et 9*), ces derniers ont contribué à la préparation d'un tiers des séances réalisées, et plus particulièrement à partir de la 2^{ème} séance²⁷⁶. (Annexe 9.A.b)

Lors du questionnaire post expérimentation, 4 pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 1, 5,7A et 9*) déclarent avoir disposé de plus d'éléments spécifiques de la part des médecins et des pharmaciens participants pour préparer la tenue de leur dernière séance. Cette contribution s'est traduite par l'« apport de sujets et besoins précis de la part des médecins » (*Ph. anim. 9*), la « demande de questions des médecins et des pharmaciens » (*Ph. anim. 1*), l'« apport de cas cliniques par les médecins » (*Ph. anim.5*) mais également à travers la mise à disposition de « données issues de la gestion de stock de l'officine » (*Ph. anim. 5 et 7A*). (Annexe 9.A.b)

Si la contribution des participants a augmenté au fil du temps, dans les différents questionnaires post séance, les pharmaciens animateurs ont évalué malgré tout majoritairement « peu satisfaisante » la

²⁷⁶ Des interactions ont eu lieu entre pharmaciens animateurs et pharmaciens participants en amont de la deuxième séance des Sites 1, 2, 5 et 9 ; en amont de la troisième séance des Sites 1,4 et 9 et en amont de la cinquième séance du Site 1.

contribution à la préparation des séances des médecins participants²⁷⁷ et des pharmaciens participants²⁷⁸. Cette appréciation générale plutôt négative n'a pas évolué au cours des séances. Si elle domine, elle n'est toutefois pas complètement partagée puisque les pharmaciens des Sites 1, 8 et 9 ont mieux évalué ces contributions en les jugeant quant à eux « *satisfaisante* ». Dans ces sites, les médecins ont proposé des questions précises ou ont défini les sujets à aborder²⁷⁹ alors que les pharmaciens participants ont réalisé un travail de requête de données de prescription par l'intermédiaire de leur logiciel de délivrance. (Annexe 9.A.b.)

La contribution des médecins et des pharmaciens participants à la préparation des séances ne s'est pas réalisée de manière similaire en fonction des sites. Elle a conditionné en partie le temps consacré par les pharmaciens animateurs à leur préparation ainsi que les modalités pédagogiques employées pour le déroulé des séances (sujets abordés, outils de travail, etc.).

2.2.2.3) Intégration des données de prescription des médecins généralistes

La mise à disposition des données de prescription des médecins généralistes était un paramètre initialement prévu dans le dispositif pour préparer les séances mais aussi pour faire interagir les médecins participants sur leurs pratiques de prescription.

Malheureusement une seule séance (*séance 5 du Site 4*) sur les 24 réalisées a pu intégrer ces données de prescription des médecins participants, données issues des bases de données de l'Assurance maladie. En effet, seul le travail réalisé en collaboration avec la CPAM de l'Isère a pu aboutir à l'élaboration d'indicateurs portant sur la thématique des antidépresseurs, thématique abordée lors de la 5^{ème} séance.

Des indicateurs proches de ceux établis dans le modèle suisse des CQ ont pu être alors élaborés. Les données ont été recueillies sur une année de prescription pour chaque médecin du Cercle. Un profil comparatif a été réalisé par rapport à l'ensemble des médecins du Cercle et du département. Les indicateurs suivants ont été retenus : répartition de la patientèle et de la prescription médicamenteuse rattachée à la prescription d'antidépresseurs, répartition des principales classes d'antidépresseurs prescrites (Inhibiteur de la Recapture de Sérotonine (IRS), imipraminiques, atypiques), répartition des principales molécules prescrites au sein de chaque classe pharmacologique (ex pour IRS: *citalopram*,

²⁷⁷ Au sein des questionnaires post séance, 63,2% des retours (12 retours sur 19) des pharmaciens animateurs estiment la collaboration en amont des séances avec les médecins participants comme « *peu satisfaisante* » (contre 6 retours « *satisfaisante* » et un retour « *très satisfaisante* »).

²⁷⁸ Au sein des questionnaires post séance, 50% des retours (7 retours sur 14) des pharmaciens animateurs estiment la collaboration en amont des séances avec les pharmaciens participants comme « *peu satisfaisante* » (contre 3 retours « *satisfaisante* », 3 retours « *très satisfaisante* » et un retour « *pas du tout satisfaisante* »).

²⁷⁹ Les séances pour lesquelles des questions ont été proposées en amont des séances par les médecins participants (*séances 2 et 5 du Site 1, séance 1 du Site 9*) sont associées à une satisfaction exprimée des pharmaciens animateurs 1 et 9 envers cette contribution. De plus, la satisfaction exprimée par le pharmacien animateur 8 envers la contribution des médecins participants de son site en amont des séances peut résider en partie au choix des sujets établi par ces derniers lors des staffs qui se sont déroulés un mois avant la tenue des deux séances réalisées et qui ont permis à ce dernier d'optimiser le temps consacré à leur préparation.

escitalopram, etc.), pour atypique: *duloxétine*, *venlafaxine*, etc.). Une estimation du coût total de la prescription d'antidépresseurs ainsi que ce coût par patient traité ont été fournies pour chaque médecin, pour l'ensemble des médecins du Cercle et pour tous les médecins du département. Ces données étaient aussi disponibles par classe pharmacologique.

Un modèle fictif de profil, qui a été remis à chaque médecin généraliste participant lors de cette séance est présenté en Annexe 6.A.c.

L'impossibilité pour la quasi-totalité des séances d'utiliser les données de l'Assurance maladie a partiellement été compensée par la contribution de certains pharmaciens participants qui ont collecté via leur Logiciel d'Aide à la Délivrance (LAD), la répartition des molécules prescrites et délivrées au sein de chaque site (*séance 2 des Sites 1 et 7 ; séance 3 des Sites 1 et 4*). De manière parallèle, les pharmaciens animateurs ont pu également contribuer à cette même requête de données, soit via leur logiciel de délivrance (*Ph. anim. 8*) soit via le logiciel partagé de la structure d'exercice coordonné du site (*Ph. anim. 9*). Ces données de prescription issues de logiciels métiers (officine, structure d'exercice coordonné) ont pu être requêtées pour la préparation de 7 séances et ont été utilisées comme support d'échanges. Elles ont concerné les prescriptions d'AINS et/ou d'opioïdes de pallier II (*séance 2 des Sites 1, 7, 8 et 9*) ainsi que celles d'IPP (*séance 3 des Sites 1, 4 et 9*) au sein des sites. Ces données ne répondent pas à l'apport qu'auraient pu avoir des données des CPAM, il ne s'agit pas de données décrivant les prescriptions de chaque médecin d'un Cercle mais de données plus globales sur les molécules prescrites au sein des sites.

Après avoir décrit la préparation des séances, nous allons maintenant étudier la manière dont les séances se sont déroulées.

2.2.3) Déroulé des séances

2.2.3.1) Sujets traités lors des séances

Dans chacune des 5 thématiques proposées, les sujets traités sont divers, même si certains d'entre eux sont plus présents que d'autres. La coordination mise en place tout au long de l'expérimentation a permis de diffuser les sujets traités pour chaque thématique donnée. Ainsi, parfois, pour une thématique, le sujet traité par le premier site abordant cette thématique a été repris par les autres pharmaciens animateurs lorsqu'ils arrivaient à cette thématique.

À titre d'exemples, les sujets majoritairement traités sur l'ensemble des sites sont :

- pour la séance 1 : « *Consommation en antibiotiques et antibiorésistance* » (*Sites 1,2,3,5,6 et 7*), « *Prise en charge des infections urinaires* » (*Sites 2,3,4,5,6,7 et 9*), « *Bon usage des fluoroquinolones* » (*Sites 2,3,4,5 et 9*) ;

- pour la séance 2 : « *Choix entre les AINS* » (Sites 1,2,4,7,8 et 9), « *Choix entre les antalgiques de palier II* » (Sites 1,2,4,7 et 9) ;
- pour la séance 3 : « *Déprescription des IPP* » (Sites 1,4 et 9). (Annexe 7.B.b)

À l'inverse, l'« *utilisation d'une fluoroquinolone au long cours dans le cas d'une suspicion de prostatite chronique* » (séance 1 sur Site 4) ainsi que l'« *utilisation des antidépresseurs chez des personnes sous méthadone ou cyamémazine* » (séance 5 sur Site 1) ont été des sujets spécifiques traités au sein de certains sites suite à des demandes exprimées en amont des séances par les médecins participants²⁸⁰. (Annexe 7.B.b)

La majorité des sujets envisagés par les pharmaciens animateurs ont pu être traités au cours des séances. Lors des questionnaires post séance, le temps imparti pour mener les séances a été estimé par les pharmaciens animateurs comme « *satisfaisant* » pour la majorité des séances réalisées (27 retours sur 28) et ce sur l'ensemble des sites²⁸¹. (Annexe 12.A.b)

2.2.3.2) Modalités pédagogiques et d'animation utilisées

Dans les modalités pédagogiques et d'animation, l'élaboration d'un diaporama faisait partie des prérequis pour le déroulé des séances. Ce diaporama a effectivement été élaboré et utilisé lors de toutes les séances. Il a repris les points clés des sujets traités (références bibliographiques, recommandations, autres sources, etc.). En complément de ce support, différentes approches ont été utilisées pour amener les participants à travailler sur leurs pratiques et les faire interagir entre eux.

Des cas cliniques effectifs ou inspirés de la propre pratique des pharmaciens animateurs ont été utilisés lors du déroulé de la première séance de l'ensemble des sites (*hormis pour le Site 8*) ainsi que pour la seconde séance du Site 5. Pour les séances qui ont suivi, d'autres méthodes ont été mobilisées. L'utilisation d'ordonnances réelles ou inspirées de la pratique, posant questions ou ayant posé des problèmes, a été la modalité d'animation majoritairement privilégiée (*séance 2 des Sites 1, 2 et 9 ; séance 3 du Site 1 et séances 4 et 5 des Sites 1 et 4*). L'utilisation d'un quiz a été une autre modalité d'animation pour certains pharmaciens animateurs, au début ou à la fin (*séances 2 et 3 du Site 9*), ou au cours des séances (*séances 3, 4 et 5 du Site 4*) pour venir rythmer leur déroulé. (Annexe 7.B.a)

Au sein des sites « *Exp. Tot.* », selon les pharmaciens animateurs et les caractéristiques du Cercle, les méthodes pédagogiques et d'animation ont présenté certaines spécificités. En effet, alors que le pharmacien animateur 1 a eu pour fil conducteur un travail majoritairement basé sur l'analyse des

²⁸⁰ L'intégration de questions spécifiques émanant des médecins participants en amont des séances a été réalisée lors du déroulé de 4 séances. Ces questions ont porté sur « *les études et les recommandations existantes vis-à-vis de l'utilisation du Lyrica® dans la sciatique ou la place du Versatis® dans les douleurs mécaniques du genou* » (séance 2 du Site 5), sur la pertinence de « *l'utilisation d'une fluoroquinolone au long cours dans le cas d'une suspicion de prostatite chronique* » (séance 1 du Site 4), la perspective de « *prévoir des non répondants à la codéine au tramadol* » (séance 2 du Site 1) ainsi que l'« *utilisation des antidépresseurs chez des personnes sous méthadone ou cyamémazine* » (séance 5 du Site 1).

²⁸¹ Lors des questionnaires post séance, le temps imparti au déroulé des séances a été estimé par les pharmaciens animateurs comme « *satisfaisant* » et « *très satisfaisant* » pour respectivement 23 et 4 retours (contre 1 retour « *insatisfaisant* »).

ordonnances des médecins généralistes de son territoire, les pharmaciens animateurs 4 et 9 ont conduit, pour leur part, leurs séances autour de questions ouvertes ou par l'intermédiaire de quiz pour amener les échanges et les réflexions.

Lors des questionnaires post séance, les méthodes pédagogiques et d'animation utilisées au cours des séances ont semblé adéquates pour la majorité des pharmaciens animateurs (23 retours sur 28)²⁸². (Annexe 12.B)

Lors du questionnaire post expérimentation adressé aux pharmaciens animateurs, 3 d'entre eux (*Ph. anim 1, 4 et 5*) confirment avoir fait évoluer leurs méthodes pédagogiques et d'animation au cours de l'expérimentation. Au sein des autres sites, les pharmaciens animateurs (*Ph. anim.2A, 2B, 7A, 7B et 8*) n'ont pas eu le temps de faire évoluer leurs modalités d'animation, ces derniers s'étant principalement appuyés sur le diaporama élaboré au préalable. (Annexe 12.B)

L'apport des différentes méthodes est précisé. L'utilisation du diaporama a permis d'avoir « *un support pour l'animation* » (*Ph. anim. 2A*), notamment pour la « *transmission des informations* » (*Ph. anim. 8*). L'utilisation de cas cliniques, utilisés principalement lors du déroulé de la première séance, a « *permis de voir que tous les médecins et pharmaciens n'avaient pas les mêmes pratiques* » (*Ph. anim. 6A*). Cependant, sur le site 5, leur utilisation à travers des « *cas trop simples par rapport aux problèmes réels* » n'a « *pu amener à la discussion* » (*Ph. anim. 5*). Ce constat a notamment conduit le pharmacien animateur 5 à recueillir auprès des participants, en amont de la deuxième séance, des cas cliniques plus complexes (*ex : échappement thérapeutique dans le cadre de douleurs rachidiennes*) ainsi que des questions ayant posé des problèmes effectifs (*ex : usage des morphiniques dans les douleurs non cancéreuses chez la personne âgée*) pour rendre la séance plus pertinente. L'utilisation d'ordonnances effectives au sein du Site 1 a permis de faire interagir les prescripteurs sur leurs propres pratiques de prescription. (Annexes 7.B.a/ 12.B)

Tout comme le diaporama, un compte rendu, fait par le pharmacien animateur et destiné aux participants, devait être réalisé pour chaque séance. Chaque animateur avait la liberté de concevoir son compte rendu comme il le souhaitait. Dans le cadre de la coordination du dispositif, la mise à disposition des diaporamas et des comptes rendus sur la plateforme en ligne, a permis aux pharmaciens animateurs de s'appuyer sur ceux déjà établis pour d'autres séances afin de faciliter leur démarche. Les comptes rendus ont repris les points clés abordés au cours des séances, en rappelant les propositions de consensus évoqués au cours des séances mais également en répondant à des questions soulevées par certains participants lors de la séance. Un exemple de compte rendu est notamment présenté en Annexe 7.B.d.

²⁸² Lors des questionnaires post séance, 57,7% (15 retours sur 28) et 28,6% (8 retours sur 28) des retours des pharmaciens animateurs font part que ces méthodes ont répondu respectivement « *en grande partie* » et « *totale*ment » à leurs attentes (contre 2 retours « *assez peu* » et un retour « *pas du tout* »).

2.2.3.3) Intensité des échanges lors des séances

L'intensité des échanges entre acteurs (participants, animateurs) au cours des séances est un paramètre qui nous semble important pour juger du déroulé des séances. L'esprit des GPMP et donc de nos Cercles n'est pas seulement d'apporter aux professionnels des connaissances mais de les amener à analyser, débattre de leur pratique. Il est possible de distinguer les échanges entre participants et les échanges entre l'animateur et les participants.

Lors des questionnaires post séance, les pharmaciens animateurs évaluent l'interactivité des échanges entre participants comme globalement satisfaisante pour la majorité des séances réalisées (19 retours sur 22) et ce sur l'ensemble des sites²⁸³. Sur certains sites (Sites 4 et 9), l'interactivité des échanges entre participants a même été jugée « très satisfaisante » pour près de la moitié des séances réalisées au sein de ces sites. (Annexe 11.A.a) De même, la pertinence²⁸⁴ des échanges au cours des séances a été jugée par les pharmaciens animateurs comme globalement satisfaisante pour la majorité des séances réalisées (27 retours sur 29) et ce sur l'ensemble des sites²⁸⁵. (Annexe 11.A.c)

Lors du questionnaire post expérimentation, les pharmaciens animateurs déclarent que les évolutions de leurs modalités pédagogiques (Sites 1, 2 et 5) ont permis d'avoir un peu plus d'interactivité entre participants au cours des séances, notamment à travers l'usage d'ordonnances et de cas cliniques. (Annexe 12.B) Par ailleurs, la quasi-totalité des participants répondants (26 sur 27 part.) jugent qu'ils ont eu une parole complètement libre lors de leurs séances²⁸⁶. (Annexe 11.A.e)

Concernant les échanges entre participants et pharmaciens animateurs au cours des séances, cette interactivité a été aussi évaluée par les pharmaciens animateurs comme globalement satisfaisante pour la totalité des séances réalisées et ce sur l'ensemble des sites (29 retours)²⁸⁷. (Annexe 11.A.b)

Ma participation aux deux premières séances de chaque site et lors de la tenue de la dernière séance des Sites 1 et 4 m'a permis d'évaluer *in situ* la manière dont les acteurs interagissaient entre eux et de compléter ainsi les points de vue précédents. Lors de la première séance, les échanges entre participants, et avec le pharmacien animateur, étaient plus importants au sein des sites où ces professionnels avaient déjà l'habitude de travailler ensemble, ce qui semble normal (Sites 5, 8 et 9). L'observation de la deuxième séance, et dans certains sites de la dernière séance, atteste que ces échanges entre participants, avec le ou les pharmacien(s) animateur(s), se sont ensuite intensifiés,

²⁸³ Lors des questionnaires post séance, l'interactivité entre participants a été évaluée par les pharmaciens animateurs comme « satisfaisante » et « très satisfaisante » pour respectivement 13 et 6 retours (contre 3 retours « insatisfaisante »).

²⁸⁴ Cette notion de pertinence des échanges a pu être appréciée à travers la justesse et l'adéquation des échanges menés par rapport aux objectifs des séances au regard des thématiques abordées.

²⁸⁵ Lors des questionnaires post séance, la pertinence des échanges a été évaluée par les pharmaciens animateurs comme « satisfaisante » et « très satisfaisante » pour respectivement 15 et 12 retours (contre 2 retours « insatisfaisante »).

²⁸⁶ Lors du questionnaire post expérimentation, 31 des participants répondants (18 médecins, 13 pharmaciens) déclarent avoir « totalement » pu s'exprimer comme ils le souhaitent, 8 « en grande partie » (6 médecins, 1 pharmacien, 1 infirmier) et 1 « assez peu » (pharmacien).

²⁸⁷ Lors des questionnaires post séance, l'interactivité entre participants et pharmaciens animateurs a été évaluée par ces derniers comme « satisfaisante » et « très satisfaisante » pour respectivement 14 et 15 retours.

même au sein des sites où les relations interprofessionnelles étaient initialement peu développées. La pertinence des échanges semble plus prépondérante au sein des Sites 1 et 4, comparé à d'autres sites. Sur ce plan, l'impact de la crise sanitaire avec des mesures de distanciation (*Site 1*) ou la réalisation en visioconférence de la séance ne semble pas avoir entravées (*Site 4*) ces échanges. (Annexes 11.A.a/11.A.b)

2.2.3.4) Proposition de consensus de pratique

Les réponses au questionnaire post expérimentation des pharmaciens animateurs nous permettent de savoir si des propositions de consensus de pratique autour de la prescription médicamenteuse et du bon usage du médicament ont été évoquées au cours des séances.

À la fin de l'expérimentation, 12 des 24 séances réalisées ont évoqué la possibilité d'aboutir à des consensus de pratique, et ce sur plus de la moitié des sites (*Sites 1, 2, 3, 4 et 9*). Ces perspectives de consensus ont pu être en lien avec la pratique personnelle des participants ou avec des actions interprofessionnelles au sein des territoires. Cependant, celles-ci n'engageaient en rien les participants à une mise en œuvre effective, à la suite des séances. Ces possibilités de construire un consensus local ont été mentionnées plus particulièrement au sein de certains sites (*4 séances du Site 4 ; 3 séances des Sites 1 et 9*)²⁸⁸. (Annexe 11.B)

Parmi les consensus de pratique proposés, figurent le choix de privilégier le *naproxène* parmi les AINS (*séance 2 du Site 4*), l'intérêt de notifier la Débit de Filtration Glomérulaire (DFG) sur l'ordonnance (*séance 2 du Site 2*), privilégier la prescription du *pantoprazole* lors d'une prescription conjointe de *clopidogrel* (*séance 3 du Site 1*). Pour certaines séances, ce ne sont pas des consensus de pratique en tant que tel qui ont été proposés mais des actions à mettre en place telles que la réalisation d'une fiche de bon usage des AINS (*séance 2 du Site 9*) ou encore la réalisation d'un protocole pluriprofessionnel de déprescription des IPP (*séance 3 du Site 9*). (Annexe 11.B)

²⁸⁸ Des consensus de pratique ont été proposés à l'issue d'une séance des Sites 2 et 3. Le déroulé de l'expérimentation n'a pas conduit à l'évocation de consensus de pratique au sein des 4 autres sites (*Sites 5, 6, 7 et 8*) mais plutôt à des actions communes à envisager de travailler ensemble.

Points clés 2.2 : Fonctionnement des Cercles

Tenue des séances

- *Mise en place de la totalité ou quasi-totalité des séances envisagées pour un tiers des sites (Sites 1,4 et 9).*
- *Majorité des séances en soirée, sur une durée moyenne de 2 heures mais dépendante du contexte du site*
- *Pour les sites « Exp. Tot. » :*
 - *le nombre de participants a progressé ou est resté constant*
 - *la composition s'est en partie diversifiée (infirmiers, coordinateur, internes en médecine générale, etc.)*

Préparation des séances

- *Temps moyen de préparation : 28h23 min par séance, variable en fonction des pharmaciens animateurs*
- *Contribution faible à modeste des participants en amont des séances, et ce sur l'ensemble des sites d'expérimentation*
- *Intégration limitée des données de prescription (une séance avec données de l'Assurance maladie et 7 séances avec les données des logiciels métiers)*

Déroulé des séances

- *Sujets traités étant assez proches entre sites d'expérimentation*
- *Intégration d'analyse d'ordonnances et de quiz dans les méthodes pédagogiques et d'animation utilisées au sein des sites « Exp. Tot. »*
- *Interactivité des échanges entre acteurs (participants, animateurs) jugée globalement satisfaisante pour la majorité des séances réalisées*
- *Proposition de consensus de pratique, sur plus de la moitié des sites*

2.3) Satisfaction des acteurs sur le fonctionnement et l'apport des Cercles

La satisfaction des acteurs va être abordée à travers celle relative au fonctionnement de leur Cercle et sur leur contribution au dispositif puis elle sera analysée en termes d'apport, d'intérêt perçus des Cercles. Nous allons présenter ces résultats en distinguant satisfaction des animateurs et des participants compte tenu de leur position très différentes dans les Cercles. Ces satisfactions sont sans aucun doute des sources d'adhésion au dispositif, ou au contraire, ont pu causer, en partie, l'arrêt prématuré de l'expérimentation sur certains de ces sites. Nous l'étudierons.

Dans un premier temps, nous analyserons le point de vue des acteurs, animateurs puis participants, sur la préparation, le déroulé et leur contribution aux séances. Un des objectifs de notre étude étant d'étudier l'appropriation de l'exercice d'animateur chez le pharmacien officinal, nous développerons de manière plus approfondie la contribution des pharmaciens animateurs au dispositif. Nous aborderons leur jugement sur leur contribution que ce soit dans la préparation des séances ou pour leur animation. La manière dont ils évaluent l'accompagnement dont ils ont bénéficié sera également analysée. Du côté des participants, nous étudierons principalement comment ils ont perçu le fonctionnement des séances et évalué leur contribution au dispositif.

Dans un second temps, nous analyserons comment les acteurs perçoivent l'intérêt et l'apport des Cercles. Leur satisfaction sur les résultats obtenus au terme de leur participation à l'expérimentation est aussi un élément important pour une adhésion plus générale à un tel dispositif.

L'analyse menée dans ce paragraphe, repose sur les données recueillies auprès des animateurs et des participants à travers différents outils (questionnaires, entretiens) utilisés tout au long l'expérimentation et qui concerne tous les sites. Nous avons déjà précisé que les questionnaires post expérimentation n'ont pas été renseignés par tous les participants ni tous les sites²⁸⁹, donc pour partie certaines analyses ne vont concerner que les sites « *Exp. Tot.* » (*Sites 1,4 et 9*). Nous le préciserons dans les commentaires

²⁸⁹ Moins de la moitié des participants ont répondu au questionnaire post expérimentation (*40 participants sur 104*), les retours émanant principalement des sites « *Exp. Tot.* » (*Sites 1,4 et 9*). De manière plus spécifique, les retours des participants au questionnaire post expérimentation ont permis de recueillir 12 retours sur les 24 participants du Site 1, aucun retour pour les 7 part. du Site 2 et les 4 part. du Site 3, 9 retours sur les 13 part. du Site 4, 3 retours sur les 9 part. du Site 5, aucun retour sur les 7 part. du Site 6, 2 retours sur les 12 part. du site 7, 4 retours sur les 15 part. du Site 8 ainsi que 10 retours sur les 13 part. du site le Site 9.

2.3.1) Satisfaction des acteurs : fonctionnement et contribution au dispositif

2.3.1.1) Satisfaction des pharmaciens animateurs

2.3.1.1.1) La préparation et le déroulé des séances

Lors de l'entretien *a priori*, la majorité des pharmaciens animateurs (8 sur 12)²⁹⁰ ont déclaré avoir difficilement une idée précise de la manière dont ils allaient mettre en place les séances sur leur site. (Annexe 2.B) Si quatre pharmaciens (*Ph. anim. 2 A, 3, 6A et 9*) n'avaient pas de crainte particulière concernant l'implantation du dispositif au sein de leur territoire, trois pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 5, 7A et 7B*) ont exprimé des craintes à cet égard. (Annexe 2.C).

Concernant la préparation des séances, la majorité des retours des pharmaciens animateurs (17 retours sur 25) issus des questionnaires post séance, mentionne une intégration de manière « *assez peu* » aisée de cette étape préparatoire dans leur organisation de travail²⁹¹ et un temps passé à l'acquisition du module de formation « *important* » par rapport à leurs disponibilités (16 retours sur 28)²⁹². (Annexes 8.B.a / 8.B.b). Pour la quasi-totalité des pharmaciens animateurs (*tous hormis le Ph. anim. 8*), la préparation des séances s'est faite sur leur temps libre, qu'il soit pharmacien adjoint ou pharmacien titulaire. (Annexes 8.A. / 8.B.)

Lors du questionnaire post expérimentation, l'élaboration des supports pédagogiques et d'animation (diaporama, requête des ordonnances, etc.) ainsi que le manque d'interactions en amont des séances avec les médecins et pharmaciens participants sont les principales difficultés évoquées par la majorité des pharmaciens animateurs répondants (9 sur 11)²⁹³. Ce manque d'interactions des participants a notamment représenté des difficultés au pharmacien animateur 4 pour déterminer les axes de travail et problématiques du territoire à aborder lors des séances, de par un exercice quotidien en dehors du site d'implantation. L'organisation logistique des séances (fixer la date, prévenir les participants, etc.) a également représenté des difficultés pour quatre pharmaciens animateurs²⁹⁴. (Annexe 8.B.c) D'après deux médecins participants (*un au sein du Site 5 et du Site 7*), ces difficultés organisationnelles en lien avec la préparation de séances ont pu représenter des causes potentielles d'arrêt prématuré de l'expérimentation au sein de ces sites. (Annexe 12.C.f)

Ce temps de travail important consacré à la préparation des séances s'est notamment parfois additionné à une surcharge de travail déjà effective sur certains sites (*Ph. anim. 5*), ou a été influé par

²⁹⁰ *Ph. anim. 1, 2A, 3, 5, 6A et B, 7 B et 9*

²⁹¹ Au sein des questionnaires post séance, 68,0% (17 retours sur 25) des retours des pharmaciens animateurs font part que la préparation des séances s'est intégrée de manière « *assez peu* » aisée au sein de leur organisation de travail; contre « *en grande partie* » pour 28,0% de ces retours (7 retours sur 25).

²⁹² Au sein des questionnaires post séance, 57,1% (16 retours sur 28) des retours des pharmaciens animateurs font part que le temps passé à l'acquisition du module de formation leur a semblé « *important* » par rapport à leurs disponibilités ; contre « *adaptée* » pour 28,6% de ces retours (8 retours sur 28).

²⁹³ *Ph. anim. 2A, 2B, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7A et 8*

²⁹⁴ *Ph. anim. 2A, 2B, 6A, 6B*

des causes extérieures notamment liées à la crise sanitaire (*Ph. anim. 8 et 9*) et qui ont alors rendu problématique la mise en place des séances au sein de ces sites. (Annexe 8.B.b)

Ainsi, bien que certaines de ces difficultés associées à l'organisation logistique et pédagogique des séances ont pu être résolues au cours de l'expérimentation par certains pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 2B, 3, 7A*)²⁹⁵ et que d'autres (*Ph. anim 1, 2A, 4 et 5*) ont été amenés à faire évoluer leur modalité de préparation afin de la rendre plus aisée²⁹⁶ (Cf paragraphe 2.2.2.1), 7 pharmaciens animateurs²⁹⁷ déclarent, lors du questionnaire post expérimentation, que cette étape préparatoire s'est intégrée tout « *aussi difficilement* » au cours de l'expérimentation. Pour 3 d'entre eux²⁹⁸, elle s'est même intégrée « *plus difficilement* » au fil des séances. (Annexes 8.B.b/8.B.c/8.B.d)

Concernant le déroulé des séances, six pharmaciens animateurs²⁹⁹ déclarent, lors du questionnaire post expérimentation, avoir rencontré des difficultés en termes d'animation. Ces difficultés sont très diverses en fonction des pharmaciens animateurs concernés³⁰⁰. (Annexe 8.C.b) Toutefois, plus de la moitié des pharmaciens animateurs répondants (*6 pharmaciens sur 10*)³⁰¹ se sont globalement sentis de plus en plus à l'aise vis-à-vis de l'exercice d'animation au cours de l'expérimentation. (Annexe 8.C.a) Par rapport aux modalités pédagogiques et d'animation utilisées au cours des séances, la quasi-totalité

²⁹⁵ D'après les retours évoqués par les pharmaciens animateurs lors du questionnaire post expérimentation, les difficultés qui ont pu être résolues au cours de l'expérimentation concernent l'organisation logistique de la séance à travers : la réalisation d'un doodle (*Ph. anim. 2B*), le fait d'avoir pu bénéficier de l'accompagnement de l'UMDPCS pour préparer le diaporama (*Ph. anim. 3*) ainsi que d'avoir pu interagir avec les médecins de l'hôpital en amont des séances (*Ph. anim. 7A*).

²⁹⁶ Ces évolutions se sont traduites par une lecture plus efficiente du module de formation pour le pharmacien animateur 1, à travers un temps d'acquisition focalisé sur certaines parties (notamment portant sur la thérapeutique) ainsi qu'à travers le choix d'ordonnances issues de sa pratique personnelle afin de les analyser lors des séances (*Ph. anim. 1*). Pour d'autres pharmaciens animateurs, cette évolution de la préparation des séances s'est traduite par une réalisation du power-point en même temps que l'acquisition du module de formation, faisant ainsi gagner du temps dans cette étape de préparation (*Ph. anim. 4*), mais également par une réadaptation complète des séances au contexte du projet territorial avec l'objectif de ne plus positionner les Cercles comme une activité supplémentaire de formation mais comme un appui aux actions déjà en place (*Ph. anim. 5*). (Annexe 8.B.d)

²⁹⁷ *Ph. anim. 1, 2A, 2B, 3, 4, 6B et 7A*

²⁹⁸ *Ph. anim. 5, 8 et 9*

²⁹⁹ *Ph. anim. 1, 2A, 2B, 5, 6B et 9*

³⁰⁰ Ces difficultés ont résidé dans le fait de « *faire plus interagir les participants* » (*Ph. anim 2A*), par un « *défait d'outils d'animation pour favoriser les échanges* » (*Ph. anim.5*), à « *des difficultés d'établir des consensus de groupe* » (*Ph. anim. 2A*). Les difficultés rencontrées par la *Ph. anim. 6B* convergent avec les difficultés précédemment citées à travers la problématique de « *rendre le Cercle concret notamment dans le but d'éviter le piège du cours magistral* » (*Ph. anim. 6B*). « *La gestion du temps ainsi que la modération des échanges* » (*Ph. anim. 9*) à travers le « *recadrage des discussions des médecins* » (*Ph. anim. 2B*) sont d'autres difficultés mentionnées par les pharmaciens animateurs. D'autre part, l'« *adaptation aux attentes et aux besoins de deux professions différentes* » ainsi que « *la différence de niveau de connaissances entre participants* » ont été les problématiques rencontrées par le *Ph. anim 1* afin de proposer un contenu adapté et pertinent à l'ensemble des participants de son site. Pour le *Ph. anim. 5*, il a été difficile de se positionner par rapport aux professionnels du fait de l'absence d'une pratique officinale récente et notamment « *vis-à-vis de médecins déjà experts (enseignants, collègue de médecine générale)* ». (Annexe 8.C.b)

³⁰¹ Lors du questionnaire post expérimentation, respectivement 4 pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 2 B,3,4 et 9*) et 2 pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 1 et 8*) font part de se sentir « *en grande partie* » et « *totalemment* » plus à l'aise dans l'animation des séances au fil de l'expérimentation ; contre « *assez peu* » pour 4 pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 2A, 5, 6B et 7A*).

des retours des pharmaciens animateurs (23 retours sur 26) mentionne qu'elles ont répondu à leurs attentes (tous hormis le Ph. anim. 5)³⁰². (Annexe 12.B)

Concernant le choix d'une animation du Cercle en binôme ou en solo, la plupart des pharmaciens animateurs répondent, lors du questionnaire post expérimentation, qu'être deux est ou aurait été un élément facilitant ; et cela qu'ils aient animé seul (Ph. anim. 3,4 et 5) ou en binôme (Ph. anim. 2A, 2B, 6A, 6B, 7A et 7B). Plus précisément, ceux qui ont animé leur Cercle en binôme n'auraient pas souhaité le faire seul (4 sur 6)³⁰³, et ceux qui ont animé seul (4 sur 6)³⁰⁴ auraient été intéressés par une animation en binôme. (Annexe 8.B.d) Dans les deux Cercles qui se sont arrêtés prématurément (Cercles 2 et 7), l'animation était initialement prévue en binôme. Le désistement d'un des pharmaciens animateurs dans chacun de ces binômes a entraîné l'abandon de l'autre animateur, qui, dans chacun de ces deux sites, ne souhaitait pas animer seul un Cercle (Ph. anim. 2B et 7A). Ces deux pharmaciens animateurs se jugeaient non légitimes pour une animation en solo, pour l'un parce qu'il n'appartenait pas au même territoire que les médecins participants (Ph. anim. 2B), pour l'autre parce qu'il était pharmacien hospitalier (Ph. anim. 7A). (Annexe 8.B.e)

À l'issue de chaque séance, une note d'évaluation a été donnée par les pharmaciens animateurs au sein des questionnaires post séance au regard de leur déroulé. La moyenne de ces notes souligne une satisfaction un peu au-dessus de la moyenne (note moyenne entre 6,5 et 7 sur 10) pour 6 pharmaciens animateurs³⁰⁵, et une satisfaction plus forte (note moyenne entre 7,5 et 9) pour 5 pharmaciens animateurs³⁰⁶. (Annexe 12.C.e)

Seul le pharmacien animateur 5 a eu un jugement négatif sur le déroulé de ses séances (2 séances), avec l'attribution d'une note moyenne de 2,25 sur 10. L'attribution de cette note peut s'expliquer par les difficultés qu'il évoque dans les questionnaires post séance, telle la difficulté de « *se positionner en tant qu'expert, de réutiliser les données apportées par les modules de formation et l'impression globale d'être resté trop généraliste et de ne pas avoir vraiment « travaillé » la thématique* ». (Annexe 12.C.e)

Les notes données au déroulé, par chaque pharmacien animateur, dans les questionnaires post séance, n'évoluent pas au fil de l'expérimentation. (Annexe 12.C.e) L'intégration de données de prescription issues de l'Assurance maladie au sein de la dernière séance du Site 4 est un élément satisfaisant pour le pharmacien animateur 4, cette disposition l'« *ayant aidée à préparer cette dernière séance* » et à l'« *appréhender différemment* ». (Annexes 12.B/12.C.e)

³⁰² Au sein des questionnaires post séance, respectivement 57,7% (15 retours sur 26) et 30,8% (8 retours sur 26) des retours des pharmaciens animateurs font part que les modalités pédagogiques et d'animation utilisées au cours des séances ont « *en grande partie* » et « *totalemment* » répondu à leurs attentes.

³⁰³ Ph. anim. 2B, 6A, 6B et 7A

³⁰⁴ Ph. anim. 1, 4, 5 et 9

³⁰⁵ Ph. anim. 2A, 6A, 6B, 7A, 7B et 9

³⁰⁶ Ph. anim. 1, 2B, 3, 4, 8

2.2.1.1.2) L'accompagnement mis en place

Les attentes des pharmaciens animateurs envers l'accompagnement proposé ont au départ été recueillies, lors de l'entretien post 1^{ère} séance. La plupart des pharmaciens animateurs (10 sur 12)³⁰⁷ ont mentionné le fait qu'ils attendaient principalement une aide à la préparation des séances, que ce soit à travers la préparation des diaporamas mais également à travers des temps d'échanges en amont des séances, notamment afin d'avoir un regard extérieur sur leur préparation. (Annexe 3.B.a)

Leur appréciation sur les différentes modalités d'accompagnement mises en place (modules de formation, temps d'échanges, plateforme, etc.) ont ensuite été recueillies au cours et à l'issue de l'expérimentation.

Concernant les modules de formation mis à disposition pour la préparation des séances, les pharmaciens animateurs évaluent, lors du questionnaire post expérimentation, à 7,5 sur 10³⁰⁸ leur satisfaction (qualité des informations, approche pédagogique). Ils attribuent une note de 8 sur 10³⁰⁹ à la nécessité de ces modules par rapport à leurs connaissances sur les sujets traités. Seul un pharmacien animateur (*Ph. anim. 7A*) attribue une note inférieure à 7, respectivement de 4 pour la satisfaction et de 6 sur 10 pour la nécessité de ces modules. (Annexes 3.A.a/3.A.b)

Lors de l'évaluation longitudinale réalisée avec les questionnaires post séance, la quasi-totalité des retours des pharmaciens animateurs (27 retours sur 28)³¹⁰ affirme que le contenu abordé par les modules de formation a répondu aux attentes. (Annexe 3.A.c) Trois pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 1, 4 et 9*) auraient souhaité, cependant, que d'autres sujets puissent être traités dans les thématiques abordées par ces modules. (Annexe 3.A.d)

Cependant, lors du questionnaire post expérimentation, les pharmaciens animateurs attribuent finalement une note de 6,5 sur 10 à l'adéquation de ces modules de formation par rapport à leurs besoins (fonctionnalité du contenu, adéquation pour la préparation des séances). Les pharmaciens animateurs 4 et 7A n'évaluent qu'à respectivement 5 et 4 sur 10 cette adéquation. (Annexe 3.A.e)

Pour les autres modalités d'accompagnement mis en place au cours du dispositif (temps d'échanges, etc.), la totalité des pharmaciens animateurs répondants (11 *pharm. anim.*) les jugent nécessaires, voire

³⁰⁷ *Ph. anim. 1, 2B, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7B, 8 et 9*

³⁰⁸ De manière plus détaillée, les notes d'évaluation attribuées par les pharmaciens animateurs à cet indicateur sont les suivantes : 9 sur 10 pour les *Ph. anim. 1, 5 et 6B* ; 8 sur 10 pour les *Ph. anim. 2B, 4 et 6A* ; 7 sur 10 pour les *Ph. anim. 2A, 3, 8 et 9* et 4 sur 10 pour le *Ph. anim. 7A*.

³⁰⁹ De manière plus détaillée, les notes d'évaluation attribuées par les pharmaciens animateurs à cet indicateur sont les suivantes : 10 sur 10 pour les *Ph. anim. 3, 5 et 6B* ; 9 sur 10 pour le *Ph. anim. 1* ; 8 sur 10 pour le *Ph. anim. 2B* ; 7 sur 10 pour les *Ph. anim. 2A, 4, 6A, 8 et 9* ; et 6 sur 10 pour le *Ph. anim. 7A*.

³¹⁰ Au sein des questionnaires post séance, respectivement 67,9% (19 retours sur 28) et 28,6% (8 retours sur 28) des retours des pharmaciens animateurs font part que le contenu abordé au sein des thématiques des modules de formation ont répondu « en grande partie » et « totalement » à leurs attentes.

« *totalemment* » nécessaires pour la majorité d'entre eux (7 *pharm. anim.*)³¹¹. Lors de ce questionnaire, les pharmaciens animateurs attribuent notamment une note de 8,7 sur 10³¹² à l'utilité de cet accompagnement sur l'ensemble de l'expérimentation. Les entretiens menés auprès des pharmaciens animateurs au cours de l'expérimentation ont permis de recueillir d'autres attentes, comme par exemple avoir une formation plus poussée sur les notions de statistiques ou un apprentissage de techniques d'animation. (Annexe 3.B.a) Pour sa part, la plateforme en ligne permettant de partager certains supports et outils (diaporamas, compte rendus) semble peu utile, seuls 3 pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 1, 4 et 9*) l'ayant utilisée au cours de l'expérimentation. Ces derniers font part de son « *manque de praticité* » (*Ph. anim. 1*) et « *d'utilité* » par rapport aux autres modes de diffusion qui ont permis de diffuser ces supports (mails) (*Ph. anim. 1 et 9*). (Annexe 3.B.b)

2.3.1.2) Satisfaction des participants

Concernant le déroulé des séances, la majorité des retours des participants recueillis avec les questionnaires post séance montre leur satisfaction que ce soit vis-à-vis de l'horaire (194 retours sur 198)³¹³ ou de la durée des séances réalisées (190 retours sur 197)³¹⁴, et ce malgré des horaires différents en fonction des sites. (Annexes 12.A.b/12.A.c) Lors du questionnaire post expérimentation, la quasi-totalité des retours des participants des sites « *Exp. Tot.* » (38 retours sur 39)³¹⁵ témoigne de leur satisfaction de la fréquence des séances réalisées, et ce malgré une fréquence également différente en fonction des sites. (Annexe 12.A.d) De même, la grande majorité des retours des participants issus des questionnaires post séance montre leur satisfaction de la qualité de l'information fournie (195 retours sur 196)³¹⁶, du contenu abordé (193 retours sur 197)³¹⁷, du nombre de participants présents (181 retours sur 197)³¹⁸ ainsi que des échanges entre participants (191 retours sur 194)³¹⁹ et avec le ou

³¹¹ Lors du questionnaire post expérimentation, respectivement 7 pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 1, 2B, 3, 4,5, 6A et 7A*) et 4 d'entre eux (*Ph. anim. 2A, 6B, 8 et 9*) estiment comme « *totalemment* » et « *en grande partie* » nécessaire l'accompagnement de l'UMDPCS dans le dispositif (lors de la préparation des Cercles, la réalisation du compte rendu, etc.).

³¹² De manière plus détaillée, les notes d'évaluation attribuées par les pharmaciens animateurs à cet indicateur sont les suivantes : 10 sur 10 pour les *Ph. anim. 1, 3, 4, 5 et 7A* ; 9 sur 10 pour les *Ph. anim. 2B et 6A* ; de 8 sur 10 pour le *Ph. anim. 6B* ; 7 sur 10 pour les *Ph. anim. 2A et 8* ; et 6 sur 10 pour le *Ph. anim. 9*.

³¹³ Au sein des questionnaires post séance, respectivement 51,0 % (101 retours sur 198) et 47,0 % (93 retours sur 198) des retours des participants font part d'être « *très satisfait* » et « *satisfait* » du choix de l'horaire de la séance. Quelques participants ont par ailleurs fait part que les séances commencent à un horaire autre que celui envisagé, notamment sur le site 1 avec un horaire proposé à 20h30 (*Méd. gé.*) voire de 21h (*Méd. gé.*).

³¹⁴ Au sein des questionnaires post séance, respectivement 39,1 % (77 retours sur 197) et 57,4 % (113 retours sur 197) des retours des participants font part d'être « *très satisfait* » et « *satisfait* » de la durée des séances. Quelques participants (4 part.) ont fait part d'une durée parfois trop longue de certaines séances sur les sites 1, 4, 7 et 9.

³¹⁵ Lors du questionnaire post expérimentation, respectivement 41,0 % (16 part. sur 39) et 30,8 % (12 part. sur 39) des participants estiment la fréquence des séances sur leur site comme « *très satisfaisante* » et « *satisfaisante* ». Deux participants du Site 9 ont notamment fait part de leur souhait d'une fréquence accrue avec un rythme de séances tous les mois à tous les trimestres (*Méd. gé.*) ou bien encore tous les 1 à 2 mois, soit 6 séances par an (*Méd. gé.*).

³¹⁶ Au sein des questionnaires post séance, respectivement 57,1 % (112 retours sur 196) et 42,3 % (83 retours sur 196) des retours déclarent être « *totalemment* » et « *en grande partie* » satisfaits de la qualité de l'information fournie au cours des séances.

³¹⁷ Au sein des questionnaires post séance, respectivement 44,2 % (87 retours sur 197) et 53,8 % (106 retours sur 197) des retours font part que le contenu abordé au cours des séances a répondu « *totalemment* » et « *en grande partie* » à leurs attentes.

³¹⁸ Au sein des questionnaires post séance, respectivement 41,6 % (82 retours sur 197) et 50,3 % (99 retours sur 197) des retours estiment que le nombre de participants présents au cours des séances a été « *très satisfaisant* » et « *satisfaisant* ».

les pharmacien(s) animateur(s) (193 retours sur 195)³²⁰. Cette satisfaction des participants est générale sur l'ensemble des sites, et partagée par les médecins et les pharmaciens participants. Quelques médecins ont regretté l'absence dans leur Cercle de certains médecins de leur territoire (*Site 2*) ou celle des pharmaciens officinaux environnants (*Site 4*). Nous n'avons pas recueilli de retours de participants mentionnant une satisfaction spécifique envers l'intégration des données de prescription, issues de l'Assurance maladie ou des logiciels métiers, pour les séances où ces dernières ont été intégrées. (Annexes 10.c/11.A.a/11.A.b/12.A.a/12.B)

Mes observations sur site (Annexe 11.A.b) ainsi que les retours des participants lors du questionnaire post expérimentation³²¹ (Annexe 12.C.a) soulignent une satisfaction plus importante des participants de certains sites (*Sites 1 et 4*) quant à la qualité de l'information et au contenu des séances. Ce constat peut être corrélé à l'expertise des pharmaciens animateurs de ces sites (*Ph. anim. 1 et 4*), que celle-ci soit acquise par leur expérience professionnelle (*Ph. anim. 4 : expérience en pharmacovigilance, formation continue*) mais également par un travail important réalisé en amont des séances par ces derniers. (Annexe 8.A)

Pour la majorité des participants répondants, leur contribution à la préparation des séances correspond à un investissement « faible » (22 part. sur 39) ou « modéré » (9 part. sur 39)³²². L'analyse de ces réponses ne met pas en évidence un investissement plus important d'une profession par rapport à une autre ou un investissement plus important des participants d'un site par rapport aux autres. Les deux médecins hospitaliers du site 7 qui ont contribué à la préparation et à l'animation des deux séances réalisées au sein de leur site, ont estimé leur investissement pour ce temps préparatoire respectivement comme « modéré » et « important ». Les retours des participants répondants convergent avec ceux des pharmaciens animateurs de leur site qui jugent la contribution des participants en amont des séances comme majoritairement « peu satisfaisante » ou « satisfaisante », et ce en fonction des séances et de la catégorie professionnelle des participants. (Annexe 9.A.b)

Lors du questionnaire post expérimentation, la majorité des participants répondants disent être prêts à contribuer de manière plus importante à la préparation des séances (proposition d'ordonnances, de cas

³¹⁹ Au sein des questionnaires post séance, respectivement 62,9 % (122 retours sur 194) et 35,6 % (69 retours sur 194) des retours estiment respectivement que l'interactivité entre participants au sein des séances a été « très satisfaisante » et « satisfaisante ».

³²⁰ Au sein des questionnaires post séance, respectivement 72,3 % (141 retours sur 195) et 26,7 % (52 retours sur 195) des retours estiment que l'interactivité entre participants et pharmacien(s) animateur(s) au sein des séances a été « très satisfaisante » et « satisfaisante ».

³²¹ Lors du questionnaire post expérimentation, certains participants des Sites 1 et 9 font part d'une satisfaction plus spécifique envers le travail accompli par le pharmacien animateur de leur site, dont voici les retours recueillis : « Bravo pour tes recherches et tes explications » (*Ph. off., Site 1*) ; « Merci pour le temps consacré et l'investissement » (*Ph. off., Site 1*) ; « Dans mon cas, une extraordinaire expérience grâce à la qualité des intervenants. En grande partie, c'est la qualité du contenu qui est remarquable et bien sûr la très grande compétence et expertise du pharmacien animateur » (*Ph. off., Site 4*).

³²² Lors du questionnaire post expérimentation, respectivement 56,4 % (22 part. sur 39, dont 11 méd., 10 pharm. et 1 inf.) et 23,1 % (9 part. sur 39, dont 5 méd., 4 pharm.) des participants qualifient leur investissement en amont des séances comme « faible » et « modéré ».

patients, de questions ou sujets précis)³²³ si le dispositif devait être reconduit. Un des participants a notamment mentionné son intérêt d'« *aider à préparer les prochaines séances en cas de besoin* » (*Ph. hosp., Site 1*). (Annexe 9.B)

2.3.2) Satisfaction des acteurs : l'apport du dispositif

2.3.2.1) Satisfaction des pharmaciens animateurs

2.3.2.1.1) Réponse aux attentes et motivations a priori

Le développement de la collaboration médecins-pharmaciens et l'optimisation de qualité de la prescription médicamenteuse étaient les principales sources de motivation des pharmaciens animateurs au moment de leur entrée dans l'expérimentation (Cf paragraphe 2.1.1.2). À la fin de l'expérimentation, le questionnaire et l'entretien post expérimentation, mettent en évidence que le dispositif a répondu à ces attentes ; que ce soit grâce à une « *collaboration avec les médecins* » (*Ph. anim. 2B, 3, 5, 6 A, 6B, 7 A, 7B et 9*), un travail sur l'« *amélioration de la qualité de la prescription médicamenteuse* » (*Ph. anim. 1, 4, 5 et 9*) ou la « *reconnaissance des compétences du pharmacien* » (*Ph. anim. 1, 5, 7B et 9*). (Annexes 2.B/ 12.C.a)

Dans le questionnaire post expérimentation, 5 pharmaciens animateurs³²⁴ mentionnent que le dispositif a correspondu à l'idée initiale qu'ils en avaient alors que 4 autres³²⁵ le trouvent « *plus intéressant que prévu* ». Seuls les pharmaciens animateurs 6B et 7A sont déçus par le dispositif. (Annexe 12.C.c)

2.3.2.1.2) Bilan général de leur participation

Le bilan général des pharmaciens animateurs sur leur participation aux Cercles est évalué lors du questionnaire post expérimentation à travers la note attribuée au bilan de leur participation au dispositif et le fait de souhaiter ou pas continuer à animer un Cercle sur leur territoire. Les réponses des pharmaciens animateurs aux questions ouvertes de ce questionnaire viennent compléter nos résultats.

Les pharmaciens animateurs attribuent une note moyenne de 7,0 sur 10³²⁶ au bilan de leur participation. Par rapport à la note d'évaluation attribuée au déroulé des séances, cette note renvoie à une évaluation plus globale de la satisfaction et de l'intérêt des pharmaciens animateurs vis-à-vis de

³²³ Lors du questionnaire post expérimentation, 86,8 % des participants (33 part. sur 38, dont 18 méd., 15 pharm.) manifestent le fait d'être intéressés quant à la perspective de proposer des ordonnances en amont des séances; 91,9 % (34 part. sur 37, dont 19 méd., 15 pharm.) font part d'être intéressés quant à la perspective de proposer des cas patients en amont des séances ; 94,7 % (36 part. sur 38, dont 20 méd., 15 pharm., 1 inf.) font part d'être intéressés quant à la perspective de proposer des questions et sujets précis en amont des séances.

³²⁴ *Ph. anim. 2A, 2B, 3, 8, 9*

³²⁵ *Ph. anim. 1, 4, 5 et 6A*

³²⁶ De manière plus détaillée, les notes d'évaluation attribuées par les pharmaciens animateurs au bilan de leur participation aux Cercles, sont les suivantes : *Ph. anim. 1* : 10/10 ; *Ph. anim. 2A* : 6/10 ; *Ph. anim. 2B* : 8/10 ; *Ph. anim. 3* : 6/10 ; *Ph. anim. 4* : 9/10 ; *Ph. anim. 5* : 7/10 ; *Ph. anim. 6A* : 7/10 ; *Ph. anim. 6B* : 5/10 ; *Ph. anim. 7A* : 4/10 ; *Ph. anim. 8* : 6,5/10 ; *Ph. anim. 9* : 8/10.

leur participation au dispositif. Les retours de certains pharmaciens animateurs lors de ce questionnaire, tels l'« intérêt des Cercles pour l'amélioration de la prise en charge des patients » (*Ph. anim. 2A*), le fait d'avoir « une réflexion commune avec les médecins sur l'optimisation thérapeutique » (*Ph. anim. 4*), « le développement des relations avec les pharmaciens et les médecins » (*Ph. anim. 1*) ainsi que « la formation de l'équipe » (*Ph. anim. 9*), permettent d'illustrer les raisons qui les conduisent à cette appréciation plutôt positive de leur participation aux Cercles. (Annexe 12.C.a)

Avec une note respective de 5 et 4 sur 10, les pharmaciens animateurs 6B et 7A sont les pharmaciens animateurs qui ont le moins apprécié leur participation au Cercle. (Annexe 12.C.a) D'ailleurs, près de la moitié des pharmaciens animateurs répondants (5 sur 11)³²⁷ ne sont pas satisfaits du rapport entre le temps passé et les résultats obtenus. (Annexe 12.C.a)

La quasi-totalité des pharmaciens animateurs répondants (10 sur 11) ont manifesté le souhait de vouloir continuer à animer un Cercle sur leur territoire à l'issue de de l'expérimentation³²⁸. Certains pharmaciens animateurs auraient même souhaité que le dispositif puisse se poursuivre car ils l'ont trouvé « passionnant et perçu comme indispensable à la dynamique du territoire » (*Ph. anim. 5*), mais également car il a contribué au « partage avec d'autres professionnels de santé » (*Ph. anim. 2B*), à un « enrichissement aussi bien au niveau des connaissances pharmaceutiques qu'au niveau des relations professionnelles » (*Ph. anim. 1*) et au « maintien du lien » (*Ph. anim. 8*). Seul le pharmacien animateur 7A déclare ne pas souhaiter continuer à animer un tel dispositif. (Annexe 12.C.b)

Après avoir abordé la satisfaction des pharmaciens animateurs envers l'apport des Cercles, nous allons maintenant retranscrire celle des participants.

2.3.2.2) Satisfaction des participants

2.3.2.2.1) Réponse des Cercles aux attentes et motivations *a priori*

Lors du questionnaire *a priori*, la majorité des participants de l'ensemble des sites, qu'ils soient médecins ou pharmaciens ont déclaré avoir été clairement informés des caractéristiques du dispositif (thématiques des séances³²⁹, déroulé du dispositif³³⁰, présence des autres participants³³¹). Cette

³²⁷ Lors du questionnaire post expérimentation, respectivement 5 pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 3, 6A, 6B, 7A et 8*) et 4 pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 2A, 2B, 4 et 9*) sont « assez peu » et « en grande partie » satisfaits du rapport entre le temps passé et les résultats escomptés ; contre « totalement » pour deux pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 1 et 5*).

³²⁸ Lors du questionnaire post expérimentation, 4 pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 1,4,5 et 6A*) ont répondu « oui, totalement », 6 pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 2 A, 2B, 3, 6B, 8 et 9*) ont répondu « oui, éventuellement » au fait de souhaiter continuer à animer un Cercle sur leur territoire ; contre « non » pour 1 pharmacien animateur (*Ph. anim. 7A*).

³²⁹ Lors du questionnaire *a priori*, 43,3 % (39 part. sur 90) et 47,8 % (43 part. sur 90) des participants ont déclaré respectivement être « tout à fait d'accord » et « d'accord » avec le fait d'avoir été clairement informés des thématiques des séances.

³³⁰ Lors du questionnaire *a priori*, 17,0 % (15 part. sur 88) et 52,3 % (46 part. sur 88) des participants ont déclaré respectivement être « tout à fait d'accord » et « d'accord » avec le fait d'avoir été clairement informés du déroulé du dispositif.

³³¹ Lors du questionnaire *a priori*, 45,6 % (41 part. sur 90) et 41,1 % (37 part. sur 90) des participants ont déclaré respectivement être « tout à fait d'accord » et « d'accord » avec le fait de savoir précisément quels autres professionnels participeraient à ce dispositif.

déclaration n'est toutefois pas unanime, sur certains sites, une proportion non négligeable de participants, principalement des médecins, dit ne pas avoir été clairement informés du déroulé du dispositif (*Sites 2, 6 et 8*), ou des professionnels qui participeraient à l'expérimentation (*Sites 6 et 8*). (Annexe 5.A.b)

Avant de débiter l'expérimentation, les caractéristiques de dispositif (apport de données pharmacothérapeutiques, échange avec un pharmacien du territoire, avec des confrères, indépendance du dispositif envers les laboratoires pharmaceutiques et l'Assurance maladie) étaient des sources importantes de motivation pour les participants, qu'ils soient médecins ou pharmaciens (Cf paragraphe 2.1.2.3). (Annexe 5.A.b) Lors du questionnaire post expérimentation, la majorité des participants répondants, médecins et pharmaciens, disent que le dispositif a bien correspondu à leurs attentes (intérêt des données analysées, échanges de pratique, indépendance du dispositif) et ce plus particulièrement au sein des Sites 1,4 et 9 pour lesquels nous avons eu le plus de retours³³². A contrario, l'intérêt des données analysées au sein des séances du Site 5 semble ne pas répondre aux attentes des médecins participants de ce site (*2 retours mentionnant « assez peu » parmi les 3 retours recueillis au sein de ce site*). (Annexes 10.c/11.A.d)

Les réponses au questionnaire post expérimentation permettent aussi de constater que le dispositif a paru « *plus intéressant* » pour plus de la moitié des participants répondants (*22 part. sur 40*) par rapport à l'idée qu'ils en avaient au moment de leur entrée dans l'expérimentation, alors qu'il « *a correspondu* » à leur idée pour 16 d'entre eux³³³. (Annexe 12.C.c)

2.3.2.2.2) Bilan général de leur participation

Le bilan général des participants sur leur participation aux Cercles est évalué par différents indicateurs tels que la note attribuée à leur participation au dispositif, le fait de souhaiter continuer à y participer si ce dernier était reconduit, ainsi que le fait de recommander cette pratique à des confrères. De plus, les réponses des participants à des questions ouvertes du questionnaire post expérimentation viennent compléter ces résultats.

Dans le questionnaire post expérimentation, la satisfaction globale des participants pour avoir participé aux Cercles est évaluée à 8,1 sur 10. Hormis la note moyenne attribuée par les participants du site 5 (*3 retours*) qui est de 5 sur 10, celles attribuées par les participants des autres sites (*Sites 1, 4, 6, 7, 8 et 9*) sont toutes supérieures à 7,5 sur 10. Dans les sites « *Exp. Tot.* », cette note d'évaluation n'est pas

³³² Lors du questionnaire post expérimentation, l'expérimentation a répondu « *totalemment* » aux attentes des participants concernant la qualité de l'information fournie (maîtrise des connaissances du pharmacien animateur, pertinence de l'information), pour 52,5 % (*21 sur 40 part.*) des participants répondants; en matière d'échanges de pratique pour 65 % (*26 sur 40 part.*) des participants répondants ; et en matière d'indépendance du dispositif (vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique et de l'Assurance maladie) pour 90 % (*36 sur 40 part.*) des participants répondants.

³³³ Lors du questionnaire post expérimentation, 55,0 % (*22 part. sur 40*) et 40,0 % (*16 part. sur 40*) des participants répondants trouvent respectivement la pratique des Cercles « *plus intéressante* » et « *correspondant* » à l'idée qu'ils en avaient initialement au moment de leur entrée dans le dispositif. Deux médecins ont « *été déçus* » par le dispositif.

différente entre médecins et pharmaciens participants. (Annexe 12.C.a). D'autre part, tous les participants répondants³³⁴ ont souhaité que ce dispositif se poursuive sur leur territoire. Ces résultats ne montrent pas d'avis divergent en fonction de la profession des participants. (Annexe 12.C.b)

Dans les questionnaires post séance, les participants, quasi unanimement (193 retours sur 194)³³⁵, déclarent qu'ils recommanderaient à leurs confrères de participer à ce type de pratique. (Annexe 12.C.d)

Voici quelques retours recueillis des participants au sein du questionnaire post expérimentation : « *J'ai beaucoup apprécié les échanges avec les confrères médecins et pharmaciens du Cercle* » (Pharm. off., Site 4) ; « *Éxpérience à poursuivre selon les mêmes conditions* » (Méd. gé., Site 9) ; « *J'aimais la dynamique de ce travail que je pensais inscrit dans le long terme* » (Méd. hosp., Site 7) ; « *Ces réunions reprendront quoi qu'il arrive dans le cadre de la vie de l'équipe de notre MSP intégrant de fait le pharmacien* » (Méd. gé., Site 8) ; « *À poursuivre, car effet moteur pour favoriser l'installation de jeunes médecins et leur intégration* » (Méd. gé., Site 9) ; « *Espère sincèrement avoir l'occasion de participer à de nouveaux Cercles, riches en échanges de pratique* » (Pharm. off., Site 4). (Annexe 12.C.a.) Certains participants auraient notamment souhaité que le dispositif se poursuive sur leur territoire car pour certains, « *c'est irremplaçable* » (Méd. gé., Site 1), mais également « *afin de renforcer l'interprofessionnalité* » (Pharm. off., Site 1). (Annexe 12.C.b.)

Dans les sites qui n'ont fait qu'une ou même que 2 séances (Sites 2, 3, 5, 6, 7 et 8), les réponses au questionnaire post expérimentation donnent des pistes d'interprétation de ce peu d'activité. Le « *manque d'adhésion des professionnels quant à l'intérêt du dispositif* » est cité comme une des causes de cet arrêt pour les Sites 5, 7 et 8. De plus, « *une méthodologie interne inadaptée* » a été mise en avant par un médecin généraliste participant du Site 5, ce médecin a également mentionné qu'« *avant de reprendre le dispositif, une séance de brainstorming sur les objectifs, les attentes et les modalités de déroulement lui paraissait indispensable* ». Hormis ces quelques commentaires, nous n'avons pu recueillir d'informations plus complètes des participants, permettant d'affiner les raisons qui ont conduit à un arrêt prématuré de l'expérimentation au sein de certains de ces sites. (Annexe 12.C.f)

³³⁴ Lors du questionnaire post expérimentation, respectivement 82,1 % (32 part. sur 39, dont 17 méd., 14 pharm. et 1 inf.) et 17,9 % (7 part. sur 39, dont 6 méd. et 1 pharm.) des retours des participants répondants ont répondu « *oui, totalement* » et « *oui, éventuellement* » envers la proposition que le dispositif se poursuive au sein de leur territoire.

³³⁵ Au sein des questionnaires post séance, respectivement 64,4 % (125 retours sur 194) et 35,1 % (68 retours sur 194) des retours des participants font part qu'ils sont « *tout à fait d'accord* » et « *d'accord* » avec le fait de recommander à des confrères de participer à un Cercle.

Points clés 2.3: Satisfaction des acteurs

Fonctionnement et contribution aux Cercles

Chez les pharmaciens animateurs

- *Difficultés rencontrées chez la totalité des pharmaciens animateurs pour la préparation et l'animation des séances, et ce malgré la modalité d'animation choisie (binôme, solo)*
- *Difficile intégration de la préparation des séances au sein de l'organisation de travail chez la majorité des animateurs, et ce quel que soit leur statut professionnel*
- *Grande utilité de l'accompagnement (temps d'échanges, etc.) sur l'ensemble de l'expérimentation (Note de 8,7 sur 10)*
- *Nécessité des modules de formation par rapport aux connaissances des pharmaciens animateurs (Note de 8 sur 10)*

Chez les participants

- *Contribution en amont des séances perçue par les participants comme faible voire modérée*

Apport et intérêt des Cercles

Chez les pharmaciens animateurs

- *Bilan plutôt positif (Note de 7 sur 10)*
- *Souhait de continuer à animer un Cercle sur leur territoire chez la quasi-totalité des pharmaciens animateurs (10 sur 11)*

Chez les participants

- *Réponse aux attentes (intérêt des données analysées, échanges de pratique, indépendance du dispositif) chez la majorité des participants (médecins, pharmaciens)*
- *Recommandation de cette pratique chez la quasi-totalité des participants (193 retours sur 194)*

2.4) L'apport des Cercles et des conditions pour leur diffusion

Au-delà de la satisfaction ressentie par les acteurs de notre expérimentation, nous les avons aussi sollicités pour avoir leur sentiment sur ce que les Cercles leur avaient apportés au terme des séances réalisées, si pour cela le dispositif devait (selon eux) être poursuivi, voire généralisé, et dans ce cas qu'elles seraient pour eux des conditions favorables.

Nous analysons, dans un premier temps, la manière dont les Cercles ont contribué à une évolution des connaissances, des pratiques des acteurs (animateurs, participants) mais également des relations interprofessionnelles au sein des sites. La diversité des évolutions permettra notamment de savoir si la typologie du Cercle ou le contexte du site ont été en mesure de conditionner ces résultats.

La participation des acteurs à cette expérimentation leur a fait connaître avec deux positions, animateur ou participant, le fonctionnement concret d'un Cercle. Nous les avons donc sollicités pour qu'ils déterminent ce qui pour eux pourrait favoriser la diffusion d'un tel dispositif. Leurs points sont collectés sur 3 thèmes : les modalités d'accompagnement des Cercles, la place et l'intérêt des Cercles au sein d'autres dispositifs ciblant l'optimisation de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes et enfin l'intégration des Cercles aux nouvelles missions du pharmacien d'officine.

Les données qui suivent sont principalement issues des questionnaires post expérimentation destinés aux animateurs et participants. Ce sont des données déclaratives. Pour les compléter, compte tenu parfois de leur nombre réduit, nous mobilisons aussi des données issues des réponses aux questionnaires post séance.

2.4.1) Résultats et impacts des Cercles sur les pratiques professionnelles

2.4.1.1) Connaissances et pratiques professionnelles

2.4.1.1.1) L'enrichissement des connaissances des participants

La majorité des participants qui ont répondu au questionnaire post expérimentation (19 participants sur 32) déclarent avoir acquis « quelques » connaissances et 11 d'entre eux déclarent en avoir acquis « beaucoup ». L'acquisition de nouvelles connaissances apparaît plus importante chez les pharmaciens officinaux participants, plus de la moitié d'entre eux (7 sur 13) déclarent en avoir acquis « beaucoup »³³⁶ (contre 4 parmi les 18 médecins répondants). La majorité des médecins participants répondants (12 sur 18) disent en avoir acquis « quelques-unes » alors que deux autres médecins

³³⁶ Lors du questionnaire post expérimentation, 7 pharmaciens sur 13 déclarent avoir acquis « beaucoup » de connaissances alors que 6 d'entre eux déclarent en avoir acquis « quelques-unes ».

répondent respectivement « *très peu* » et « *pas du tout* »³³⁷. L'acquisition de nouvelles connaissances apparaît moins importante chez les médecins participants du site 5³³⁸. (Annexe 10.a)

Les questionnaires post séance, permettent de compléter ce premier constat, ils offrent les retours de tous participants de chaque séance et de tous les sites, même de ceux qui se sont arrêtés prématurément. La quasi-totalité des retours des participants, qu'ils soient médecins ou pharmaciens, tous sites confondus (*190 retours sur 193*)³³⁹ mentionne, à l'issue des différentes séances, que leur participation aux Cercles a permis d'enrichir leurs connaissances. (Annexe 10.b)

De manière plus spécifique, les connaissances acquises par les médecins généralistes et retranscrites lors du questionnaire post expérimentation portent sur :

- les molécules associées aux classes thérapeutiques abordées au sein des séances, en particulier les antalgiques (*Méd. gé., Site 1*), les antidépresseurs (*Méd. gé., Site 4*), les IPP (*Méd. gé., Site 9*) notamment vis-à-vis de leur iatrogénie (*Méd. gé., Site 9*) ;
- les critères de choix entre molécules au sein de diverses classes thérapeutiques (*Méd. gé., Site 4*) et plus particulièrement au sein des AINS (*Méd. gé., Site 8*) ;
- les modalités de déprescription des IPP (*Méd. gé., Site 4*). (Annexe 10.a)

Les retours de certains médecins recueillis lors du questionnaire post expérimentation viennent compléter ces résultats. Certains médecins ont ainsi mentionné que « *le contenu plus axé pharmacologie (des Cercles) en fait une ressource intéressante et complémentaire à la formation initiale et aux autres types de formation continue* » (*Méd. gé., Site 4*). (Annexe 12.C.a) D'autres déclarent que ce type de pratique représente « *un gros plus dans leur formation continue* » (*Méd. gé., Site 4*) à travers un « *apport scientifique sur la pratique de prescription des médicaments* » et « *une actualisation des connaissances de la littérature* » (*Méd. gé., Site 9*). (Annexe 12.C.b)

2.4.1.1.2) La mise en place d'actions interprofessionnelles

La possibilité de mettre en place des consensus de pratique a été évoquée à l'issue de différentes séances (Cf paragraphe 2.2.3.4). Le questionnaire post expérimentation comporte des questions permettant de savoir si, effectivement, à la suite de ces séances, des actions interprofessionnelles ont été mises en place et si certaines de ces actions portent de manière plus spécifique sur la qualité et l'optimisation de la prescription médicamenteuse.

³³⁷ À cette question du questionnaire post expérimentation, un infirmier a répondu avoir acquis « *quelques* » connaissances lors des Cercles.

³³⁸ Lors du questionnaire post expérimentation, parmi les 3 médecins participants du Site 5 qui ont répondu au questionnaire, un médecin déclare qu'il a acquis « *quelques* » connaissances alors que les deux autres médecins ont répondu respectivement « *très peu* » et « *pas du tout* ».

³³⁹ Au sein des questionnaires post séance, respectivement 55,4 % (*107 sur 193 retours*) et 43,0 % (*83 sur 193 retours*) des retours des participants soulignent qu'ils sont « *tout à fait d'accord* » et « *d'accord* » avec l'idée que les Cercles leur ont permis d'enrichir leurs connaissances à l'issue de chacune des séances réalisées.

À l'issue de l'expérimentation, des actions interprofessionnelles ou faisant intervenir une certaine collaboration, et en lien avec les séances réalisées, ont été mises en place pour une, envisagées pour d'autres, au sein de 3 des sites expérimentaux (*Sites 1, 4 et 9*).

Seul le Site 9 a vu une action interprofessionnelle effectivement mise en place. Elle porte sur la qualité et l'optimisation de la prescription médicamenteuse puisqu'il s'agit d'un protocole de dispensation différée dans la prise en charge de l'infection urinaire. Le pharmacien animateur 9 a fait part avoir contribué à la mise en place de ces actions sur son site. (Annexes 13.B.a/13.B.c)

Cependant, au terme de cette expérimentation, la majorité des participants répondants des sites « *Exp. Tot.* » (15 part. sur 26) soulignent bien que le dispositif a permis d'avoir des projets de collaboration à concrétiser dès la fin de cette expérimentation³⁴⁰. (Annexe 13.B.e) Parmi les actions citées par les acteurs figurent, le fait d'« *avoir le même discours quant à certains médicaments (IPP, antalgiques)* » (*Méd. gé., Site 9*), « *la mise en place des Bilans de Médication* » (*Méd. gé., Site 4*) ou encore « *la programmation d'une réunion CREX (Comité de Retour d'Expérience)*» (*Ph. hosp., Site 1*).

Si l'on considère non pas seulement les sites « *Exp. Tot.* » mais toutes les réponses au questionnaire post expérimentation, la majorité des participants (31 part. sur 37)³⁴¹ et des pharmaciens animateurs répondants (10 sur 11)³⁴² jugent qu'un dispositif comme les Cercles est en mesure de faciliter la mise en place de projets interprofessionnels. (Annexe 13.B.f) Le compte rendu réalisé à la fin de chaque séance et destiné aux participants est notamment jugé majoritairement³⁴³ comme un élément utile pour un accompagnement vers une démarche interprofessionnelle d'amélioration des pratiques. (Annexe 13.B.d)

Lors du questionnaire post expérimentation, quelques participants mettent en avant la pertinence de ce dispositif au regard de sa dimension interprofessionnelle, et pour cela auraient souhaité qu'il se poursuive sur leur territoire. Pour ces participants, les Cercles représentent un « *lieu d'échanges permettant l'élaboration de projets interprofessionnels* » (*Méd. gé., Site 4*), notamment « *pour continuer à partager les avis, les connaissances entre professionnels de santé et continuer de façon coordonnée* » (*Pharm. off., Site 9*) et ainsi « *renforcer l'interprofessionnalité* » (*Pharm. off., Site 1*). Pour un des médecins, la poursuite de ce dispositif aurait été souhaitable car « *il est nécessaire de*

³⁴⁰ Lors du questionnaire post expérimentation, 15 participants (5 méd., 10 pharm.) soulignent que le dispositif a permis d'avoir des projets de collaboration à venir dès la fin de cette expérimentation ; contre « *peut être* » pour 8 participants (6 méd., 2 pharm.) et « *non* » pour 3 participants (2 méd., 1 pharm.).

³⁴¹ Lors du questionnaire post expérimentation, respectivement 18 participants (6 méd., 12 pharm.) et 13 participants (11 méd., 2 pharm.) jugent que ce type de dispositif est « *totalement* » et « *en grande partie* » en mesure de faciliter la mise en place de projets collaboratifs ; contre « *assez peu* » pour 6 participants (4 méd., 1 pharm. et 1 inf.).

³⁴² Lors du questionnaire post expérimentation, respectivement 6 pharmaciens animateurs (*Ph. anim 1, 4, 5, 6A, 6B et 9*) et 4 autres (*Ph. anim. 2A, 2B, 3 et 8*) jugent que ce type de dispositif est « *totalement* » et « *en grande partie* » en mesure de faciliter la mise en place de projets collaboratifs ; contre « *assez peu* » pour 1 pharmacien animateur (*Ph anim 7A*).

³⁴³ Lors du questionnaire post expérimentation, respectivement 15 participants (9 méd., 6 pharm.) et 12 participants (3 méd., 9 pharm.) considèrent que le compte rendu a été « *en grande partie* » et « *totalement* » utile pour les avoir accompagné dans cette démarche interprofessionnelle d'amélioration des pratiques ; contre « *assez peu* » pour 7 médecins et « *pas du tout* » pour 2 médecins.

mieux cadrer le parcours médicamenteux surtout chez le patient âgé, le parcours étant très complexe et nécessite une collaboration étroite » (*Méd. hosp.*, Site 7). (Annexe 12.C.b)

2.4.1.1.3) L'évolution des pratiques de prescription des médecins généralistes

Lors du questionnaire post expérimentation, les médecins participants devaient dire si leur participation aux Cercles avait déjà contribué à des changements dans leur pratique de prescription ou si à terme elle était susceptible de la faire évoluer.

La majorité des médecins généralistes répondants (9 méd. sur 14) déclarent que cette expérimentation a contribué, au moment de l'arrêt de l'expérimentation, à « *quelques changements* » de pratique voire à des « *changements importants* » pour deux d'entre eux³⁴⁴. Il n'y a pas eu de différence évidente entre sites (*Sites 1, 4, 5, 7 et 8*) hormis au sein du Site 4 où les médecins généralistes déclarent plus fortement des évolutions. (Annexe 13.A.a)

Les changements de pratique mentionnés par les médecins généralistes concernent principalement :

- une optimisation de la prescription de certaines classes thérapeutiques telles que les IPP (*Méd. gé.*, Site 9), les antidépresseurs (*Méd. gé.*, Site 1) ainsi que les antibiotiques (*Méd. gé.*, Site 8) ;
- une modification des molécules choisies au sein des différentes classes thérapeutiques abordées, dont plus particulièrement au sein des AINS (*Méd. gé.*, Site 9) ainsi qu'entre antidépresseurs (*Méd. gé.*, Site 1) ;
- une vigilance renforcée envers les interactions médicamenteuses (*Méd. gé.*, Site 4) ;
- une vigilance accrue envers la iatrogénie (*Méd. gé.*, Site 9) ;
- la réévaluation des ordonnances chez la personne âgée (*Méd. gé.*, Site 4) ;
- une déprescription plus aisée des IPP (*Méd. gé.*, Site 9) ;
- la notification du Débit de Filtration Glomérulaire (DFG) sur les ordonnances (*Méd. gé.*, Site 4). (Annexe 13.A.a/13.B.a)

Par ailleurs, 6³⁴⁵ des 9 pharmaciens animateurs officinaux qui animaient leur Cercle au sein de leur site d'exercice³⁴⁶ ont objectivement constaté des évolutions dans les prescriptions, à travers les ordonnances traitées dans leur officine. Ils citent notamment : une prescription privilégiée de la *codéine* au sein des antalgiques de palier II (*Ph. anim. 9*) notamment par rapport au *tramadol* (*Ph. anim. 2B*) ; la prescription différée des antibiotiques dans la prise en charge de la cystite (*Ph. anim. 3*)

³⁴⁴ Lors du questionnaire post expérimentation, respectivement 9 médecins généralistes et 2 médecins généralistes font part que leur participation à l'expérimentation a conduit à « *peu de changements* » et à des « *changements importants* » au sein de leur pratique ; contre « *aucun changement* » pour 3 autres médecins généralistes.

³⁴⁵ *Ph. anim. 1, 2B, 3, 6B, 8 et 9*

³⁴⁶ Lors du questionnaire post expérimentation, 8 pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 1, 2B, 3, 4, 5, 6B, 8 et 9*) font part d'avoir connaissance que des actions proposées au cours des séances sont effectives dans la pratique personnelle des médecins généralistes de leur site.

ainsi que dans celle des infections ORL chez les enfants (*Ph. anim. 8*)³⁴⁷. La notification du Débit de Filtration Glomérulaire (DFG) sur les prescriptions de certains médecins généralistes est aussi une évolution de pratique mentionnée par plusieurs pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 4, 5 et 6B*). (Annexe 13.A.a)

Le compte rendu réalisé à l'issue des séances qui était déjà jugé facilitant pour les actions pluriprofessionnelles, est aussi perçu « utile » par la majorité des médecins généralistes répondants (*12 méd. sur 19*)³⁴⁸ pour accompagner leur démarche personnelle d'amélioration des pratiques. (Annexe 13.A.b)

De plus, la totalité des médecins généralistes répondants (*20 médecins*)³⁴⁹ ont déclaré, lors du questionnaire post expérimentation, que les Cercles représentent un dispositif, qui à terme serait en mesure de contribuer à des changements au sein de leur pratique professionnelle. (Annexe 13.A.c)

Les questionnaires post expérimentation sont *a priori* les bonnes sources pour appréhender les résultats à court terme des Cercles, car il semble normal que ces résultats n'adviennent pas dès la première séance. Toutefois de manière complémentaire, l'analyse longitudinale menée, avec les questionnaires post séance, permet aussi de recueillir le point de vue des médecins participants sur la nature possible de ces résultats. Les réponses aux questionnaires post séance montrent que quel que soit le site d'expérimentation, la quasi-totalité des médecins participants (*120 retours sur 122*) pense que les différentes séances auront bien chacune un impact sur leur pratique³⁵⁰. (Annexe 10.b)

2.4.1.2) Relations interprofessionnelles au sein des sites

2.4.1.2.1) Évolution des relations entre participants au cours de l'expérimentation

Plus de la moitié des participants qui ont renseigné le questionnaire post expérimentation (*17 part. sur 33*)³⁵¹ reconnaissent que les échanges interprofessionnels se sont « nettement » renforcés au sein de leur pratique quotidienne, 16 d'entre eux faisaient partie des sites « *Exp. Tot.* ». Sur les 3 autres sites (*Sites 5,7 et 8*) où les séances ont été beaucoup moins nombreuses, les participants disent que les échanges se sont « assez peu » renforcés dans leur pratique quotidienne (*5 sur 7*).

³⁴⁷ Dans ces deux situations, la mention « antibiotique à délivrer dans 48h si pas d'amélioration » a été notifiée sur l'ordonnance par les prescripteurs.

³⁴⁸ Lors du questionnaire post expérimentation, respectivement 7 et 5 médecins généralistes jugent le compte rendu « en grande partie » et « totalement » utile pour les avoir accompagnés dans cette démarche personnelle d'amélioration des pratiques ; contre « assez peu » utile pour 5 médecins généralistes et « pas du tout » utile pour deux médecins généralistes participants.

³⁴⁹ Lors du questionnaire post expérimentation, respectivement 14 et 6 médecins généralistes déclarent que ce type de pratique serait à terme « en grande partie » et « totalement » en mesure de contribuer à des changements au sein de leur pratique professionnelle.

³⁵⁰ Au sein des questionnaires post séance, respectivement 41,0 % (*50 retours sur 122*) et 57,4 % (*70 retours sur 122*) des retours des médecins participants soulignent qu'ils étaient « tout à fait d'accord » et « d'accord » avec l'idée que les échanges au cours de ces séances auraient un impact sur leur pratique.

³⁵¹ Lors du questionnaire post expérimentation, respectivement 17 participants (*7 méd., 10 pharm.*) et 15 participants (*10 méd., 5 pharm.*) déclarent que cette expérimentation a permis de renforcer « nettement » et « assez peu » les échanges interprofessionnels au sein de leur pratique quotidienne ; contre « pas du tout » pour 1 médecin.

Au sein des sites « *Exp. Tot.* », le renforcement de ces échanges, au vu des réponses des participants, paraît plus important sur le Site 1 par rapport aux deux autres sites (*Sites 4 et 9*). La moindre évolution des échanges sur les Sites 4 et 9 peut s'expliquer de manière très différente, par un niveau déjà élevé des liens entre participants au début de l'expérimentation sur le Site 9, et par la configuration du Site 4 où les lieux d'exercice des participants étaient très éloignés, ne leur permettant pas d'interagir entre eux dans leur pratique quotidienne. (Annexe 14.B.a)

Au sein des sites « *Exp. Tot.* », nous avons recherché quels liens entre participants s'étaient plus spécifiquement renforcés. Il semble que ce soit surtout les liens entre médecins et pharmaciens participants qui se soient renforcés sur les trois sites. Au sein du Site 1 où les participants ont qualifié leurs liens entre médecins comme « *très importants* », et globalement « *faibles* » à « *modérés* » entre médecins-pharmaciens et entre pharmaciens, l'expérimentation aurait plus spécifiquement favorisé les liens entre médecins et pharmaciens participants³⁵². Au sein des deux autres sites où le renforcement des liens entre participants semble moindre (*Sites 4 et 9*), ces liens se sont aussi surtout accrus entre médecins et pharmaciens³⁵³³⁵⁴. Un renforcement des liens entre médecins généralistes est toutefois présent dans les réponses des participants des participants du Site 9. (Annexe 14.B.a)

2.4.1.2.2) Évolution des relations entre participants et pharmaciens animateurs

Les Cercles renforcent « *nettement* » les relations entre les participants et leur (s) pharmacien(s) animateur (s), c'est ce que déclare la majorité des participants répondants (*21 participants sur 32*)³⁵⁵. Le renforcement des liens avec le pharmacien animateur semble plus marqué chez les pharmaciens participants. Parmi les sites « *Exp. Tot.* », ce renforcement est moins reconnu par les médecins du Site 4³⁵⁶, ceci peut s'expliquer par la configuration de ce site où le pharmacien animateur n'exerçait pas sa pratique quotidienne *in situ*. (Annexe 14.B.b)

³⁵² Au sein du Site 1, respectivement 5 participants (*2 méd., 3 pharm.*) et 5 participants (*1 méd., 4 pharm.*) déclarent que le dispositif a permis de renforcer « *nettement* » et « *un peu* » les liens avec les pharmaciens participants par rapport au début de l'expérimentation. Par ailleurs, respectivement 7 participants (*1 méd., 6 pharm.*) et 3 participants (*2 méd., 1 pharm.*) déclarent que le dispositif a permis de renforcer « *nettement* » et « *un peu* » les liens avec les médecins participants.

³⁵³ Au sein du Site 4, respectivement 4 participants (*2 méd., 2 pharm.*) et 3 participants (*2 méd., 1 pharm.*) déclarent que le dispositif a permis de renforcer « *nettement* » et « *un peu* » les liens avec les pharmaciens participants par rapport au début de l'expérimentation. Par ailleurs, respectivement 2 participants (*1 méd., 1 pharm.*) et 6 participants (*4 méd., 2 pharm.*) déclarent que le dispositif a permis de renforcer « *nettement* » et « *un peu* » les liens avec les médecins participants.

³⁵⁴ Au sein du Site 9, respectivement 2 participants (*2 méd.*) et 5 participants (*2 méd., 3 pharm.*) déclarent que le dispositif a permis de renforcer « *nettement* » et « *un peu* » les liens avec les pharmaciens participants par rapport au début de l'expérimentation. Par ailleurs, respectivement 5 participants (*3 méd., 2 pharm.*) et 2 participants (*1 méd., 1 pharm.*) déclarent que le dispositif a permis de renforcer « *nettement* » et « *un peu* » les liens avec les médecins participants.

³⁵⁵ Lors du questionnaire post expérimentation, respectivement 21 participants (*11 méd., 10 pharm.*) et 7 participants (*6 méd., 1 pharm.*) déclarent que le dispositif a permis de renforcer « *nettement* » et « *un peu* » les liens avec le ou les pharmacien(s) animateur(s) de leur site à l'issue de l'expérimentation ; contre « *pas du tout* » pour 4 participants (*2 méd., 2 pharm.*).

³⁵⁶ Au sein du Site 4, respectivement 4 participants (*2 méd., 2 pharm.*) et 3 participants (*3 méd.*) déclarent que le dispositif a permis de renforcer « *nettement* » et « *un peu* » les liens avec le pharmacien animateur de leur site à l'issue de l'expérimentation.

Les pharmaciens animateurs³⁵⁷ des sites « *Exp.Tot.* » font le même bilan d'un lien croissant avec les participants de leur Cercle dans les Sites 1 et 4 ; dans le Site 9, où les liens étaient déjà importants avant le début de l'expérimentation, le pharmacien perçoit moins cette augmentation.

Pour les autres sites, seuls les pharmaciens animateurs 5 et 8 perçoivent des liens « *nettement* » renforcés avec les médecins de leur Cercle, et ce malgré seulement deux séances réalisées. (Annexe 14.B.b)

Lors du questionnaire post expérimentation, nous avons également interrogé les pharmaciens participants sur le risque potentiel de fragilisation de l'équilibre des relations entre médecins généralistes et pharmaciens officinaux d'un territoire lorsque le Cercle était animé par un pharmacien officinal de ce même territoire. La majorité des pharmaciens participants répondants (*11 sur 14 pharmaciens*)³⁵⁸ affirme, sans distinction de sites, que ce cas de figure serait « *sans importance* » sur l'équilibre de ces relations. (Annexe 14.C).

La dernier thème sur lequel nous avons collecté des données porte sur le point de vue des acteurs de nos Cercles sur la possibilité selon eux d'une diffusion large d'un tel dispositif.

2.4.2) Point de vue des acteurs sur la diffusion des Cercles

Nos répondants ont été sollicités sur trois éléments, les modalités qui favoriseraient la diffusion des Cercles, la place qu'ils pourraient prendre dans les dispositifs cherchant à faire évoluer la prescription de ville, la possibilité d'une intégration dans les nouvelles missions du pharmacien d'officine.

2.4.2.1) Modalités pour l'implantation des Cercles

La majorité des pharmaciens animateurs répondants (*7 sur 11*)³⁵⁹ exprime que l'absence de reconnaissance financière représenterait pour eux un frein pour une large diffusion des Cercles. Le temps que mobilisent la préparation et l'animation des séances n'est pas pour eux tenable sans au moins une compensation. (Annexe 15.A.a) Cette reconnaissance financière pourrait être perçue au sein des structures d'exercice coordonné à travers les ACI, la quasi-totalité des pharmaciens animateurs

³⁵⁷ Lors du questionnaire post expérimentation, respectivement 4 pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 1,5,6A et 8*) et 4 autres (*Ph. anim. 2B,3,7A et 9*) font part que leurs liens avec les médecins participants se sont renforcés « *nettement* », et « *assez peu* » depuis le début de l'expérimentation, 2 pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 2A et 4*) ayant répondu entre « *nettement* » et « *assez peu* ». De même, respectivement 5 pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 2B, 6A, 6B, 7A et 9*) et 3 pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 1, 4 et 5*) font part que leurs liens avec les pharmaciens participants se sont renforcés « *assez peu* », et « *nettement* » depuis le début de l'expérimentation ; 1 pharmacien animateur (*Ph. anim. 2A*) ayant répondu entre « *nettement* » et « *assez peu* ».

³⁵⁸ Lors du questionnaire post expérimentation, respectivement 11 pharmaciens participants font part que l'animation d'un Cercle par un pharmacien officinal du territoire leur semble « *sans importance* » pour l'équilibre des relations entre médecins et pharmaciens de ce même territoire ; contre « *comporter un risque très léger* » pour 2 pharmaciens participants et « *être forcément préjudiciable* » pour 1 pharmacien participant.

³⁵⁹ Lors du questionnaire post expérimentation, 4 pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 2B, 4, 6A et 9*) et 3 pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 1, 5 et 8*) ont répondu respectivement « *en grande partie* » et « *totalemment* » concernant le fait que l'absence de rémunération du dispositif puisse représenter un frein quant à une participation éventuelle de leur part ; contre « *assez peu* » pour 1 pharmacien animateurs (*Ph. anim. 7A*) et « *pas du tout* » pour 2 autres pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 3 et 6B*). Le pharmacien 2A a répondu entre « *en grande partie* » et « *assez peu* ».

répondants (10 sur 11)³⁶⁰ trouveraient pertinent que les Cercles puissent s'intégrer dans les ACI des MSP ou des CPTS. (Annexe 15.B.a)

Du côté des participants, la majorité d'entre eux (30 sur 37)³⁶¹ estime que l'absence de rémunération ne représente pas pour eux un frein pour une participation à un Cercle. (Annexe 15.A.a) La majorité de ces derniers (30 sur 38)³⁶² trouve également pertinent que les Cercles puissent s'intégrer dans les ACI des MSP ou des CPTS. (Annexe 15.B.a)

Une reconnaissance professionnelle, via le DPC, serait une autre façon de valoriser l'animation comme la participation à un Cercle. Pour une participation à d'autres Cercles, à peine la moitié de pharmaciens animateurs (5 sur 11)³⁶³ estiment que l'absence de reconnaissance professionnelle représenterait un frein. (Annexe 15.A.b) Tous les pharmaciens animateurs répondants (11 *pharm. anim.*)³⁶⁴ trouvent toutefois pertinent que les Cercles puissent s'intégrer dans leur formation continue professionnelle. (Annexe 15.B.b)

Du côté des participants, la majorité d'entre eux (26 sur 37)³⁶⁵ va dans le même sens, l'absence de reconnaissance du dispositif en matière de formation continue, ne serait pas un frein (Annexe 15.A.b) et la quasi-totalité d'entre eux (37 sur 38)³⁶⁶ trouverait pertinent que les Cercles s'intègrent à leur formation médicale continue ou professionnelle. (Annexe 15.B.b)

Une modalité plus liée au fonctionnement des Cercles a été largement perçue comme pouvant favoriser la diffusion des Cercles chez les professionnels, le portage de l'animation par un binôme

³⁶⁰ Lors du questionnaire post expérimentation, 10 pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 1, 2A, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7A, 8 et 9*) trouvent pertinent que ce dispositif puisse s'intégrer dans les ACI des MSP ou des CPTS, et 1 pharmacien animateur (*Ph. anim. 2B*) n'est pas de cet avis.

³⁶¹ Lors du questionnaire post expérimentation, respectivement 17 participants (9 *méd.*, 8 *pharm.*) et 13 participants (9 *méd.*, 4 *pharm.*) ont répondu « *pas du tout* » et « *assez peu* » concernant le fait que l'absence de reconnaissance de ce dispositif en matière de financement puisse représenter un frein quant à une participation éventuelle de leur part ; contre « *en grande partie* » pour 5 participants (3 *méd.*, 1 *pharm.*, 1 *inf.*) et « *totalemment* » pour 2 participants (1 *méd.*, 1 *pharm.*).

³⁶² Lors du questionnaire post expérimentation, 30 participants (17 *méd.*, 12 *pharm.* et 1 *inf.*) trouvent pertinent que ce dispositif puisse s'intégrer dans les ACI des MSP ou des CPTS, et 8 participants (5 *méd.*, 3 *pharm.*) n'ont pas d'avis sur ce sujet.

³⁶³ Lors du questionnaire post expérimentation, 4 pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 2B,4,5 et 6B*) et 1 pharmacien animateurs (*Ph. anim. 1*) ont répondu respectivement « *en grande partie* » et « *totalemment* » concernant le fait que l'absence de reconnaissance de ce dispositif en matière de formation continue représente un frein quant à une participation éventuelle de leur part ; contre « *assez peu* » pour 2 pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 8 et 9*) et « *pas du tout* » pour 3 autres pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 3, 6A et 7A*). Le pharmacien 2A a répondu entre « *en grande partie* » et « *assez peu* » à cette question.

³⁶⁴ Lors du questionnaire post expérimentation, 11 pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 1,2A,2B,3,4,5, 6A,6B,7A, 8 et 9*) trouveraient pertinent que ce dispositif puisse s'intégrer dans leur formation continue professionnelle.

³⁶⁵ Lors du questionnaire post expérimentation, respectivement 13 participants (9 *méd.*, 4 *pharm.*) et 13 autres (5 *méd.*, 8 *pharm.*) ont répondu « *assez peu* » et « *pas du tout* » concernant le fait que l'absence de reconnaissance de ce dispositif en matière de formation continue puisse représenter un frein quant à une participation éventuelle de leur part ; contre « *en grande partie* » pour 9 participants (7 *méd.*, 1 *pharm.*, 1 *inf.*) et « *totalemment* » pour 2 autres participants (1 *méd.*, 1 *pharm.*).

³⁶⁶ Lors du questionnaire post expérimentation, 37 participants (21 *méd.*, 15 *pharm.* et 1 *inf.*) trouveraient pertinent que ce dispositif puisse s'intégrer dans leur formation continue médicale ou professionnelle, 1 participant (1 *méd.*) n'étant pas de cet avis.

médecin-pharmacien. La quasi-totalité des participants (32 sur 33)³⁶⁷ ainsi que la majorité des pharmaciens animateurs répondants (8 sur 11)³⁶⁸ plébiscitent cette perspective. Un des pharmaciens animateurs déclare que cette perspective d'animation pourrait contribuer à « plus d'adhésion des médecins ». (Annexe 7.B.c)

2.4.2.2) La place des Cercles dans les actions ciblant la prescription médicamenteuse des médecins généralistes

Pour la quasi-totalité des médecins généralistes répondants (21 médecins sur 22)³⁶⁹, les Cercles seraient des dispositifs tout à fait complémentaires aux dispositifs déjà existants, tels que la ROSP, les groupes de pairs ou encore les visites de l'Assurance maladie via les Médecins Conseil ou les Délégués de l'Assurance Maladie. (Annexe 16.a)

La majorité des médecins participants répondants ont apprécié pour leur pratique, le dispositif des Cercles³⁷⁰ tout comme celui des groupes de pairs³⁷¹ par rapport à différents critères, tels que : l'apport d'informations en matière de connaissances scientifiques et médicales, l'apport d'informations sur leur pratique personnelle et sur celle de leurs confrères, l'analyse de leur propre pratique avec un interlocuteur, les pistes d'évolution de pratique pouvant être produites, mais aussi en vue de répondre aux besoins de leur pratique. L'apport d'informations en matière de connaissances scientifiques et médicales, l'analyse de leur pratique avec un interlocuteur ainsi que les pistes d'évolution pouvant être produites, sont les paramètres qui suscitent le plus d'intérêt chez les médecins participants répondants au regard de l'apport des Cercles. (Annexe 16.b)

Le dispositif de la ROSP et les visites de l'Assurance maladie sont appréciés moins favorablement par les médecins participants au regard de ces mêmes critères d'évaluation³⁷². Un médecin généraliste mentionne qu'il a « bien plus évolué avec les Cercles qu'avec la ROSP » (*Méd. gé., Site 9*) et confirme l'intérêt comparatif des Cercles pour la pratique des médecins généralistes. (Annexe 16.b)

³⁶⁷ Lors du questionnaire post expérimentation, respectivement 22 participants (12 méd., 10 pharm.) et 13 participants (10 méd., 3 pharm.) trouvent « totalement » et « en grande partie » pertinente l'idée que l'animation des Cercles soit portée par un binôme médecin-pharmacien ; contre « assez peu » pour un infirmier.

³⁶⁸ Lors du questionnaire post expérimentation, respectivement 4 pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 2A, 3, 6A et 7A*) et 4 autres (*Ph. anim 1, 2B, 4 et 9*) trouvent « totalement » et « en grande partie » pertinente l'idée que l'animation des Cercles soit portée par un binôme médecin-pharmacien ; contre « assez peu » pour 3 pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 5, 6B et 8*).

³⁶⁹ Lors du questionnaire post expérimentation, 13 médecins généralistes et 8 pharmaciens animateurs ont répondu respectivement « en grande partie » et « totalement » concernant le fait que ce dispositif soit complémentaire aux dispositifs de régulation déjà existants ; contre 1 médecin généraliste mentionnant « assez peu ».

³⁷⁰ Tous critères confondus, 43 % (59 retours sur 137) et 45% (61 sur 137) des retours des médecins participants mentionnent respectivement « très positif » et « positif » l'apport des Cercles pour leur pratique, contre 12% (17 retours) mentionnant « pas d'apport ».

³⁷¹ Tous critères confondus, 62 % (52 retours sur 84) et 36 % (30 sur 84) des retours des médecins participants mentionnent respectivement « très positif » et « positif » l'apport des groupes de pairs pour leur pratique, contre 2 % (2 retours) mentionnant « pas d'apport ».

³⁷² Tous critères confondus, 7 % (8 retours sur 115) et 44 % (53 sur 115) des retours des médecins participants mentionnent respectivement « très positif » et « positif » l'apport des visites de l'Assurance maladie pour leur pratique, contre 49 % (58 retours) mentionnant « pas d'apport ». Concernant la ROSP, 6 % (7 retours sur 126) et 34 % (43 sur 126) des retours des médecins participants mentionnent respectivement « très positif » et « positif » l'apport de ce dispositif pour leur pratique, contre 60 % (76 retours) mentionnant « pas d'apport ».

L'analyse des données de prescription des médecins du Cercle, que pourraient fournir les CPAM, apparaît comme une condition d'efficacité des Cercles. L'intégration des données de prescription dans l'animation d'un Cercle est jugée importante pour la pertinence des échanges par la quasi-totalité des médecins généralistes répondants (20 sur 21)³⁷³. Lors de l'entretien post 1^{ère} séance, la moitié des pharmaciens animateurs³⁷⁴ ont également fait part que la mise à disposition de ces données était pour eux nécessaire pour le bon déroulement des Cercles. Cet avis s'est confirmé chez les 3 pharmaciens animateurs des sites « *Exp. Tot.* » (*Ph. anim. 1, 4 et 9*) lors de l'entretien post^{3^{ème}} séance, un de ces pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 9*) souligne notamment que cela permettrait de « *mieux ancrer les Cercles dans la pratique* ». (Annexe 6.B.a)

Pour les médecins participants, les données de prescription permettraient d'« *envisager des pistes d'évolution pour leur pratique de prescription* » (24 retours), d'« *analyser leur pratique avec le pharmacien animateur et les participants du Cercle* » (17 retours) ainsi que de « *mieux situer leur pratique de prescription* » (16 retours). Un des médecins propose aussi comme apport des données de prescription qu'elles permettraient de « *comprendre leurs modes de fonctionnement réciproques* » (*Méd. hosp., Site 7*). (Annexe 6.B.b)

2.4.2.3) Les Cercles comme une nouvelle mission du pharmacien d'officine

Nous avons interrogé les pharmaciens animateurs ou participants, sur les besoins et l'impact qu'auraient les Cercles s'ils devenaient une nouvelle mission possible pour les pharmaciens d'officine. Les réponses au questionnaire post expérimentation permettent de présenter leur point de vue envers trois axes de réflexion : le besoin de compétences et de formation, l'intérêt des pharmaciens à devenir ou rester animateur de Cercle, et enfin les perspectives entrevues pour cet exercice au regard de l'évolution actuelle des missions du pharmacien d'officine.

Quatre grands domaines de compétences ont pu être identifiés à partir des retours des pharmaciens animateurs et participants :

- des compétences médicales et scientifiques afin de maîtriser les sujets qui seront abordés lors des séances ;
- des compétences pédagogiques et d'animation nécessaires pour animer et conduire les séances ;
- des compétences associées à la gestion de projet afin d'organiser le déroulé de cette pratique au sein de leur territoire ;

³⁷³ Lors du questionnaire post expérimentation, respectivement 13 et 7 médecins généralistes ont répondu « *en grande partie* » et « *totale*ment » concernant l'importance qu'ils attribueraient à la mise à disposition de leurs données de prescription médicamenteuse et de celles des autres médecins du Cercle, envers la pertinence du dispositif ; contre « *assez peu* » pour 1 médecin.

³⁷⁴ Lors de l'entretien post 1^{ère} séance, 5 pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 4, 5, 6A, 6B et 7A*) ont fait part que la mise à disposition des données de prescription des médecins généralistes participant aux Cercles était nécessaire pour optimiser le bon déroulement des séances; 5 pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 2 A, 2B, 3, 7B et 8*) n'étant pas de cet avis.

- des compétences comportementales à travers un savoir-être demandant des aptitudes d'humilité, de dynamisme, de bienveillance et d'écoute envers les participants. (Annexe 8.D.a)

La quasi-totalité des pharmaciens participants répondants (11 sur 13)³⁷⁵ jugent que les pharmaciens officinaux sont à même d'animer facilement un Cercle à l'issue de leur formation initiale. Certains de ces pharmaciens participants précisent toutefois que ce type d'exercice serait plus adapté à des pharmaciens sortant des études (2 Ph. off., Site 1) ou à condition que les connaissances soient réactualisées régulièrement (2 Ph. off., Site 4). (Annexes 8.D.b/8.D.c./8.D.d)

Les pharmaciens animateurs qui ont effectivement « testé » cette pratique, sont plus nuancés, avec une majorité de ces derniers (6 sur 11) pour qui la formation initiale est insuffisante pour bien animer un Cercle³⁷⁶. En effet, bien que les compétences pharmaceutiques acquises par les pharmaciens officinaux lors de leur formation initiale soient soulignées par certains pharmaciens animateurs (Ph. anim. 6B et 7A), la nécessité d'une remise à jour de ses connaissances (Ph. anim. 2A et 4) ainsi que le manque d'adéquation, pour cet exercice, des études actuelles ou suivies par certains d'entre eux, sont mis en avant (Ph. anim. 1, 3 et 5). (Annexes 8.D.b/8.D.c./8.D.d)

À la question souhaiteriez-vous devenir animateur d'un Cercle, seul 6 participants sur les 15 répondent³⁷⁷ « oui » ou « peut-être ». Ils déclarent alors être intéressés personnellement par cet exercice, par l'interprofessionnalité associée, et par l'objectif d'optimiser la prise en charge des patients (2 Ph. off., Site 4 ; 2 Ph. off., Site 9). Le manque de temps est la raison la plus souvent citée par ceux qui ne souhaitent pas devenir animateur (2 Ph. off., Site 1 ; 2 Ph. off., Site 4). (Annexe 8.D.c)

Du côté des pharmaciens animateurs, comme déjà précisé (Cf paragraphe 2.3.2.2.2), la quasi-totalité (10 sur 11) d'entre eux auraient souhaité continuer à animer un Cercle sur leur territoire à l'issue de l'expérimentation. (Annexe 12.C.b)

Cet exercice d'animateur représente une « nouvelle mission » du pharmacien d'officine à promouvoir dans l'évolution de son exercice futur pour la majorité des pharmaciens participants répondants (8 sur 12)³⁷⁸ et la quasi-totalité des pharmaciens animateurs (10 sur 11)³⁷⁹. La mise en avant des compétences

³⁷⁵ Lors du questionnaire post expérimentation, respectivement 7 et 4 pharmaciens participants ont répondu « en grande partie » et « totalement » concernant le fait que les pharmaciens officinaux sont à même d'animer facilement un Cercle de par leur formation initiale ; contre 2 pharmaciens participants mentionnant « assez peu ».

³⁷⁶ Lors du questionnaire post expérimentation, respectivement 5 pharmaciens animateurs (Ph. anim. 2B, 4, 6B, 7A et 9) et 1 pharmacien animateur (Ph. anim. 8) ont répondu « assez peu » et « pas du tout » concernant le fait que les pharmaciens officinaux sont à même d'animer facilement un Cercle de par leur formation initiale ; contre 4 pharmaciens animateurs (Ph. anim. 1, 2A, 3, 5 et 6A) mentionnant « totalement ».

³⁷⁷ Lors du questionnaire post expérimentation, respectivement 9 pharmaciens participants ont répondu « non » concernant le fait d'être potentiellement intéressé pour animer un Cercle ; contre respectivement 2 et 4 pharmaciens participants ayant mentionné « oui » et « peut-être ».

³⁷⁸ Lors du questionnaire post expérimentation, 8 pharmaciens participants ont répondu « oui » concernant le fait que le rôle d'animateur était pour eux une « nouvelle mission » du pharmacien d'officine à promouvoir dans l'exercice de son exercice futur ; contre 4 pharmaciens participants ayant mentionné « non ».

du pharmacien officinal au sein de cet exercice ainsi que le renforcement de son positionnement au sein de l'exercice interprofessionnel sont les raisons les plus souvent évoquées par les pharmaciens, qu'ils soient animateurs ou participants (*Ph. anim. 1, 2B, 4 ; Ph. off., Site 4 ; 2 Ph. off., Site 9*). Ceux qui ne perçoivent pas l'animation comme une nouvelle mission à développer mettent de nouveau en avant l'obstacle du manque de temps disponible pour pouvoir intégrer cette mission dans leur pratique (*Ph. anim. 3 et Ph. off., Site 1*). (Annexe 8.D.d)

³⁷⁹ Lors du questionnaire post expérimentation, 10 pharmaciens animateurs (*Ph. anim. 1, 2A, 2B, 4, 5, 6A, 6B, 7A, 8 et 9*) ont répondu « oui » concernant le fait que le rôle d'animateur était pour eux une « nouvelle mission » du pharmacien d'officine à promouvoir dans l'exercice de son exercice futur ; contre 1 pharmacien animateur (*Ph. anim. 3*) ayant mentionné « non ».

Points clés 2.4 : Apport des Cercles et des conditions pour leur diffusion

Résultats et impacts des Cercles sur les pratiques professionnelles

- **Enrichissement des connaissances chez la majorité des participants à l'issue des séances (190 retours sur 193)**
- **Évolution des pratiques de prescription de certains médecins généralistes (choix entre molécules, notification de la DFG, etc.) sur la quasi-totalité des sites (8 sites sur 9)**
- **Actions interprofessionnelles, en lien avec les séances réalisées, menées ou envisagées au sein des 3 sites « Exp. Tot. »**
- **Renforcement des liens interprofessionnels entre participants et avec le pharmacien animateur au sein des sites « Exp. Tot. », mais d'intensité différente en fonction du contexte du site**

Point de vue des acteurs sur la diffusion des Cercles

- **Absence de reconnaissance financière perçue comme un frein pour la majorité des pharmaciens animateurs en vue d'une participation future (7 sur 11)**
- **Plébiscite d'un binôme d'animation médecin-pharmacien chez la majorité des participants répondants (32 sur 33) et des animateurs (8 sur 11)**
- **Complémentarité des Cercles par rapport à d'autres dispositifs (ROSP, groupes de pairs, etc.) chez la quasi-totalité des médecins généralistes répondants (21 sur 22)**
- **Nécessité des données de prescription au sein du dispositif pour la quasi-totalité des médecins généralistes répondants (20 sur 21)**
- **Majorité des pharmaciens animateurs (10 sur 11) et participants (8 sur 12) percevant l'exercice d'animateur comme une « nouvelle mission » du pharmacien d'officine à promouvoir**
- **Peu d'intérêt à devenir animateur chez les pharmaciens participants (9 sur 15)**

Section 3 : Discussion des résultats et perspectives pour une diffusion des GPMP en France

Les résultats de l'expérimentation vont nous permettre maintenant d'évaluer, de porter un jugement, sur notre expérimentation. Nous chercherons notamment à déterminer les conditions et leviers qui ont rendu possible, facilité, dans le cadre de l'expérimentation, la mise en place et le fonctionnement des Cercles. De cette évaluation de l'expérimentation, nous tenterons de déduire quelles perspectives peuvent être aujourd'hui entrevues pour une diffusion des GPMP en France.

Une des réponses attendues au sein de cette section est de savoir si les pharmaciens d'officine, les médecins généralistes ainsi que d'autres professionnels seraient prêts à participer à des GPMP et sous quelles conditions (leviers, limites). L'implantation puis la diffusion d'une nouvelle pratique ou d'une innovation organisationnelle au sein d'un pays étant soumises à l'influence de déterminants à la fois au niveau des acteurs mais aussi dépendants du contexte et plus largement du système dans lequel l'innovation prend place (Greenhalgh et al., 2004; Nolte, 2018), nous reprendrons ces deux niveaux pour déterminer les paramètres qui ont conditionné l'implantation des Cercles de notre expérimentation, puis dans un second temps pour tracer des perspectives quant à la diffusion des GPMP au sein du système de soins primaires français.

Nous préciserons enfin la configuration d'un modèle de GPMP « à la française » à déployer mais également des évolutions plus systémiques qui faciliteraient sa diffusion.

Au préalable, nous allons souligner les points forts ainsi que les limites de notre expérimentation, de nos méthodologies et des données que nous avons pu collecter.

3.1) Points forts et limites de l'expérimentation et de son évaluation

Différents éléments de la mise en place et du déroulé de notre expérimentation ainsi que de son évaluation nécessitent d'être précisés car certains d'entre eux représentent des points forts alors que d'autres témoignent des limites de l'analyse rendue possible à partir de nos résultats.

3.1.1) Points forts et limites de la mise en place et du déroulé de l'expérimentation

Notre expérimentation a pu se dérouler conformément aux différentes étapes initialement envisagées (recrutement des pharmaciens animateurs, constitution des Cercles, accompagnement des pharmaciens animateurs). C'est un point positif par rapport à notre projet. Avoir pu mettre en place et faire fonctionner des GPMP, même sous une forme expérimentale, est une condition, certes très basique, de la faisabilité d'un tel dispositif.

Nous avons pu recruter le nombre prévu de pharmaciens animateurs. Toutefois, compte tenu des modalités de recrutement, les pharmaciens recrutés sont des pharmaciens qui avaient *a priori* un attrait

préexistant pour des activités interprofessionnelles et une envie certaine de prendre en charge ce rôle de pharmacien animateur. Cela peut représenter un biais pour nos résultats mais il aurait été difficile de recruter des pharmaciens ayant une approche différente au regard de l'investissement important demandé par l'expérimentation. Par ailleurs, il est possible d'imaginer que si des GPMP se déployaient en France, cette nouvelle mission de pharmacien animateur qui ne saurait être obligatoire mobiliserait plutôt des professionnels convaincus.

Les Cercles ont été implantés comme prévus. La constitution des Cercles a permis d'intégrer majoritairement des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine mais également d'autres professionnels (médecins et pharmaciens hospitaliers, infirmiers, coordinateurs). De plus, cette constitution des Cercles tout comme la mise en place des séances s'est déroulée de manière ascendante entre professionnels des sites sans intervention de notre part.

L'accompagnement des pharmaciens animateurs dans la mise en place des séances a été réalisé de manière conforme à ce qui avait été envisagé. Les pharmaciens animateurs ont disposé des modules de formation fournis par pharmaSuisse pour l'ensemble des séances réalisées et ils ont également été accompagnés pour la préparation de chacune de leur séance que ce soit en amont mais également en aval et en fonction de leurs besoins.

Comme nous le souhaitions, une diversité des caractéristiques de la configuration de l'animation, des Cercles constitués et des sites d'expérimentation recrutés a été obtenue. Cette diversité représente un point fort pour notre expérimentation car elle a permis d'évaluer l'influence de certaines caractéristiques associées aux profils des animateurs, des participants et des sites sur le fonctionnement des Cercles. L'aisance avec laquelle le recrutement des participants s'est déroulé a été variable en fonction des sites ce qui a également permis d'identifier l'influence de certaines de ces caractéristiques pour cette étape de constitution des Cercles.

Contrairement à ce que nous envisagions, nous n'avons que marginalement pu obtenir des données de l'Assurance maladie propres à chaque Cercle. L'intégration de ces données de prescription des médecins généralistes issues de l'Assurance maladie n'a pu être effective que pour une seule des 24 séances réalisées, ce qui ne nous permet pas d'évaluer l'apport de cette disposition. Cette limite est venue des difficultés à associer les différentes CPAM à ce projet et montre la difficulté à accéder à de telles données. Il reste à savoir si cette difficulté rencontrée dans le cadre ici d'une expérimentation à des fins de recherche pourrait être levée pour une diffusion des GPMP dans d'autres contextes. Cependant, l'absence des données de prescription des médecins généralistes au sein du dispositif n'a pas semblé être un élément préjudiciable ni sur l'adhésion des participants au dispositif, ni sur le déroulé de l'expérimentation. En effet, comme souligné lors de l'implantation des PTAM et des CMP, les professionnels ont tendance, dans un premier temps, à faire connaissance avec l'autre profession, à se satisfaire des échanges interprofessionnels et échanger sur leurs pratiques respectives avant que des

directives locales plus objectives et mesurables, à travers des données chiffrées, soient entrevues dans un second temps (Damiaens et al., 2021; Kocken, 1999).

De manière annexe, la crise sanitaire liée à la Covid-19 qui est intervenue au milieu de l'expérimentation a perturbé l'implantation des séances, en raison de la mobilisation des soignants pour la prendre en charge. Cependant, ce paramètre inopiné n'a pas contrecarré le déroulé de l'expérimentation au sein des sites où une dynamique avait été créée, ces derniers ayant pu mettre en place la totalité ou quasi-totalité des séances mais avec une programmation des séances plus espacée. La crise sanitaire a peut-être, par contre, accentué les difficultés des sites qui ont plus tardé à trouver cette dynamique.

3.1.2) Points forts et limites des méthodologies d'évaluation de cette expérimentation

Le nombre de Cercles mis en place et donc évalués ne nous permet pas, nous le savions compte tenu de notre méthodologie, de produire une généralisation de nos résultats. Toutefois, la diversité des Cercles analysés et le choix d'une analyse fine nous ont fourni une évaluation riche d'enseignements.

Les principaux points forts de l'évaluation de cette expérimentation reposent sur la diversité des matériaux analysés et sur une très bonne participation des professionnels parties prenantes des Cercles à leur évaluation. Nous avons pu réaliser des entretiens semi-directifs, des questionnaires, des observations sur site, avant, pendant et après l'expérimentation, et recueillir de nombreuses données qualitatives et quantitatives tout au long de l'expérimentation. Qu'ils soient animateurs ou participants, les acteurs ont largement répondu à nos questionnaires et ont participé à nos entretiens d'évaluation.

La triangulation des résultats en a renforcée l'intérêt. Qu'elle soit réalisée en croisant les sources de données (observations personnelles, participants, animateurs) ou les outils de collecte (entretiens, questionnaires), cette triangulation des données a permis de compléter et de corroborer un certain nombre de résultats (échanges au cours des séances, évolution des relations interprofessionnelles au sein des sites, etc.).

L'arrêt de l'expérimentation sur certains sites a malheureusement restreint notre terrain d'observation. Cependant, l'évaluation longitudinale menée sur les sites d'expérimentation restants, à travers les questionnaires post séance, a permis d'analyser de manière approfondie les déterminants possibles de la dynamique des Cercles ainsi que les difficultés rencontrées sur les sites prématurément arrêtés.

Le questionnaire post expérimentation n'a quasiment été renseigné que par des participants des sites « *Exp. Tot.* », cela constitue une limite pour notre évaluation. Les retours à ce questionnaire devaient nous permettre d'évaluer la satisfaction, le bilan personnel des participants à l'issue de l'expérimentation ainsi que les perspectives qu'ils entrevoyaient pour cette pratique, et ce, quel que soit la dynamique du Cercle de leur site. Les retours à ce questionnaire devaient également nous

éclairer sur les raisons ayant pu conduire à un arrêt prématuré de l'expérimentation sur certains de ces sites. Certains participants présents qu'à une seule séance n'ont visiblement pas jugé utile de répondre au questionnaire post expérimentation. Dans les sites où l'expérimentation n'a pu être conduite jusqu'à son terme, ce manque de retours peut aussi s'expliquer par le temps écoulé entre la dernière séance effective et l'envoi de ce questionnaire post expérimentation. Toutefois, lorsqu'une structure d'exercice coordonné existait au sein de certains sites (*Sites 5 et 8*), cette difficulté a été surmontée à travers un recueil des retours du questionnaire par le coordinateur ou le pharmacien animateur du site.

Ce faible retour des questionnaires post expérimentation induit un biais et une limite pour nos résultats. Les données de bilan de l'expérimentation concernent principalement les Cercles qui ont connu une dynamique positive, elles peuvent donc être plus favorables envers les Cercles que dans la réalité. L'absence de retours des participants des sites qui se sont arrêtés prématurément n'a pas permis de mettre en évidence de manière précise et complète les raisons pour lesquelles l'expérimentation s'est arrêtée sur certains de ces sites (*Sites 6 et 7*).

Après avoir relevé les points forts et les limites associés à la mise en place de l'expérimentation et de son évaluation, nous allons maintenant analyser nos résultats en termes de conditions et leviers pour l'implantation et le fonctionnement de nos Cercles expérimentaux.

3.2) Des conditions et des leviers pour l'implantation des Cercles

L'intégration d'une nouvelle pratique nécessite que cette dernière réponde à différents paramètres pour qu'elle puisse s'implanter et envisager sa potentielle diffusion. Parmi les déterminants nécessaires à son implantation, l'adhésion des professionnels à travers leur satisfaction constitue un facteur essentiel. Toutefois, cette implantation peut être dépendante de la capacité des professionnels à s'approprier une nouvelle posture et des paramètres contextuels d'implantation. L'implantation d'un Cercle demandant l'appropriation d'un nouvel exercice chez le pharmacien animateur ainsi que son intégration au sein du contexte d'un site territorial donné, c'est à travers ces trois axes d'analyse (satisfaction des professionnels, appropriation du rôle d'animateur, intégration au sein des sites) que nous allons analyser les conditions et leviers de l'implantation des Cercles dans le cadre de notre expérimentation.

3.2.1) La satisfaction des professionnels

La satisfaction des professionnels est abordée à la fois à travers sa tendance générale observée au cours de cette expérimentation mais également à partir des motifs de satisfaction relevés. Cette satisfaction des professionnels pouvant être différente que l'on soit participant ou animateur, médecin ou pharmacien, ces points de vue vont être successivement traités.

3.2.1.1) Des professionnels satisfaits de l'expérience d'un Cercle

Du côté des pharmaciens animateurs, le bilan plutôt positif exprimé par ces derniers témoigne de leur satisfaction pour leur participation au dispositif. Le fait que la quasi-totalité des pharmaciens animateurs aient trouvé le dispositif comme ils l'imaginaient, voire plus intéressant que prévu, tout comme le souhait de vouloir continuer à animer un Cercle à l'issue de l'expérimentation, prouve leur satisfaction pour ce nouvel exercice. Cette satisfaction des pharmaciens animateurs au cours de cette expérimentation renvoie aux résultats d'un sondage réalisé en 2017 auprès de 71 pharmaciens animateurs de CQ suisses qui considéraient, pour la majorité d'entre eux (80%), que leur participation aux CQ en valait la peine malgré un investissement important en temps pour la préparation des séances (Philbet, 2018).

Chez les participants, même si certains d'entre eux ont pu initialement participer aux Cercles par curiosité, la poursuite de leur participation à la seconde séance sur l'ensemble des sites, puis leur participation grandissante voire constante au sein des sites « *Exp. Tot.* » témoignent en premier lieu de l'adhésion possible des participants, médecins et pharmaciens confondus. La recommandation de cette pratique à des confrères, par la majorité des participants est aussi un signe fort de satisfaction. L'adhésion des participants à cette pratique converge avec celle mise en évidence par l'étude de Damiaens et al. de 2017 où la quasi-totalité des 102 médecins généralistes et 99 pharmaciens officinaux belges participant à des CMP indiquaient vouloir continuer à participer à de futures CMP (Damiaens et al., 2021), tout comme aux Pays-Bas où la quasi-totalité des médecins généralistes et pharmaciens officinaux néerlandais participent actuellement aux PTAM (Foppe van Mil, 2005; Macé et al., 2022).

À partir de cette tendance générale pour laquelle la grande majorité des professionnels semble satisfait de l'expérience d'un Cercle, des motifs de satisfaction peuvent être avancés.

3.2.1.2) Les motifs de satisfaction

Cette satisfaction des professionnels pour les Cercles peut être associée à différents facteurs, que l'on soit participant ou animateur, médecin ou pharmacien, comme la facilité d'intégration du dispositif dans sa pratique personnelle, la réponse du Cercle à ses attentes ou encore son déroulé.

Du côté des pharmaciens animateurs, malgré un temps d'investissement considéré comme important et un rapport entre le temps passé et les résultats escomptés qui a pu être source d'insatisfaction pour une part d'entre eux, leur satisfaction repose en partie sur la réponse des Cercles à leurs attentes (développer la collaboration médecins-pharmaciens, travailler sur la qualité de la prescription médicamenteuse, etc.). La tenue des séances et le déroulé du dispositif ont également été sources de satisfaction.

Du côté des participants, cette satisfaction peut s'expliquer par une intégration aisée du dispositif au sein de leur pratique personnelle. En effet, en dépit d'une contribution possible en amont des séances, à travers différentes dispositions (proposition de cas patients, d'ordonnances, etc.), la contribution des participants a été plus modeste que prévue, se résumant principalement par une participation aux séances voire à une contribution ponctuelle à leur préparation. Le souhait de la majorité des participants de contribuer de manière plus prépondérante à cette préparation en cas de potentielle reconduite du dispositif montre qu'un investissement plus important est acceptable compte tenu de l'apport maintenant perçu d'exemples liés à sa propre pratique ou des difficultés concrètement rencontrées. La satisfaction exprimée par la quasi-totalité des participants sur les caractéristiques du dispositif (qualité de l'information fournie, contenu abordé, échanges de pratique) ont également contribué à leur adhésion.

L'apport des Cercles pour la pratique des acteurs (animateurs, participants) est également un facteur de satisfaction. Il s'agit d'un dispositif professionnel, la participation des professionnels à cette pratique représente un « investissement » qui doit être professionnellement rentable. En effet, l'acquisition de nouvelles connaissances chez la majorité des médecins et pharmaciens participants ainsi que le renforcement des relations interprofessionnelles notamment au sein des sites « *Exp. Tot.* » sont des éléments qui ont pu convaincre de l'intérêt des Cercles et entraîner une fréquentation assidue aux séances. Cet apport très concret des Cercles pour la pratique interprofessionnelle et personnelle des acteurs converge avec celui souligné pour différents modèles de GPMP implantés dans plusieurs pays (Bugnon et al., 2012; Damiaens et al., 2021; Kocken, 1999; Philbet, 2018).

De même, même si peu d'actions interprofessionnelles ont pu être mises en place de manière effective au sein des sites, l'intention d'en construire est partagée par un grand nombre de participants. Les Cercles sont clairement perçus comme facilitant l'évolution des pratiques vers des collaborations pluriprofessionnelles.

Cette satisfaction des professionnels semble être globalement indépendante du contexte du site et au contraire venir uniquement de la configuration du modèle de GPMP expérimenté ou de manière plus générale de la pratique d'un GPMP.

Les participants ne restituent aucune insatisfaction quant aux paramètres associés au dispositif. Nous verrons dans les paragraphes qui suivent que pour les pharmaciens animateurs la satisfaction globale n'est pas exempte de difficultés quant au modèle de nos Cercles et que pour la dynamique des Cercles, contrairement à la satisfaction déclarée des participants, le contexte du site est important.

3.2.2) Pharmacien animateur : un nouvel exercice satisfaisant mais exigeant

Comme nous en faisons l'hypothèse, le rôle d'animateur d'un Cercle nécessite pour le pharmacien des compétences, de mobiliser un temps déjà contraint et implique un changement de posture qui doit

être accepté par les autres professionnels, médecins généralistes comme pharmaciens officinaux environnants.

Nous revenons sur ces différents points qui permettent de souligner que l'exercice de pharmaciens animateurs a représenté pour eux un exercice satisfaisant mais exigeant.

3.2.2.1) Des compétences à mobiliser et à acquérir

La conduite des Cercles nécessite des compétences diverses et complémentaires, pouvant être catégorisées sous 4 grands domaines : des compétences médicales et scientifiques, des compétences pédagogiques et d'animation, des compétences associées à la gestion de projet ainsi que des compétences comportementales intégrant des aptitudes d'humilité, de dynamisme et d'écoute.

L'acquisition de connaissances pharmaceutiques, médicales et scientifiques, nécessaires pour l'exercice d'animateur fait partie des objectifs des études de pharmacie. Toutefois, les modules mis à disposition dont la nécessité a été plébiscitée par la majorité des pharmaciens animateurs soulignent le besoin de compléter ou renforcer ces connaissances pour chaque thématique d'un Cercle. Une sortie lointaine des études des pharmaciens animateurs a pu contribuer à un plus grand besoin de ces modules de formation sans qu'un lien incontestable ne puisse être établi. La demande d'un pharmacien animateur d'une formation sur l'analyse statistique témoigne d'une possible limite de la formation initiale officinale quant à l'appropriation de cette compétence au cours de ce cursus.

Le fait que la totalité des pharmaciens animateurs ait fait part de difficultés relevant de l'exercice d'animateur en tant que tel (animation, préparation des supports, etc.) tout comme la demande d'un renforcement de leur accompagnement sur les techniques d'animation de groupe au cours de l'expérimentation, soulignent que les compétences pédagogiques et d'animation ne vont pas de soi, que le pharmacien soit officinal ou non. Cette difficulté peut en grande partie venir de la formation initiale officinale, dont la plupart des pharmaciens animateurs étaient issus. Même si le pharmacien officinal est amené à acquérir lors de sa formation initiale des compétences techniques, relationnelles, pédagogiques et organisationnelles, notamment dans le cadre des enseignements d'éducation thérapeutique (Légifrance, s. d.) pour animer des séances de groupe de patients, il n'est pas formé actuellement pour animer des séances entre professionnels de santé.

L'intégration de pharmaciens animateurs avec une formation initiale ou des expériences professionnelles autres qu'officinales n'a pas mis en évidence que certains profils d'animateur permettaient une appropriation plus aisée de ce nouvel exercice

L'identification des difficultés évoquées par les pharmaciens animateurs issus de la formation initiale officinale converge avec le manque d'adéquation, relevé par certaines études, de ce cursus par rapport à l'évolution des missions du pharmacien d'officine et l'acquisition de nouvelles postures (Badran et

al., 2020; Celtipharm, 2014; Charpiat et al., 2016). La divergence d'opinions entre pharmaciens participants et animateurs concernant l'aisance avec laquelle la formation initiale en officine permet d'animer un Cercle peut s'expliquer par la confrontation directe des animateurs à cet exercice, ce qui a fait ressortir de manière plus tangible les limites de leurs compétences en animation de groupe et en connaissances scientifiques nécessaires. Par ailleurs, la possibilité pour chaque Unité de Formation et de Recherche (UFR) de Pharmacie, de choisir les maquettes et le contenu des enseignements abordant les connaissances pharmaceutiques, médicales et scientifiques (Légifrance, 2019a), peut induire une posture plus ou moins proactive vis-à-vis de la prescription médicamenteuse et une maîtrise plus ou moins forte de certaines compétences selon l'Université de formation. Les besoins perçus de compétences par les animateurs (ou les participants) peuvent donc aussi être dépendants du lieu de formation initiale.

3.2.2.2) Le manque de disponibilité comme principale limite

Avec un temps estimé en moyenne à 28h33 min par séance, le temps de préparation des séances représente une des principales limites pour intégrer une activité d'animation de Cercle dans l'exercice professionnel d'un pharmacien officinal.

Les pharmaciens animateurs de notre expérimentation jugent ce temps difficilement compatible avec leur activité professionnelle et ce quel que soit leur statut professionnel. Ils l'ont d'ailleurs positionné, pour la plupart, en dehors de leurs horaires de travail.

Sans éliminer la contrainte en soi du temps disponible pour un pharmacien en exercice, la perception d'un investissement « trop » conséquent en temps peut aussi être liée à l'absence de reconnaissance financière ou professionnelle de la mission.

Le temps de préparation dans notre expérimentation est pourtant inférieur à celui attribué à la préparation des séances du modèle des CQ suisses (env. 40 h) dont la configuration est proche (Macé et al., 2022). Même si une corrélation directe entre le temps nécessaire à la préparation des séances par site et leur arrêt n'est pas avérée, ce temps de préparation important a pu contribuer en partie aux difficultés de mise en place des séances et à l'arrêt de l'expérimentation sur certains sites. Ce manque de temps disponible est un paramètre qui a déjà été mis en avant comme un frein dans le développement des nouvelles missions du pharmacien officinal dans le cadre de l'instauration des Bilans Partagés de Médication (Defer, 2020; Mongaret et al., 2021).

3.2.2.3) Un changement de posture plutôt bien accueilli par les autres professionnels

L'accueil d'un changement de posture du pharmacien par rapport à l'appropriation de l'exercice d'animateur concerne principalement le statut du pharmacien officinal.

Son exercice quotidien et ses rapports avec les autres professionnels du territoire lui donne principalement un rôle dans l'accompagnement des patients en aval de la prescription médicamenteuse et des relations d'expertise très ponctuelles avec les médecins prescripteurs. Nous aborderons ici la position des officinaux face au rôle d'animateur d'un Cercle, nous verrons mais dans un point ultérieur (Cf paragraphe 3.2.3.1) celle des pharmaciens non officinaux.

L'appropriation chez le pharmacien officinal de l'exercice d'animateur demande que ce changement de posture soit tout d'abord bien accepté par les médecins généralistes, une partie de ces derniers remettant en cause l'élargissement du rôle du pharmacien officinal envers la prescription médicamenteuse dans la littérature (P. L. Bras et al., 2011; Carrier, et al., 2017).

L'attente exprimée chez la majorité des médecins généralistes participants, au moment de leur entrée dans l'expérimentation, d'échanger avec un pharmacien de leur territoire, tout comme leur satisfaction à l'encontre du dispositif, témoignent d'un accueil plutôt bon de ces professionnels du changement de posture du pharmacien officinal.

L'accueil de ce changement de posture pourrait être problématique pour ces confrères pharmaciens du territoire. En effet, l'animation d'un Cercle par un pharmacien officinal du territoire peut susciter des craintes chez ses confrères, avec le risque de prise de leadership et d'une déstabilisation des relations entre médecins généralistes et pharmaciens officinaux de ce même territoire. Sur un territoire, les officines sont aussi commercialement concurrentes (Pilorge, 2016a) et des liens forts des médecins du Cercle avec le pharmacien animateur pourraient lui permettre de bénéficier de l'adressage des patients de ces médecins. Toutefois, dans notre expérimentation, lorsque l'animation était faite par un officinal du territoire, la majorité des pharmaciens participants étaient surtout en attente d'échanger avec lui et ne percevait pas ce risque de déstabilisation. Le changement de posture du pharmacien officinal animateur n'a donc pas semblé poser de problèmes aux pharmaciens officinaux environnants. Le nombre croissant avec le temps des pharmaciens officinaux participant au dispositif dans les sites « *Exp. Tot.* », où un pharmacien officinal était l'animateur, confirme ce point.

Toutefois, l'évocation par un pharmacien animateur de l'influence possible d'enjeux sous-jacents pour expliquer l'arrêt prématuré de son Cercle témoigne que le contexte du site d'implantation peut conditionner l'implantation et le fonctionnement des Cercles, ce que nous allons maintenant aborder.

3.2.3) Des paramètres contextuels pouvant expliciter une dynamique hétérogène

Nos résultats montrent qu'à partir d'un modèle de GPMP défini, la mise en place des Cercles peut rencontrer une dynamique différente en fonction du contexte d'implantation.

Les caractéristiques des sites d'expérimentation peuvent conditionner l'implantation des Cercles, leur fonctionnement et leurs résultats comme le soulignent plusieurs études étrangères pour lesquelles le

contexte dans lequel un projet complexe est implanté, tel que celui des GPMP, est en mesure d'influencer considérablement sa mise en place et les résultats escomptés (Murray et al., 2010; Pfadenhauer et al., 2017; Waters et al., 2011).

Les données que nous avons recueillies au cours de cette expérimentation ont permis d'observer des dynamiques différentes du dispositif entre sites, de retranscrire les perceptions des professionnels voire d'identifier de potentielles causes d'arrêt du dispositif. Mais nos analyses ne nous permettent pas de définir de manière simple les raisons qui ont conduit à une dynamique positive ou à l'arrêt de l'expérimentation selon les sites. Les dynamiques rencontrées par le dispositif tout comme les causes de son arrêt sont multifactorielles et imbriquées.

Des pistes pour expliquer cette hétérogénéité peuvent cependant être émises à partir des caractéristiques de notre expérimentation. Nous abordons ces pistes d'explication à travers l'analyse de l'influence de trois dimensions : les caractéristiques des acteurs (animateurs, participants), les relations interprofessionnelles préalables dans le site ainsi que son contexte territorial et organisationnel.

3.2.3.1) Caractéristiques des acteurs

Le statut professionnel du pharmacien animateur (officinal, hospitalier, etc.) et son positionnement au sein du site (« intra » ou « hors site ») est un premier élément en mesure d'influencer l'implantation et le fonctionnement des Cercles.

En effet, la pertinence du portage de l'animation d'un Cercle par un pharmacien officinal du territoire réside, outre sa connaissance sur les médicaments, sur sa connaissance des pratiques du territoire, notamment celles des médecins généralistes participants. L'animation d'un Cercle par un pharmacien officinal du territoire est un paramètre qui semble faciliter la mise en place des séances à travers l'identification de pistes de travail à aborder au cours des séances compte tenu des problématiques du territoire. Les difficultés rencontrées par un pharmacien animateur « hors site » pour la préparation de ses séances tendent à confirmer ce point, tout comme le retrait de l'expérimentation de deux pharmaciens animateurs suite au retrait de leur binôme respectif, en raison d'un manque de légitimité perçue par ces derniers en raison d'une absence de relations, de connaissance des médecins participants de leur Cercle.

Pour autant ces difficultés ne signifient pas qu'un animateur « hors site » soit réhibitoire pour le fonctionnement et la réussite d'un Cercle. Dans un de nos sites qui a mis en place toutes les séances prévues, avec une satisfaction nettement affirmée des participants, l'animateur était un pharmacien non officinal et « hors site ». Le nombre restreint de séances réalisées dans les sites où l'animation était portée par un pharmacien autre qu'officinal, ne nous permet pas de déterminer si ces pharmaciens ont des compétences spécifiques, facilitatrices pour l'implantation et le fonctionnement des Cercles,

aptes à compenser le fait de ne pas appartenir au territoire. Il est de fait possible que les compétences du pharmacien animateur soient aussi importantes que son statut au sein du site.

Par ailleurs, certaines caractéristiques des participants pourraient avoir une influence sur l'implantation des Cercles. En tout premier lieu, l'âge des professionnels semble avoir un effet favorable qui demanderait toutefois à être conforté. En effet, l'âge des participants (48,1 ans) au début de l'expérimentation ainsi que l'intégration prépondérante de jeunes professionnels au cours de l'expérimentation sont en mesure d'illustrer que les Cercles seraient plus attractifs pour les professionnels en début ou milieu de carrière. Cet effet âge est parfaitement cohérent avec le profil des médecins généralistes qui choisissent un exercice de groupe, 81 % des moins de 50 ans, contre 57 % pour les 50-59 ans et 44 % pour les 60 ans ou plus d'après Chaput et al. (Chaput et al., 2019).

Outre ce paramètre sociodémographique, l'appartenance des médecins généralistes à un groupe de pairs semble également un paramètre positif pour participer à un Cercle. En effet, les Cercles qui ont intégré des médecins appartenant à un groupe de pairs, ont rencontré, pour la plupart, une implantation plus aisée à travers le recrutement d'autres confrères ainsi qu'une dynamique plus favorable au cours de l'expérimentation. Ce constat semble cohérent avec l'intérêt que peut rechercher ce profil de médecins généralistes à travers l'échange de pratique que ce soit avec des médecins ou des pharmaciens.

La dynamique de l'implantation puis du fonctionnement d'un Cercle peuvent être freinées, stoppées par des oppositions locales. Ce constat souligne la fragilité de l'implantation des Cercles qui peut être personne dépendante. Le manque de retours des professionnels, médecins et pharmaciens qui n'ont pas adhéré à l'expérimentation ou qui ont refusé d'y participer, représente ici un biais pour notre analyse que des travaux ultérieurs ciblant les réticences de certains professionnels devront dépasser. Cependant, mes observations sur site lors de la première séance, lors du pilotage du projet ainsi que le retour de certains pharmaciens animateurs post expérimentation laissent entrevoir qu'une attitude dubitative voire négative de professionnels influents sur le territoire (médecins, pharmaciens), avant ou pendant la première séance, a influencé leurs confrères et contribué à stopper l'expérimentation sur ces sites.

Que ce soit à travers un effet facilitant via le recrutement d'autres confrères mais également limitant à travers l'opposition de quelques professionnels, l'attitude *a priori* des médecins du territoire n'est pas sans importance.

3.2.3.2) Intensité des relations interprofessionnelles au sein des sites

L'intensité des relations interprofessionnelles existantes au sein des sites est un paramètre positif mais non nécessaire pour l'implantation des Cercles et de leur fonctionnement.

L'existence de relations interprofessionnelles, pouvant être qualifiées d'« *élevées* », avec des collaborations antérieures ou actuelles, comme dans plusieurs de nos sites, a nettement facilité l'implantation des Cercles concernés. Cette antériorité des interactions entre professionnels a produit une adhésion des professionnels rapide au dispositif et l'intégration, (parfois progressive), de la grande majorité des médecins et des pharmaciens du territoire au sein de ces Cercles.

L'absence initiale de relations interprofessionnelles n'est pourtant pas un paramètre bloquant pour l'implantation d'un Cercle comme le prouve la dynamique positive d'un des sites où les professionnels exerçaient sur des lieux géographiquement distants et n'avaient pas de relation au préalable. L'absence de relations « *étroites* » entre acteurs reste problématique pour l'implantation des Cercles lorsque celle-ci est renforcée par des difficultés que ce soit en raison d'un manque d'adhésion des professionnels ou bien à cause de problématiques organisationnelles. Ces difficultés, impliquant alors pour l'animateur plus de temps pour la constitution du Cercle et une contribution plus importante, peuvent fragiliser sa mobilisation et rendre plus incertaine la faisabilité du Cercle.

3.2.3.3) Caractéristiques territoriales et organisationnelles du site d'implantation

La mise en place de l'expérimentation a permis d'intégrer des sites d'expérimentation avec des caractéristiques territoriales mais également organisationnelles diverses. Les résultats obtenus au cours de l'expérimentation nous permettent d'avancer quelques premières pistes d'analyse sur leur impact.

En premier lieu, la typologie du territoire d'implantation d'un Cercle (rurale, urbaine, etc.) ne présume pas en tant que tel de la réussite du Cercle. Cependant, un territoire dans lequel un nombre cohérent et restreint de professionnels peuvent être intégrés avec des patientèles en partie commune (zone rurale ou semi-rurale, petite commune ou deux communes proches) est une configuration plus propice à l'implantation et au fonctionnement d'un Cercle. A contrario, une configuration urbaine intégrant un nombre important de professionnels est une configuration territoriale pour laquelle l'implantation d'un Cercle semble plus compliquée.

Lorsque la configuration territoriale n'est pas facilitante pour l'implantation d'un Cercle, son intégration dans les projets d'une structure d'exercice coordonné est en mesure de jouer un rôle très positif. En effet, l'intégration d'un Cercle aux projets d'une structure d'exercice coordonné (MSP, CPTS) comme ce fut le cas au sein de trois sites d'expérimentation rend beaucoup plus facile l'implantation de cette pratique, que ce soit d'un point de vue logistique pour la préparation ou pour la tenue des séances mais aussi pour l'obtention de l'adhésion des professionnels de santé (médecins, pharmaciens). Par contre, l'intégration dans un Cercle de professionnels rattachés à des structures d'exercice coordonné sans que le Cercle ne soit intégré dans une de ces structures ne semble pas avoir d'impact sur ce Cercle. C'est donc plus le portage par une structure d'exercice coordonné qui est opérant.

Après avoir synthétisé et discuté, à partir des résultats observés, des conditions et leviers qui ont favorisé ou pas l’implantation de nos Cercles, nous élargissons notre analyse au-delà de notre expérimentation, en dessinant à partir de nos constats quelle pourrait être la configuration du modèle de GPMP « à la française » et quelles évolutions plus systémiques faciliteraient sa diffusion.

3.3) La configuration du modèle de GPMP « à la française » à déployer

Les résultats que nous avons recueillis nous permettent d’entrevoir une configuration du modèle de GPMP qui pourrait être déployé en France. Le modèle de GPMP que nous avons expérimenté semble être un modèle convaincant mais certains points restent à améliorer pour une diffusion facilitée. Nous reprenons chacun des paramètres associés à la configuration du modèle expérimenté (portage de l’animation, public cible visé, modalités d’implantation des Cercles et des séances, modalités d’accompagnement des animateurs, supports mis à disposition des animateurs) afin de souligner quels sont les éléments qui semblent être des points importants à conserver et à conforter, et ceux a contrario qui nécessiteraient d’être revus.

3.3.1) Un binôme d’animateurs médecin-pharmacien

Dans notre expérimentation, le portage de l’animation des Cercles devait être principalement réservé aux pharmaciens, notamment officinaux et ce à travers différentes modalités d’animation (solo, binôme).

Dans nos résultats, rien d’objectif ne permet de trancher entre animation en solo ou en binôme. Les sites qui sont allés au bout de l’expérimentation ont été portés par des animateurs en solo, les sites qui ont arrêté très rapidement l’expérimentation l’ont fait pour certains parce que le binôme d’animateurs n’était plus possible. L’animation en binôme n’est pourtant pas associée à un investissement individuel moindre au regard des temps de préparation observés ; le temps investi apparaît plus dépendant des pharmaciens ou du contexte du site d’expérimentation. Toutefois, l’animation en binôme peut laisser entrevoir certains avantages notamment en matière de partage des tâches que ce soit dans la préparation ou l’animation des séances, et elle peut sembler plus sécurisante pour une activité parfaitement nouvelle pour les pharmaciens. Au regard de ces éléments, la modalité d’animation du modèle à déployer devrait pouvoir être choisie par les animateurs, que ceux qui ne souhaiteraient animer un Cercle qu’à deux puissent le faire.

L’autre point à aborder concerne le choix du ou des professionnel(s) à qui le portage de l’animation du dispositif serait confié. Le manque de disponibilité et d’intérêt exprimé par la majorité des pharmaciens officinaux de devenir animateur peut laisser entrevoir des difficultés quant à un recrutement potentiel de pharmaciens animateurs. Un portage de l’animation qui puisse être alterné entre pharmaciens officinaux d’un même territoire, comme c’est le cas au sein du modèle néerlandais

(Cf paragraphe 3.1.2 - Ch. 2) permettrait en partie de lever ce frein. Toutefois, ce risque de ne pas avoir assez de candidats si seuls les officinaux étaient sollicités et surtout l'intérêt que peut représenter l'intégration d'autres compétences pour l'animation amènent à envisager un portage de l'animation non exclusivement porté par un ou des pharmaciens officinaux. L'animation pourrait ainsi être assurée par un binôme biprofessionnel, un officinal mais aussi un pharmacien, autre qu'officinal, compétent dans la ou les thématiques abordées ou un médecin généraliste, comme c'est le cas au sein des modèles belge et néerlandais. Cette perspective d'un binôme médecin-pharmacien, plébiscitée par l'ensemble des professionnels de l'expérimentation, pourrait notamment permettre de répondre avec pertinence aux besoins des deux professions, comme souligné lors de l'implantation des PTAM aux Pays-Bas (Kocken, 1999). De plus, cette configuration d'animation serait cohérente avec l'approche interprofessionnelle du dispositif et permettrait, comme souligné par un pharmacien animateur, de faciliter l'adhésion des médecins à cette pratique, notamment dans les territoires où des réticences peuvent être rencontrées.

3.3.2) Une ouverture du public cible à conserver

En complément des médecins généralistes, l'ouverture des GPMP aux pharmaciens, comme principalement réalisée au sein des modèles belge et néerlandais, voire à d'autres professions (infirmiers, coordinateurs notamment), semble un choix pertinent pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, le manque de représentativité des professionnels du territoire au sein des GPMP, notamment à travers l'absence de pharmaciens environnants pourrait représenter une entrave à leur implantation devant l'attente exprimée des professionnels d'interagir avec des médecins et pharmaciens de leur territoire.

L'absence de freins observés à l'ouverture de nos Cercles à d'autres professions, autres que médecins généralistes, sur le déroulé du dispositif tout comme l'intensité des échanges, permet de conforter le choix d'ouvrir les GPMP à plusieurs professions. Aucune de nos observations, ni retours lors des questionnaires ou des entretiens n'ont fait état de difficultés dues à la pluriprofessionnalité des participants.

Le dispositif des GPMP a pour objectif de faire interagir les professionnels d'un territoire pour faire évoluer les pratiques individuelles mais aussi pour construire des actions collectives, interprofessionnelles, comme des consensus de pratique. L'ouverture des GPMP à l'ensemble des professionnels intéressés du territoire, concernés par les thématiques traitées mais aussi potentiellement par les actions collectives qui seraient construites est parfaitement cohérent. La condition qui demeure, comme souligné lors de l'implantation des CMP en Belgique (Damiaens et al., 2021), est l'implication de professionnels exerçant au sein d'une zone géographique commune qui serait ensuite la zone de mise en œuvre de l'action collective.

Une des limites pouvant contrecarrer l'ouverture des GPMP à plusieurs professions, est l'intégration d'un nombre important de participants en fonction du contexte du site, nous abordons ce point dans le paragraphe suivant.

3.3.3) Une liberté d'implantation des GPMP mais quelques préconisations

La liberté laissée aux professionnels pour implanter leur GPMP et les séances au sein du modèle expérimenté confirme tout son intérêt afin que le dispositif puisse s'adapter aux attentes des acteurs mais également au contexte des territoires.

Plusieurs préconisations, dont certaines faites en amont de l'expérimentation (nombre minimum de participants, réalisation d'un diaporama, d'un compte rendu, etc.), peuvent être, malgré tout, confirmées ou précisées.

Un nombre minimum de 4 médecins généralistes par Cercle, semble adapté au regard du nombre minimum de participants requis pour qu'un échange de pratique soit opportun. Au-delà de ce minimum, il est difficile de donner un nombre optimum de participants par Cercle pour le bon déroulé des séances, il est fortement dépendant des caractéristiques des sites. Un nombre de participants situé entre 5 et 10 pourrait être un nombre approprié, c'est l'effectif moyen relevé dans les autres modèles de GPMP (Macé et al., 2022). La présence d'un nombre plus important de participants au sein d'un GPMP, comme ce fut le cas lors de plusieurs séances d'un des sites, pourrait représenter un risque pour le bon déroulé des séances (difficultés en termes d'échanges et d'interactivité).

Dans notre expérimentation, les séances durent en moyenne 2 heures et ont une fréquence comprise entre 3 et 4 mois. Ces caractéristiques semblent représenter des dispositions opportunes pour la tenue des séances. En effet, elles sont pertinentes et acceptables par rapport à la nécessité d'un fil conducteur entre séances, mais également au regard de la disponibilité des participants et du travail à réaliser pour les animateurs.

L'analyse d'ordonnances issues de la pratique des médecins généralistes participants est une méthode à vraiment favoriser pour animer les échanges entre professionnels et les faire réfléchir sur leurs pratiques de prescription et, de manière plus large, sur le bon usage du médicament.

La réalisation d'un diaporama et d'un compte rendu à l'issue des séances sont des préconisations qui sont confortées, au regard des retours des acteurs lors de notre expérimentation.

En dehors de ces quelques préconisations, la conduite des GPMP doit comporter une part importante de liberté dans l'implantation et le fonctionnement du dispositif voire dans la manière dont les professionnels souhaiteraient faire reconnaître leur participation à cette pratique, nous reprendrons plus loin au paragraphe 3.4.3 cette question.

3.3.4) Un accompagnement incontournable des animateurs

Les modalités d'accompagnement des animateurs au sein du dispositif, à travers la mise à disposition de supports pour préparer les séances, mais également à travers d'autres modalités d'accompagnement, comme des entretiens individuels réalisés sont importantes pour la faisabilité des GPMP.

La mise à disposition de modules de formation pour conforter leurs connaissances sur les thématiques abordées et accompagner la préparation des séances est apparue indispensable aux animateurs dans notre expérimentation. Si le principe doit être conservé, le fond et la forme des supports de ces modules nécessitent d'être revus, nous précisons comment au paragraphe 3.3.5. En dehors des modules de formation fournis aux animateurs, un renforcement de leur accompagnement dans l'analyse statistique et sur les techniques d'animation de groupe pourrait être proposé au regard des compétences requises et non complètement assurées par la formation initiale des pharmaciens officinaux.

Fournir aux animateurs les données de prescription des médecins présents dans leur groupe serait un paramètre important pour la pertinence du dispositif et un ancrage des séances sur des pratiques situées et concrètes. Comme mentionnés par les médecins interrogés, ces données de prescription permettraient de mieux situer leur pratique de prescription, de les analyser avec les autres professionnels du groupe et d'envisager des pistes d'évolution opérationnelles et personnalisées. Elles donneraient aux séances un impact dont la perception serait très évidente.

L'accompagnement des animateurs à travers des entretiens individuels représente également une disposition importante à conserver pour l'effet facilitant de cette disposition, notamment pour la mise en place d'une première séance ou lorsque l'animateur rencontre des difficultés. Ce besoin d'accompagnement individuel est surtout présent pour débiter comme animateur.

L'idée d'une plateforme de partage mise à disposition des animateurs peut être abandonnée. Elle n'a pas semblé utile et a été spontanément supplantée par d'autres modalités (mails principalement) pour la diffusion des outils élaborés (diaporamas, comptes rendus) par les différents animateurs.

Cet accompagnement des animateurs pourrait également être envisagé par la contribution de conseillers préalablement formés et compétents pour cette pratique, comme ce fut le cas lors de l'initiation des PTAM aux Pays Bas, et qui interviendraient pour mettre en place et conduire les séances (Kocken, 1999). Cependant, le dispositif à déployer ne doit pas perdre son sens premier, c'est-à-dire faire travailler les professionnels du territoire autour de leur pratique et de manière collective. Ainsi, intégrer un tiers préalablement formé, extérieur du site, doit se faire de manière constructive et non descendante et seulement pour répondre aux besoins et attentes des acteurs.

3.3.5) Des supports de préparation plus adaptés et des données de prescription requises

Les difficultés rencontrées au cours du dispositif dans l'appropriation des modules de formation, notamment pour leur côté chronophage, nécessitent de revoir la configuration de ces derniers. Que ce soit en raison d'un temps d'appropriation important chez les animateurs ou d'un manque d'adéquation de ces modules pour la préparation des séances, des évolutions doivent être apportées sur le fond et la forme des supports fournis. Un travail de réadaptation de ces modules semble nécessaire afin de les rendre plus adaptés aux besoins et aux contraintes professionnelles des animateurs. La fourniture d'autres supports tels que des diaporamas préétablis, des documents de travail concis et abordant des sujets précis comme au sein des modèles belge et néerlandais, pourrait alors être une piste opportune dans le modèle de GPMP à déployer. Ces supports pourraient être élaborés par des organismes de formation mais également par des sociétés savantes comme c'est le cas au sein des modèles belge et néerlandais (Macé et al., 2022).

Concernant les données de prescription, les données fournies lors de l'expérimentation par la CPAM de l'Isère ont montré tout l'intérêt qu'elles pouvaient représenter pour l'animation et l'efficacité du Cercle concerné. Elles permettent d'analyser avec précision les pratiques de prescription des médecins généralistes participants, et de pouvoir les comparer entre confrères du Cercle et du département. Ce type de données, semblables à celles utilisées au sein du modèle suisse des CQ, représente un profil de données qui serait pertinent d'obtenir pour le modèle de GPMP à déployer.

Les données fournies par les logiciels métiers (logiciel d'aide à la délivrance, logiciel de structure d'exercice coordonné) ont aussi permis de disposer de profils de prescription mais beaucoup plus globaux et non spécifiques. Ce type de données pourrait être complémentaire des précédentes. Elles ont aussi l'intérêt de ne pas nécessiter d'avoir besoin de l'Assurance maladie pour les obtenir et de s'inscrire dans une certaine autogestion des acteurs pour leur démarche d'analyse des pratiques sans qu'une disposition régulatrice n'intervienne. Toutefois, l'extraction de ces données, les requêtes à construire et l'analyse qu'elles vont demander induiront une charge de travail pour les animateurs ou pharmaciens participants. Le risque est alors qu'elles ne soient pas ou peu systématiquement fournies.

Les éléments de configuration d'un modèle de GPMP « à la française » qui viennent d'être exposés devraient être assortis d'évolutions plus larges en termes de formation, d'organisation, de pilotage pour une faisabilité confortée. Ces évolutions situées plus au niveau du système de santé sont analysées dans la partie suivante.

3.4) Évolutions systémiques au regard d'une potentielle diffusion des GPMP en France

Les résultats obtenus au cours de cette expérimentation permettent aussi de préconiser des évolutions plus systémiques qui favoriseraient une diffusion des GPMP en France, ces évolutions pouvant soit permettre de renforcer certains leviers ou de lever certaines barrières.

Cette question de la diffusion des GPMP au regard de certaines évolutions organisationnelles, professionnelles ou structurelles implique de se poser la question de leur côté raisonnable et plausible.

Nous abordons cette question dans plusieurs domaines : l'évolution de la formation initiale des études de santé, l'essor actuel de l'exercice coordonné, la reconnaissance financière et professionnelle des acteurs, l'intérêt que pourrait avoir l'Assurance maladie pour cette pratique mais également la configuration du portage institutionnel de ces GPMP à la française.

3.4.1) Une évolution de la formation initiale des études de santé comme levier potentiel

L'exercice d'animateur de GPMP est une pratique qui va dans le sens de l'évolution des missions du pharmacien officinal à travers une pratique plus interprofessionnelle et où l'expertise du pharmacien officinal est mieux exploitée. Cependant, bien que cet exercice représente une possible nouvelle mission du pharmacien d'officine pour la majorité des pharmaciens (animateurs et participants) de l'expérimentation et l'Ordre des Pharmaciens (Ordre National des Pharmaciens, 2021), certains éléments présentés au sein du paragraphe 3.3.1 (manque d'intérêt, manque de disponibilité, etc.) sont des limites fortes à sa diffusion au sein de la profession.

Cependant, l'intégration de jeunes pharmaciens animateurs au sein de l'expérimentation, tout comme les retours de certains pharmaciens animateurs et participants, laissent entrevoir que ce type d'exercice pourrait représenter une mission attractive pour les nouvelles générations de pharmacien d'officine qui chercheraient à avoir une pratique plus proactive et interprofessionnelle sur leur territoire. Dans ce contexte, une évolution de la formation initiale des études de pharmacie représenterait un levier pour faciliter l'appropriation de ce nouvel exercice à travers l'acquisition de compétences requises pour animer un GPMP (Cf paragraphe 3.2.2.1) notamment à travers l'intégration d'Unités d'Enseignement (UE) spécifiques comme c'est le cas au sein des études de pharmacie aux Pays-Bas (Macé et al., 2022). L'acquisition au sein de la formation initiale de compétences requises pour la réalisation de nouvelles missions ne signifie pas pour autant leur déploiement effectif dans le monde professionnel comme le souligne les difficultés d'implantation des Bilans Partagés de Médication (Demarti, 2019; Laurent Lefort, 2018). Cette évolution du cursus initial permettrait toutefois aux étudiants de la filière officine de se familiariser avec l'exercice d'animateur, ce qui faciliterait l'appropriation de ce nouvel exercice dès leur sortie des études. De plus, un partage de ces enseignements entre étudiants de la filière officine et de médecine générale serait une perspective pertinente, la mixité des publics pouvant

alors contribuer au développement de cette pratique pluriprofessionnelle. L'évolution actuelle de la formation des professionnels de santé vers un enseignement plus transversal et plus interprofessionnel rend plausible cette perspective mais ceci demanderait cependant une organisation logistique et pédagogique non négligeable des deux cursus pour rendre compatible l'intégration de cette formation complémentaire au sein de ces deux filières.

3.4.2) Le déploiement des CPTS comme levier à la diffusion de cette pratique

Nos résultats montrent que l'intégration de nos Cercles au sein des projets de structures d'exercice coordonné (MSP, CPTS) représente une disposition facilitante (adhésion des professionnels, organisation logistique, etc.).

Le déploiement actuel des structures d'exercice coordonné en France avec une intégration croissante des professionnels de santé (médecins généralistes, pharmaciens officinaux, etc.) est donc un contexte extrêmement favorable à la diffusion des GPMP dans les soins primaires français. Parmi les différentes structures d'exercice coordonné, les CPTS avec leurs objectifs de coordonner les professionnels de soins primaires et secondaires d'un territoire mais également de développer la qualité et la pertinence des soins (Assurance Maladie, 2021e; Mrozovski, 2020) représentent des organisations propices pour intégrer des GPMP dans leurs projets. La volonté des pouvoirs publics, à travers le plan de transformation du système de santé « Ma santé 2022 », d'atteindre l'objectif de 1000 CPTS couvrant l'ensemble du territoire national à l'horizon 2022 (ARS, 2011) renforce toute la potentialité que le déploiement des CPTS représente pour la diffusion des GPMP en France.

Toutefois, afin de profiter pleinement du potentiel de ce type de structures qui sont déjà pour certaines mobilisées par de multiples actions (CPTS Métropole Nancéienne, 2021; Falcoff et al., 2019), les GPMP doivent s'y intégrer de la manière la plus cohérente possible pour ne pas être une source de surcharge de travail pour les professionnels *in situ*. Si dans le cadre de notre expérimentation, les thèmes traités étaient définis au préalable, la conception des séances peut se concevoir de manière plus ascendante en lien avec des projets en cours ou en construction dans les CPTS. On peut aussi envisager qu'une seule thématique relative aux projets en cours soit traitée sur plusieurs séances, de façon approfondie, pour aboutir à des actions effectives sur le territoire de la CPTS.

Qu'il soit ou pas intégré aux projets d'une structure d'exercice coordonné, la manière de mettre en place un GPMP et ses séances devrait rester au libre choix des sites, cette pratique devant s'adapter à la configuration du site afin de s'intégrer de la manière la plus cohérente possible aux pratiques des professionnels du territoire et de répondre à leurs besoins.

3.4.3) Différentes possibilités envisageables pour reconnaître la participation des professionnels

La diffusion des GPMP ne sera pas insensible aux moyens permettant de faire reconnaître la participation des professionnels à cette pratique, que ce soit d'un point de vue financier ou professionnel.

L'absence de reconnaissance financière semble représenter un frein important chez la majorité des pharmaciens animateurs pour une participation future, au vu de l'investissement important demandé. Cet investissement en temps justifierait une reconnaissance, une rémunération des professionnels qu'ils soient animateurs ou participants comme au sein des autres modèles de GPMP étudiés (Cf paragraphe 3.1.3.3.-Ch 2). Une compensation financière semblerait d'autant plus importante chez les pharmaciens titulaires d'officine car elle pourrait venir lever certaines craintes ressenties par ces derniers avec une évolution des pratiques de prescription des médecins généralistes participants possiblement contre-productive avec l'activité économique de leur officine, lorsqu'une déprescription est promue par exemple.

Dans le cadre de l'intégration d'un GPMP dans les projets d'une structure d'exercice coordonné, une reconnaissance financière des acteurs pourrait être envisagée par l'intermédiaire des ACI, qui permettent à des professionnels rattachés à des structures d'exercice coordonné (CPTS, MSP) de faire reconnaître et de percevoir une rémunération pour des actions menées au sein de ces structures (Assurance Maladie, 2020c, 2021e). Cependant, la compensation financière de la contribution des acteurs à cette pratique, que ce soit en tant que participant ou animateur, doit se poser également dans le cadre de leur pratique professionnelle et en dehors de tout rattachement à une structure d'exercice coordonné. Cette reconnaissance financière pourrait être gérée par une instance de régulation, en l'occurrence l'Assurance maladie. Faciliter, accompagner la diffusion de GPMP pourrait alors justifier des négociations pour un financement dans le cadre des conventions avec l'Assurance maladie mais pourrait également être envisagé à travers d'autres modalités que nous abordons au paragraphe 3.4.4.

Une reconnaissance de la participation des professionnels à des GPMP pourrait également être conçue dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC). La volonté des instances publiques de soutenir le développement de l'exercice coordonné à travers le déploiement d'une offre de DPC interprofessionnel en appui aux organisations coordonnées des territoires est compatible avec une demande de reconnaissance de l'activité d'animateur comme du statut de participant d'un GPMP (ANDPC, 2019, 2022).

La convergence des objectifs des GPMP avec ceux de l'une des orientations nationales prioritaires du DPC 2020-2022, l'orientation n°9 « Bon usage des médicaments » (prise en compte de l'impact médical et économique du mauvais usage du médicament, révision des pratiques, développement des prises en charge interdisciplinaires, etc.) (ANDPC, s. d.-b), confirme que le DPC puisse reconnaître la

participation de professionnels à des GPMP. Toutefois, cette reconnaissance nécessiterait au préalable, que cette pratique intègre un programme de formation qui soit habilité par le DPC en répondant au cahier des charges de cette orientation (orientation n°9). L'habilitation d'une telle formation permettrait aux professionnels de satisfaire leur obligation de DPC à travers l'approfondissement des connaissances mais également via l'analyse de leurs pratiques professionnelles (ANDPC, s. d.-a). Cette perspective nécessiterait que des structures de formation accompagnent le potentiel déploiement des GPMP, ce que nous aborderons au paragraphe 3.4.5. Toutefois, dans le cadre du développement des structures d'exercice coordonné et plus particulièrement des CPTS, les pouvoirs publics envisagent de rendre éligibles au financement par le DPC des organisations territoriales (CPTS, MSP) délivrant des formations telles que des retours d'expériences, des confrontations de pratiques, etc., cela laisse entrevoir une autre possibilité pour faire reconnaître la participation de professionnels à des GPMP (Fauchier-Magnan & Wallon, 2018).

3.4.4) Un accompagnement par l'Assurance maladie

L'expérimentation mise en place a certes suscité un certain intérêt de l'Assurance maladie avec la contribution de deux CPAM à l'expérimentation mais cet intérêt est resté local et limité. Pourtant les GPMP pourraient être attractifs pour l'Assurance Maladie.

Ils apparaissent complémentaires aux dispositifs qu'elle finance ou pilote comme la ROSP (tout du moins ici les items concernant le médicament) ou les visites des Délégués de l'Assurance Maladie (DAM) qui peuvent parfois concerner les activités de prescription. Le bilan médico-économique des GPMP à l'étranger, notamment en Suisse devrait aussi convaincre le financeur qu'est l'Assurance maladie. Les GPMP peuvent apparaître comme une alternative pertinente et en phase avec l'évolution de la profession médicale compte tenu du nombre certes limité mais grandissant de médecins participant à des groupes de pairs en France (Rohrbasser et al., 2019) ou de l'attrait important des jeunes générations de médecins généralistes pour l'exercice de groupe et les échanges pluriprofessionnels (Chaput et al., 2019).

Un accompagnement plus acquis de l'Assurance maladie apporterait des leviers pour la diffusion des GPMP. Notre expérimentation a souligné la capacité technique et logistique de l'Assurance maladie à fournir des données propices pour des échanges sur les pratiques individuelles, mais elle a également mis en lumière une contribution pour l'instant CPAM dépendante. Un appui de l'Assurance maladie au GPMP mais également une approche coordonnée entre CPAM pour accompagner ce projet et faciliter l'obtention des données de prescription garantirait leur mise à disposition. Bien que demandant aux caisses un surplus de travail, cette perspective semble envisageable au regard de l'accompagnement logistique assuré par l'Assurance maladie dans le déploiement actuel des Groupes Qualité entre médecins au sein de plusieurs régions françaises (URPS Médecins libéraux de Bretagne, 2017).

À côté d'un appui via la transmission de données, la question d'une reconnaissance financière des professionnels intégrant un GPMP concernerait aussi l'Assurance maladie (Cf paragraphe 3.4.3). Cependant, si une reconnaissance conventionnelle des GPMP était envisagée, une démarche similaire vis-à-vis d'autres dispositifs intégrant les mêmes objectifs (qualité et efficacité de la prescription médicamenteuse) et dont la configuration est assez proche (groupes de pairs, Groupes Qualité) serait sans doute nécessaire.

Ce constat et la complexité que demanderait l'intégration des GPMP dans le cadre conventionnel laissent peu de place à court terme pour cette perspective. Un accompagnement de l'Assurance maladie à travers une rémunération des professionnels libéraux pour pertes de revenus comme celle mise en place dans le cadre du dispositif des Groupes Qualité entre médecins (Assurance Maladie, 2018) semblerait plus plausible. La reconnaissance financière des professionnels salariés (médecins généralistes, pharmaciens officinaux, etc.) resterait toutefois à définir.

3.4.5) Un partage du portage du dispositif comme configuration opportune

Dans le cadre de cette expérimentation, le portage du dispositif a été réalisé par un organisme de formation universitaire à but de recherche. Ce portage ne peut être celui d'une potentielle diffusion des GPMP en France. Un portage doit donc être imaginé dans l'optique d'une diffusion des GPMP dans les pratiques communes.

Le portage principal par un organisme au niveau national qu'il soit professionnel comme c'est le cas en Suisse avec pharmaSuisse, ou institutionnel comme avec IVM aux Pays-Bas, est une option envisageable. Un portage principal par une instance de régulation comme c'est le cas en Belgique ne semble être pas une piste à retenir devant la forte demande d'indépendance des Cercles vis-à-vis de l'Assurance maladie pour la majorité de nos participants. L'ANSM qui surveille l'usage du médicament pourrait être un organisme national capable de porter le projet mais un examen de ses missions montre rapidement que les GPMP ne pourraient s'y inscrire (ANSM, s. d.). Hormis les organismes évoqués (Assurance maladie, ANSM), nous ne voyons pas *a priori* d'autre organisme national dont les objectifs pourraient justifier de porter seul le projet de diffusion des GPMP.

Un partage du portage par différents organismes ou institutions, avec une répartition des rôles, comme c'est le cas au sein des modèles belge et néerlandais (Macé et al., 2022), serait une configuration envisageable pour faciliter une diffusion des GPMP en France. Sociétés savantes, organisations professionnelles, institutions collaboreraient, chaque entité aurait ses propres fonctions : accompagnement des groupes, requête des données, élaboration des outils, recrutement des professionnels, etc.

Si une collaboration nationale semble difficilement envisageable dans un premier temps, un portage entre plusieurs organismes ou institutions locales pourrait alors être une piste envisageable, à un

niveau régional, comme c'est le cas notamment pour le dispositif des Groupes Qualité entre médecins (ARS Bretagne, s. d.). Les OMEDIT, qui sont des structures régionales d'appui, d'évaluation et d'expertise scientifique indépendante sur le médicament, pourraient être des structures d'appui pour la coordination des dispositifs de GPMP. La contribution de sociétés savantes ou d'organismes de formation semblerait également nécessaire pour construire les outils de préparation des séances mais aussi pour une démarche d'habilitation au DPC de programmes de formation intégrant les GPMP comme modalité de formation. Pour sa part, la contribution déjà évoquée de l'Assurance maladie à travers les CPAM pourrait permettre une mise à disposition des données de prescription voire une possible reconnaissance financière des acteurs. La contribution mutuelle d'organisations professionnelles telles que les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) médecins et pharmaciens dont les objectifs sont de contribuer à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé pourrait faciliter la diffusion de cette pratique au sein de ces deux professions mais aussi représenter un soutien technique et financier.

Cette proposition demande évidemment une adhésion, cette fois non plus des professionnels de santé, mais des instances de représentation, de pilotage et de régulation de notre système de santé.

Ce troisième et dernier chapitre nous a permis d'étudier la faisabilité des GPMP en France à partir d'une expérimentation que nous avons élaborée, implantée et évaluée. Un modèle de GPMP élaboré à partir de plusieurs paramètres prédéfinis (animation par des pharmaciens, ouverture du public cible, etc.) au sein de 9 sites nationaux ayant des caractéristiques diverses et variées (animation, Cercles, sites, etc.) a fait l'objet de notre évaluation, fondée sur de nombreuses données qualitatives et quantitatives. Comme pour toute expérimentation de taille réduite, nous ne visions pas une représentativité mais une analyse en profondeur du fonctionnement de chaque GPMP observé.

Nos résultats témoignent tout d'abord de la possibilité d'installer et de faire fonctionner des GPMP dans le système de soins primaires français. Les différences de dynamique rencontrées par le dispositif sur les sites nous a permis d'identifier des freins et des leviers à l'implantation des Cercles et à leur fonctionnement. Nous avons également appréhendé la satisfaction et l'apport pour les professionnels de ce dispositif.

La faisabilité de cette pratique repose tout d'abord sur l'adhésion des acteurs (animateurs, participants) à cette pratique. La satisfaction manifeste des professionnels, déjà observée lors de l'implantation d'autres modèles de GPMP à l'étranger, est globalement indépendante du contexte du site et plutôt rattachée à la fois à la configuration du modèle de GPMP expérimenté et de manière plus générale à la pratique d'un GPMP.

Cette implantation des Cercles a été conditionnée en partie, par l'appropriation de l'exercice d'animateur, qui malgré une satisfaction globale des pharmaciens animateurs représente un

investissement important et exigeant. Les compétences requises pour animer un Cercle étaient en partie acquises chez les pharmaciens animateurs, majoritairement représentés par des pharmaciens officinaux. Le changement de posture des pharmaciens, devenus animateurs d'un groupe d'échange pluriprofessionnel, a été bien accueilli par les participants aux Cercles. L'importance du temps à mobiliser pour implanter leur Cercle et préparer les séances est une des principales limites perçues par les animateurs, à laquelle s'ajoutent dans certains sites des contextes moins ouverts pour installer un GPMP.

L'implantation et le fonctionnement ont aussi été facilités par le rattachement des médecins à un groupe de pairs, une sortie récente de la formation initiale, des relations interprofessionnelles déjà importantes au sein du site. L'intégration d'un Cercle dans les projets d'une structure d'exercice coordonné (CPTS, MSP) est un facteur positif pour sa dynamique.

Nos résultats sont ensuite utilisés pour imaginer un modèle de GPMP « à la française » qui conserve certains paramètres du modèle expérimenté et en modifie d'autres. La configuration de ce modèle possible de GPMP comporte :

- l'ouverture de l'animation à d'autres professionnels dont les médecins généralistes ;
- un public cible ouvert à l'interprofessionnalité (infirmiers, hospitaliers, coordinateurs, etc.) ;
- une liberté laissée aux professionnels pour constituer leur Cercle et mettre en place les séances malgré certaines préconisations émises (durée, fréquence, outils d'animation, etc.) ;
- un accompagnement nécessaire des animateurs pour préparer les séances (entretiens, mise à disposition d'outils) ;
- la nécessité d'outils adaptés et de données de prescription (issues de l'Assurance maladie, des logiciels métiers) pour préparer les séances.

Nous avons ensuite précisé des évolutions au niveau du système de santé qui nous sembleraient positives voire nécessaires pour une diffusion des GPMP en France, parmi celles-ci figurent :

- une évolution de la formation initiale des études de santé ;
- une réponse aux besoins des territoires pour profiter de l'essor des CPTS ;
- la reconnaissance de cette pratique que ce soit en termes de dispositions financières (ACI, Assurance maladie) mais également professionnelles (DPC) ;
- un accompagnement plus prépondérant de l'Assurance maladie au regard de l'intérêt perçu des GPMP sur l'évolution des pratiques professionnelles ;
- le partage du portage du dispositif entre plusieurs organismes institutionnels, professionnels, scientifiques voire universitaires.

Des études complémentaires, avec davantage de sites d'expérimentation, seraient bien sûr nécessaires pour confirmer ou infirmer ces premiers résultats en termes de faisabilité, de leviers, de freins. Nous disposons toutefois ici d'une toute première étude sur la possibilité de GPMP en France dont les

conclusions ouvrent des perspectives et des pistes d'action pour la recherche comme pour la politique de santé.

Conclusion générale

Ce travail de thèse a permis d'approfondir une problématique qui, pour le moment, a été très peu étudiée en économie de la santé, celle de la place du pharmacien d'officine dans les politiques de régulation de la prescription médicamenteuse des médecins. La régulation de la prescription médicamenteuse est traditionnellement analysée à travers les mesures qui ciblent isolément le médecin en tant que prescripteur et décideur du contenu et de la longueur de l'ordonnance. Si les relations du médecin avec ses patients ou avec ses confrères médecins sont parfois incluses dans ces analyses, les relations que le médecin peut entretenir avec le spécialiste en ville du médicament qu'est le pharmacien d'officine n'ont jusqu'à présent pas été intégrées.

Nous avons la conviction que le pharmacien d'officine possède des connaissances, des compétences qui pourraient lui permettre d'élargir son périmètre d'action, en complément de son activité officinale. Les nouvelles missions qui lui sont déjà accessibles l'ancrent aujourd'hui davantage dans son statut de professionnel de soins de premier recours. Les obstacles qu'il peut rencontrer pour assumer ses missions comme la difficulté à être à la fois dans des logiques commerciales et sanitaires sont à prendre en compte, sans pour autant ignorer l'intérêt des possibilités offertes. Le travail d'analyse que nous avons réalisé permet de porter un regard, objectif et argumenté, sur la manière avec laquelle le pharmacien d'officine pourrait mettre à profit son expertise pour améliorer, réguler la prescription médicamenteuse en ville, à travers une contribution à des groupes de pratique rassemblant médecins généralistes et pharmaciens d'officine.

Ce travail de thèse allie une démarche d'analyse à partir de la littérature scientifique et une démarche empirique. L'analyse théorique réalisée à partir de publications statistiques, économiques, organisationnelles, professionnelles, réglementaires a donné des éléments de contexte, des constats empiriques, des pistes d'interprétation pour situer la pertinence et la faisabilité des Groupes de Pratique Médecins Pharmaciens en France. La dimension internationale que nous avons voulu intégrer tout au long de notre travail a mis en évidence la singularité de la prescription médicamenteuse et de l'organisation des soins primaires en France. Notre analyse empirique a pris appui sur une expérimentation de type recherche-intervention élaborée et mise en place par nos soins. La conception et le pilotage de l'expérimentation ont représenté un travail important mais ils ont permis de mieux percevoir la complexité que représente la mise en place de GPMP, que ce soit pour l'accompagnement des professionnels (mise à dispositions d'outils, entretiens) mais également pour l'implantation de ces groupes sur les territoires. Nous avons évalué le fonctionnement de ces GPMP expérimentaux et leur impact auprès des professionnels.

Le chapitre premier de la thèse a permis, à partir de données macroéconomiques, issues de plusieurs sources nationales et internationales, de souligner et de confirmer le poids économique de la

Conclusion générale

prescription médicamenteuse des médecins généralistes au sein du système de santé français et l'enjeu important que sa régulation représente. L'analyse microéconomique des comportements de prescription a mis en évidence toute la complexité de la décision de prescription à travers les déterminants qui la conditionnent et logiques qui la sous-tendent. Si la variabilité de pratiques médicales est un champ de recherche déjà bien étudié, notre travail d'analyse s'est focalisé sur les études portant sur les pratiques de prescription des médecins généralistes français afin d'en proposer une synthèse pour notre objet d'étude. Cette analyse économique de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes français a précisé les cibles et les modalités de nouvelles actions de régulation du médicament en ambulatoire qui pourraient être menées en termes pharmaceutiques (classes pharmacothérapeutiques, catégories de médicaments), en tablant sur un des registres de motivation des prescripteurs.

Le deuxième chapitre constitue une partie importante de notre travail d'analyse car il en présente la partie la plus originale. Il est construit autour de l'étude de la contribution du pharmacien officinal aux politiques de régulation de la prescription médicamenteuse. Il a permis de caractériser l'évolution de cette politique en France et de préciser le rôle et la place du pharmacien officinal, et d'analyser les nouvelles missions qui lui sont aujourd'hui proposées. Une attention particulière a été portée à la réorganisation des soins primaires vers plus de coordination et de pluriprofessionnalité et à l'intégration du pharmacien dans des dispositifs comme les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. À travers des études publiées, le bilan que nous faisons de cette intégration est assez limité, surtout en termes de résultats objectivables sur les prescriptions et leur qualité. Toutefois la montée en nombre des MSP et la relative jeunesse des CPTS, laisse ouverte la possibilité d'une intégration plus large et plus productive. Les groupes de pratique entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine sont une pratique qui n'existe pas en France mais qui s'inscrirait parfaitement dans les actions pluriprofessionnelles de ces dispositifs et dans l'extension des missions du pharmacien d'officine. Nous avons réalisé une étude originale, comparative et détaillée, en confrontant trois modèles de GPMP, ceux de la Suisse, de la Belgique et des Pays-Bas. Les similitudes, les spécificités et les enjeux de chaque modèle ainsi que leurs résultats, assez positifs et convergents, ont pu être examinés. Notre analyse a aussi permis de mettre en lumière les éléments à prendre en considération avant le déploiement de GPMP dans un autre pays.

Le troisième et dernier chapitre présente notre expérimentation, tout à fait innovante, dans laquelle neuf GPMP ont fonctionné pendant deux ans sur le territoire français. Nous avons pour cela construit et implanté un modèle de GPMP « à la française ». Nous avons pu observer et évaluer le fonctionnement de ces groupes de pratique. Nos résultats prouvent en premier lieu la faisabilité de ces groupes. Ils montrent principalement un niveau de satisfaction et une adhésion des professionnels assez unanime à cette pratique, une appropriation peu évidente de l'exercice d'animateur pour les pharmaciens principalement par un manque de temps. Nos résultats précisent aussi les paramètres qui

Conclusion générale

ont favorisé l'implantation et le fonctionnement de nos GPMP (intégration dans des structures d'exercice coordonné, profil des professionnels, etc.). Comme pour toute expérimentation de taille réduite, il est difficile de généraliser sans précaution nos résultats. Néanmoins, nous avons pu mettre en évidence des premiers éléments de réponse sur les paramètres qui pourraient favoriser une diffusion des GPMP en France, si elle était jugée souhaitable. Ces paramètres renvoient à la fois à la configuration d'un modèle de GPMP cohérent et praticable dans notre système de santé et à des préconisations en termes de formation, de financement ou de portage institutionnel.

Notre travail présente bien sûr des limites principalement liées à notre sujet d'étude, à nos choix méthodologiques et à la validité externe de nos conclusions et de nos résultats.

Nous avons travaillé sur un sujet peu étudié, dans un domaine en pleine mutation. Les bilans que nous avons tirés sur les nouvelles missions des pharmaciens d'officine ou sur leur intégration dans des dispositifs comme les MSP ou les CPTS sont issus d'une littérature encore parcimonieuse compte tenu de la jeunesse de certaines missions ou des CPTS. De façon générale, le pharmacien d'officine est un professionnel peu présent dans les travaux en économie de la santé. L'objet de notre recherche empirique n'existait pas, dans une démarche, assez peu fréquente en économie, nous l'avons nous-même construit pour l'observer.

Notre expérimentation a été volontairement limitée à un nombre restreint de sites pour des raisons budgétaires et logistiques. Quoiqu'il en soit le propre d'une expérimentation est de produire de premiers constats, non immédiatement généralisables, surtout lorsque, comme dans notre étude, le contexte territorial et humain de l'expérimentation peut avoir beaucoup d'importance. La convergence de nos résultats avec ceux obtenus dans les pays où les GPMP fonctionnent depuis plusieurs années leur donne toutefois une certaine assise. Notre terrain a été décortiqué en profondeur pour des résultats nombreux que nous avons toujours commentés avec prudence.

La poursuite de l'étude de notre problématique reste, à nos yeux, pertinente au terme de ce premier travail. Notre modèle de GPMP gagnerait évidemment en intérêt s'il pouvait bénéficier d'une analyse qualitative mais surtout quantitative plus importante, avec l'intégration d'un nombre plus important de sites. Devant la complexité que représenterait la mise en place d'une expérimentation à plus grande échelle, la poursuite de notre étude demanderait une volonté politique, institutionnelle et professionnelle forte et des moyens humains et financiers plus importants que ceux dont nous avons pu disposer pour cette première étape très expérimentale.

Si nous pouvions développer les GPMP à étudier, nous élargirions le public de ces groupes, à d'autres professionnels de santé, notamment les infirmiers, mais aussi aux établissements médico-sociaux et plus particulièrement aux médecins et aux pharmaciens liés à des EHPAD. Cette ouverture aux

Conclusion générale

établissements médico-sociaux est actuellement en cours en Suisse et apparaît d'autant plus pertinente que le déploiement actuel des CPTS intègre cette catégorie d'établissement.

L'intégration d'une étude médico-économique est un autre prolongement cohérent, avec la mise à disposition des données de prescription de l'Assurance maladie et un temps d'observation forcément plus long pour percevoir des effets en termes de coût du médicament chez les participants.

Pour les GPMP mais plus largement pour les nouvelles missions du pharmacien d'officine, notre approche a plutôt cherché à déterminer les leviers d'une diffusion facile et efficace. Nous avons pourtant mis sur plusieurs sujets en lumière l'existence de difficultés et de blocage. Que la profession du pharmacien d'officine se voit offrir de nouvelles perspectives, n'exclut en rien, bien au contraire, que cette profession rencontre des tensions professionnelles, peine plus que par le passé à rassembler logique soignante et commerciale. Sur les GPMP comme sur d'autres dispositifs comme par exemple les bilans partagés de médication ou les entretiens anti-cancéreux, un éclairage précis et représentatif des tensions, des craintes, des réticences des pharmaciens d'officine, serait aussi une façon d'analyser les évolutions possibles de ce professionnel de santé bien particulier.

Bibliographie

- Académie Nationale de Médecine. (2011). Rapport 11-08. Sécurité du médicament et pharmacovigilance. *Bulletin Académie Nationale de Médecine*, 195(6), 1369-1376.
- Agences Régionales de Santé. (s. d.). *Plateforme COOPS PS- Coopération entre Professionnels de Santé*. Consulté 15 juillet 2022, à l'adresse <https://coopps.ars.sante.fr>
- Aguado, A., Guinó, E., Mukherjee, B., Sicras, A., Serrat, J., Acedo, M., Ferro, J. J., & Moreno, V. (2008). Variability in prescription drug expenditures explained by adjusted clinical groups (ACG) case-mix : A cross-sectional study of patient electronic records in primary care. *BMC Health Services Research*, 8, 53. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-53>
- Al-babtain, B., Cheema, E., & Hadi, M. A. (2021). Impact of community-pharmacist-led medication review programmes on patient outcomes : A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 10. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.04.022>
- Albouy, V., & Déprez, M. (2009). Mode de rémunération des médecins. *Economie et prévision*, 188(2), 131-139. <https://doi.org/10.3917/ecop.188.0131>
- Allenet, B., Bedouch, P., Rose, F.-X., Escofier, L., Roubille, R., Charpiat, B., Juste, M., & Conort, O. (2006). Validation of an instrument for the documentation of clinical pharmacists' interventions. *Pharmacy World and Science*, 28(4), 181-188. <https://doi.org/10.1007/s11096-006-9027-5>
- Allenet, B., Roux-Marson, C., Juste, M., & Honoré, S. (2021). Lexique de la Pharmacie Clinique 2021. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*, 56(2), 119-123. <https://doi.org/10.1016/j.phclin.2021.05.001>
- Allenet, B. (2021). Endossons la terminologie internationale : Pour les soins pharmaceutiques ! *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*, 56(3), 227-228. <https://doi.org/10.1016/j.phclin.2021.07.005>

Bibliographie

- Allenet, B., Bardet, J.-D., Bedouch, P., Bernard, L., Berod, T., & Cabelguenne, D. (2022). Recommandations de bonnes pratiques – bonnes pratiques de pharmacie clinique. *Le Pharmacien Clinicien*, 57(2), 108-124. <https://doi.org/10.1016/j.phacli.2022.04.003>
- Amar, E., & Pereira, C. (2005). Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. *DREES*, 440, 12.
- ANDPC. (s. d.-a). *Comment les professionnels de santé valident leur obligation de DPC ?* Consulté 6 octobre 2022, à l'adresse <https://www.agencedpc.fr/comment-les-professionnels-de-santé-valident-leur-obligation-de-dpc>
- ANDPC. (s. d.-b). *Orientations nationales prioritaires de DPC 2020-2022*. Consulté 9 juillet 2022, à l'adresse <https://www.agencedpc.fr/le-dpc/orientations-nationales-prioritaires-de-dpc-2020-2022>
- ANDPC. (2019, octobre 23). *Le DPC interprofessionnel en soutien de l'exercice coordonné dans le cadre des organisations territoriales de santé et notamment les CPTS*. <https://www.agencedpc.fr/le-dpc-interprofessionnel-en-soutien-de-lexercice-coordonne-dans-le-cadre-des-organisations>
- ANDPC. (2022, juillet 18). *DPC interprofessionnel*. <https://www.agencedpc.fr/appels-a-projets/dpc-interprofessionnel>
- Anguis, M., Chaput, H., Marbot, C., Millien, C., & Vergier, N. (2018). 10 000 médecins de plus depuis 2012. *DREES*, 1061, 4.
- ANSM. (s. d.). *Nos missions—Faciliter l'accès à l'innovation thérapeutique*. Consulté 10 juillet 2022, à l'adresse <https://ansm.sante.fr/qui-sommes-nous/nos-missions/faciliter-lacces-a-linnovation-therapeutique/p>
- ANSM. (2017). *État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France* (p. 60). file:///C:/Users/UTILIS~1/AppData/Local/Temp/ANSM_Rapport_Benzo_2017-2.pdf
- ANSM. (2019). *État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques* (p. 52). <file:///C:/Users/UTILIS~1/AppData/Local/Temp/20201019-rapport-antalgiques-opioides-fev-2019-3-pdf-2019-03-06.pdf>

Bibliographie

- ANSM. (2021, janvier 29). *Exemples de logiciels et applications mobiles illustrant le positionnement réglementaire*. <https://ansm.sante.fr/documents/referance/exemples-de-logiciels-et-applications-mobiles-illustrant-le-positionnement-reglementaire>
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*, 53(5), 941-973.
- ARS. (2011, mars 11). *Les communautés professionnelles territoriales de santé*. <https://www.ars.sante.fr/les-communaut-es-professionnelles-territoriales-de-sante>
- ARS Bretagne. (s. d.). *Groupe qualité en médecine générale*. Consulté 10 juillet 2022, à l'adresse <https://www.bretagne.ars.sante.fr/groupe-qualite-en-medecine-generale>
- ARS Grand Est, Omedit Grand Est, & URPS Pharmaciens Grand Est. (2018). *Evaluation de la mise en œuvre du bilan de médication optimisé / de la conciliation médicamenteuse par les étudiants de 6^e année officine – site Nancy*. <https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-07/RetourExp%C3%A9rienceBilanMedicationOptimis%C3%A9.pdf>
- ARS Hauts de France. (2018). *Cahier des Charges Maisons de Santé Pluriprofessionnelles*. https://www.femas-hdf.fr/wp-content/uploads/2019/02/Cahier_des_charges_MSP_290518.pdf
- ARS Ile-de-France. (2017). *Constituer une Communauté professionnelle territoriale de santé en Île de-France. Guide pratique*. https://www.iledefrance.paps.sante.fr/system/files/2019-09/Guide%20CPTS_%2020171012.pdf
- Assemblée Nationale. (2008, avril 30). N° 848—*Rapport d'information de Mme Catherine Lemorton sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments*. <https://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i0848.asp>
- Assurance Maladie. (2002). *Point de conjoncture n°4-5 : Des tendances de fond aux mouvements de court termes*. 24.
- Assurance Maladie. (2011). *Point d'information. Consommation et dépenses de médicaments en France et en Europe : Évolutions 2006—2009*.

Bibliographie

file:///C:/Users/UTILIS~1/AppData/Local/Temp/DP_Consommation_medicaments_en_Europe_vdef_01.pdf

Assurance Maladie. (2015). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses.*

Propositions de l'Assurance Maladie pour 2016 (Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie, p. 186). https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2015-07_rapport-propositions-pour-2016_assurance-maladie_0.pdf

Assurance Maladie. (2016). *Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.*

https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/767727/document/texte_conventionnel_version_consolidee_avenant_9.pdf

Assurance Maladie. (2017). *La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique. Bilan à 5 ans et*

présentation du nouveau dispositif. <https://www.ameli.fr/sites/default/files/2017-04-24-dp-rosp-nouvelle-convention-medicale.pdf>

Assurance Maladie. (2018). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. .*

Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019 (Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie, p. 253). <https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-charges-et-produits-2019-web.pdf>

Assurance Maladie. (2019a). *La rémunération sur Objectifs de Santé Publique en 2018.*

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Rosp_2018_-_25042019.pdf

Assurance Maladie. (2019b). *Communiqué de presse—Professionnels de Santé. Communautés professionnelles territoriales de santé : Signature d'un accord conventionnel interprofessionnel.*

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_CPTS.pdf

Bibliographie

Assurance Maladie. (2019c). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses*.

Propositions de l'Assurance Maladie pour 2020 (Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie, p. 260). https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-charges_produit-2020_0.pdf

Assurance Maladie. (2019d, septembre 1). *Communautés professionnelles territoriales de santé :*

Décryptage de l'accord signé. <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-decryptage-de-laccord-signé>

Assurance Maladie. (2019e, novembre 14). *Convention nationale des pharmaciens titulaires*

d'officine. <https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-referance/textes-conventionnels/convention-nationale>

Assurance Maladie. (2020a, décembre 1). *Effectif, prévalence et caractéristiques des bénéficiaires*

d'une ALD en 2019. <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/prevalence-beneficiaires-ald-2019>

Assurance Maladie. (2020b, décembre 15). *Prévalence—Données relatives à l'ensemble des*

bénéficiaires du dispositif des ALD. <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php>

Assurance Maladie. (2020c, décembre 29). *Les structures de santé pluriprofessionnelles*.

<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/structures-sante-pluriprofessionnelles/structures-sante-pluriprofessionnelles>

Assurance Maladie. (2021a, février 25). *Règles de prescription*.

<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/medicaments-generiques/regle-prescription-medicaments-generiques>

Assurance Maladie. (2021b, juillet 1). *Open Médic : Base complète sur les dépenses de*

médicaments en 2020. <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/open-medic-base-complete-depenses-medicaments-2020C>

Bibliographie

- Assurance Maladie. (2021c, novembre 17). *La Rosp du médecin traitant de l'adulte*.
<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-adulte>
- Assurance Maladie. (2021d, décembre 13). *Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) pour les structures de santé*. <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/textes-referance/accord-conventionnel-interprofessionnel-aci-pour-les-structures-de-sante>
- Assurance Maladie. (2021e, décembre 13). *Accord conventionnel interprofessionnel pour les CPTS*.
<https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/textes-referance/accord-conventionnel-interprofessionnel-pour-les-cpts>
- Assurance Maladie. (2021f, décembre 13). *La rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) pour le médecin*. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/remuneration-objectifs/nouvelle-rosp>
- Assurance Maladie. (2021g, décembre 13). *Médecin-conseil*. <https://assurance-maladie.ameli.fr/carrieres/metiers/efficacite-systeme-sante/medecin-conseil>
- Assurance Maladie. (2022a, février 14). *Améliorer l'efficacité du système*. <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/efficacite-systeme>
- Assurance Maladie. (2022b). *La Rémunération sur objectifs de santé publique en 2021*.
<https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022-04-26-CP-Rosp-2021.pdf>
- Aubert, J. P., & Laversin, S. (2000). Ce qu'attend le médecin généraliste des recommandations. *Revue du praticien en médecine générale*, 511, 1779-1780.
- Auvray, L., Hensgen, F., & Sermet, C. (2003). La diffusion de l'innovation pharmaceutique en médecine libérale : Revue de la littérature et premiers résultats français. *CREDES*, 73, 8.
- Auvray, L., & Sermet, C. (2002). Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées. *Gérontologie et société*, 25(103), 13-27.
<https://doi.org/10.3917/gs.103.0013>
- Badran, I., Slimano, F., & Depaquit, J. (2020). Regards croisés sur la formation du pharmacien d'officine : Le point de vue des pharmaciens d'officine, des enseignants et des étudiants

Bibliographie

- en pharmacie. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 78(3), 242-251.
<https://doi.org/10.1016/j.pharma.2020.02.003>
- Bardet, J.-D., Joncourt, J., Bellet, B., & Allenet, B. (2021). Mise en place des bilans de médication à l'officine : Quelle faisabilité ? Étude pilote auprès de 41 sites de l'Arc Alpin. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*, 56(1), 28-35.
<https://doi.org/10.1016/j.phclin.2020.08.006>
- Barjonet, L., Delaunay, F., Boutet, D., & Leyrissoux, C. (2019). Convergence dans un dispositif de coordination et d'intégration. *Actualités Pharmaceutiques*, 58(591), 35-37.
<https://doi.org/10.1016/j.actpha.2019.10.009>
- Batifoulier, P., Domin, J.-P., & Gadreau, M. (2008). Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française. *Revue Française de Socio-Économie*, 1(1), 27-46. <https://doi.org/10.3917/rfse.001.0027>
- Beaubeau-Gauthier, K. (2006). *Existe-t-il une variabilité dans la prescription des inhibiteurs de la pompe à proton ? Tentative d'étude des déterminants de cette variation en médecine générale*. Université de Poitiers.
- Bedouch, P. (2015). *Résultats de l'étude DOPI-OFFI : Interventions Pharmaceutiques en Officine réalisées avec le Dossier Pharmaceutique*.
<http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/247655/1356231/version/1/file/Diaporama+Etude+DOPI-OFFI.pdf>
- Béjean, S. (1999). De nouvelles théories en économie de la santé : Fondements, oppositions et complémentarités. *Politiques et Management Public*, 17(1), 145-175.
<https://doi.org/10.3406/pomap.1999.2221>
- Béjean, S. (2009). Les fondements de la micro-économie de la santé : Le marché de la médecine libérale. In *Traité d'économie et de gestion de la santé* (p. 43-52). Presses de Sciences Po.
<https://doi.org/10.3917/scpo.bras.2009.01.043>

Bibliographie

- Béjean, S., Peyron, C., & Urbinelli, R. (2007). Variations in activity and practice patterns : A French study for GPs. *The European Journal of Health Economics*, 8, 225-236.
<https://doi.org/10.1007/s10198-006-0023-4>
- Belenguier, M. (2021). *Bilan partagé de médication : Enquête auprès des pharmaciens d'officine de la région Auvergne-Rhône-Alpes (connaissances, pratique officinale, attentes et avis)* [Université Clermont Auvergne]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03579689/document>
- Bellamy, V., & Samson, A. L. (2010). *Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins* (Comptes nationaux de la Santé, p. 53-86). Direction de la Recherche des Etudes de l'évaluation et des Statistiques.
- Belloni, A., Morgan, D., & Paris, V. (2016). *Pharmaceutical Expenditure And Policies : Past Trends And Future Challenges* (OECD Health Working Papers N° 87; p. 75).
<https://doi.org/10.1787/5jm0q1f4cdq7-en>
- Berry, M. (1986). Logique de la connaissance et logique de l'action : Réflexion à partir de l'expérience des recherches en gestion menées à l'École des Mines de Paris et à l'École Polytechnique. In *La production des connaissances scientifiques de l'administration* (Presses Universitaires de Laval, p. 191-231).
- Bizouarn, P. (2019). Evidence-Based Medicine et expertise clinique. *Multitudes*, 75(2), 103-113.
<https://doi.org/10.3917/mult.075.0103>
- Blin, M., Cherel, A., Bouglé, C., & Piriou, G. (2022). Définition et évaluation d'une méthodologie interprofessionnelle d'optimisation de la pharmacothérapie des patients : Le Plan de Médication Partagé. *Annales Pharmaceutiques Françaises*.
<https://doi.org/10.1016/j.pharma.2022.06.006>
- Bocquet, P. Y., & Peltier, M. (2010). *Mission sur la gestion du risque* (N° RM2010-163P; p. 105). IGAS. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/114000039.pdf>

Bibliographie

- Bourgueil, Y., Marek, A., & Mousquès, J. (2009). La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : État des lieux et perspectives dans le contexte français. *Santé Publique*, 21(hs1), 27-38. <https://doi.org/10.3917/spub.090.0027>
- Bourgueil, Y., Marek, A., Mousquès, J., Falcoff, H., & Chevreul, K. (2007). *Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : État des lieux et perspectives* (N° 537; Série Analyse, p. 180). IRDES. <https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2007/rap1675.pdf>
- Bournot, M. C., Goupil, M. C., & Tuffreau, F. (2008). Les médecins généralistes : Un réseau professionnel étendu et varié. *DREES*, 649, 8.
- Boutsen, M., Laasman, J. M., Maron, L., & Pirson, A. F. (2017). *Les maisons médicales « à la loupe »* (Direction Etudes, p. 36). Union nationale des mutualités socialistes. file:///C:/Users/UTILIS~1/AppData/Local/Temp/etude_solidaris_maisons_medicales__octobre_2017.pdf
- Bouzige, B. (2020). La place de la pharmacie d'officine dans la coordination des soins primaires. *Revue française des affaires sociales*, 1, 295-297. <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0295>
- Bradley, C. P. (1992). Factors which influence the decision whether or not to prescribe : The dilemma facing general practitioners. *The British Journal of General Practice*, 42(364), 454-458.
- Bradley, C. P., Taylor, R. J., & Blenkinsopp, A. (1997). Primary care-opportunities and threats. Developing prescribing in primary care. *British Medical Journal*, 314(7082), 744-747. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7082.744>
- Bras, P. L., Kiour, A., Maquart, B., & Morin, A. (2011). *Pharmacies d'officine : Rémunération, missions, réseau* (N° RM2011-090P; p. 208). IGAS. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/114000355.pdf>
- Bras, P.-L. (2020). La rémunération des médecins à la performance : Efficacité clinique ou efficacité symbolique ? *Les Tribunes de la sante*, 64(2), 61-77.

Bibliographie

- Britten, N. (2004). Patients' expectations of consultations. *British Medical Journal*, 328(7437), 416-417.
- Bugnon, O., Jotterand, S., Niquille Charrière, A., Ruggli, M., & Herzig, L. (2012). Cercles de qualité médecins-pharmaciens, pour une responsabilité partagée de la liberté de prescription. *Revue Médicale Suisse*, 8(341), 1042-1048.
- Bugnon, O., Repond, C., & Nyffeler, R. (2006). Les cercles de qualité médecins-pharmaciens : L'avantage des réseaux de proximité pour améliorer l'efficacité de la prescription médicale. *Managed Care*, 3, 6-9.
- Buttard, A., Macé, F., Morvan, L., & Peyron, C. (2019). Pharmaciens et coordination des soins primaires en France : Quels enjeux ? *Journal de gestion et d'économie médicales*, 1(1), 92. <https://doi.org/10.3917/jges.191.0092>
- Caniard, E. (2002). *Les recommandations de bonnes pratiques : Un outil de dialogue, de responsabilité et de diffusion de l'innovation*. <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=249168>
- Capitalimage. (2016, janvier 11). *Les maisons et pôles de santé, une meilleure organisation des soins sur le territoire*. <http://www.capitalimage.net/actualite-article.asp?id=331>
- Carrier, H., Zaytseva, A., Bocquier, A., Verger, P., Barlet, M., Chaput, H., Marbot, C., Bouvenot, G., Filippi, S., Jozancy, F., Fortin, M., Sirven, N., & Verdoux, H. (2017). Polymédication et pathologies chroniques multiples : Opinions et pratiques des médecins généralistes. *DREES*, 1036, 8.
- Castronovo, A., Gervais, F., Mongaret, C., & Slimano, F. (2018). Pharmacists' interventions on prescription problems in one French community pharmacy : A prospective pilot study. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 76(4), 299-305. <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2018.02.002>
- Celtipharm. (2014). *Enquête Jeunes pharmaciens et étudiants*. <https://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/184528/1010891/version/1/file/Op%C3%A9ration+Jeunes-Analyse+enquete+jeunes+pharmaciens.pdf>

Bibliographie

- CEPS. (2016). *Rapport d'Activité 2015* (p. 188). CEPS. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_d_activite_2015_.pdf
- CEPS. (2017). *Rapport d'Activité 2016* (p. 163). CEPS. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_2016_medicaments_2.pdf
- CEPS. (2018). *Rapport d'Activité 2017* (p. 158). CEPS. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ceps_rapport_d_activite_2017_20181029.pdf
- CEPS. (2019). *Rapport d'Activité 2018* (p. 192). CEPS. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ceps_rapport_d_activite_2018_20191122.pdf
- CEPS. (2020). *Rapport d'activité 2019* (p. 208). CEPS. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ceps_rapport_d_activite_2019_20201001.pdf
- Chaput, H., Monziols, M., Fressard, L., Verger, P., Ventelou, B., & Zaytseva, A. (2019). Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. *DREES*, 1114, 2.
- Charpiat, B., Derfoufi, S., Larger, M., Janoly-Dumenil, A., Mouchoux, C., Allenet, B., Tod, M., Grassin, J., Bouliou, R., Catala, O., Bedouch, P., Goudable, J., & Vinciguerra, C. (2016). Identification des lacunes de connaissances des étudiants en filière officine débutant le stage de 5^e année : Propositions pour modifier le contenu de l'enseignement. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 74(5), 404-412.
<https://doi.org/10.1016/j.pharma.2016.01.001>
- Chevillard, G., & Mousquès, J. (2020). Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? *IRDES*, 247, 8.
- CLEISS. (2022a, février 14). *La protection sociale en Belgique*.
https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_belgique.html
- CLEISS. (2022b, février 14). *Le régime néerlandais de sécurité sociale*.
https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_paysbas.html
- CLEISS. (2022c, février 14). *Le régime suisse de sécurité sociale*.
https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_suisse.html

Bibliographie

- CNAM. (2019). *Guide méthodologique. Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) 2019. Médecin traitant de l'adulte*. https://www.mgfrance.org/images/Articles/rosp_2019-1.pdf
- Collin, J. (1999). Rationalité et irrationnalité à l'origine du mésusage des médicaments. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 27, 55-58.
- Collin, J. (2003). Médicament et vieillesse, trois cas de figures. *Anthropologie et Sociétés*, 27(2), 119-138.
- Commission des Comptes de la sécurité sociale. (2011). *Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI)*. https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2011/FICHE_ECLAIRAGE/CCSS-FICHE_ECLAIRAGE-SEPTEMBRE_2011-LE_CONTRAT_D-AMELIORATION_DES_PRATIQUES_INDIVIDUELLES_CAPI.pdf
- Confédération fédéral suisse. (2016). *Place des pharmacies dans les soins de base*. (p. 42). <https://www.pharmasuisse.org/data/docs/fr/4462/Rapport-Place-des-pharmacies-dans-les-soins-de-base.pdf?v=1.0>
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J.-L., & Pineault, R. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé : Concepts et méthodes. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 48(6), 517-539.
- CPTS Métropole Nancéienne. (2021, mars 29). *Actions CPTS*. <https://xn--cpts-metropolenancienne-g8bl.fr/actions-cpts/>
- Creton, M. (2019). *Étude ConciVille : Réalisation par les étudiants de 6ème année de la faculté de Pharmacie de Nancy de bilans médicamenteux optimisés : Prémices des bilans partagés de médication* [Université de Lorraine]. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297954/document>
- Cunningham, D. E., Ferguson, J., Wakeling, J., Zlotos, L., & Power, A. (2016). GP and pharmacist inter-professional learning – a grounded theory study. *Education for Primary Care*, 27(3), 188-195. <https://doi.org/10.1080/14739879.2016.1163645>

Bibliographie

- Damiaens, A., Fraeyman, J., Fakroune, S., Hutsebaut, C., Roussel, S., Van Dyck, L., Van Hal, G., Van den Broucke, S., & Foulon, V. (2021). General practitioners and community pharmacists' collaboration in primary care : Small steps for a major change. *International Journal of Integrated Care*, 21(2), 1-10. <https://doi.org/10.5334/ijic.5612>
- Darmon, D., Belhassen, M., Quien, S., Langlois, C., Staccini, P., & Letrilliart, L. (2015). Facteurs associés à la prescription médicamenteuse en médecine générale : Une étude transversale multicentrique. *Santé Publique*, 27(3), 353-362. <https://doi.org/10.3917/spub.153.0353>
- David, A., Laufer, R., & Hatchuel, A. (2012). La recherche-intervention, cadre général pour la recherche en management? In *Les nouvelles fondations des sciences de gestion : Éléments d'épistémologie de la recherche en management* (Presses des Mines, p. 241-264).
- Davis, P., & Gribben, B. (1995). Rational Prescribing and Interpractitioner Variation : A Multilevel Approach. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 11(3), 428-442. <https://doi.org/10.1017/S0266462300008655>
- Davis, P., Gribben, B., Lay-Yee, R., & Scott, A. (2002). How much variation in clinical activity is there between general practitioners? A multi-level analysis of decision-making in primary care. *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(4), 202-208. <https://doi.org/10.1258/135581902320432723>
- De Jong, J. D. (2008). *Explaining medical practice variation : Social organization and institutional mechanisms* [Université d'Utrecht]. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-explaining-medical-practice-variation-2008.pdf>
- Deeks, L., Naunton, M., Tay, G. H., Peterson, G., Kyle, G., Davey, R., Dawda, P., Goss, J., Cooper, G., Porritt, J., & Kosari, S. (2018). What can pharmacists do in general practice. *Australian Journal of General Practice*, 47(8), 545-549. <https://doi.org/10.31128/AJGP-03-18-4520>

Bibliographie

- Defer, J. (2020). *Bilans partagés de médication : Retours sur leur mise en place dans la région Centre-Val-de-Loire* [Tours]. http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Pharmacie/TPE/2020/2020_Pharmacie_DeferJuliette.pdf
- Delattre, E., & Dormont, B. (2000). Induction de la demande de soins par les médecins libéraux français. Étude micro-économétrique sur données de panel. *Économie & prévision*, 142(1), 137-161. <https://doi.org/10.3406/ecop.2000.5993>
- Delcroix-Lopes, S., & Van der Erf, S. (2012). Points de repère n°39 : Coût des génériques en Europe et mécanismes de régulation des prix en Allemagne, en Angleterre et aux Pays Bas. *Assurance Maladie*, 12.
- Delga, C., Megnin, Y., Oustric, S., Laurent, C., Pauly, L., Vergez, J.-P., Charlet, J.-P., Montastruc, J.-L., & Arlet, P. (2003). Pression de prescription : Étude pilote en médecine générale. *Thérapie*, 58(6), Art. 6. <https://doi.org/10.2515/therapie:2003083>
- Demarti, C. (2019, avril 1). *15 % des pharmacies ont réalisé des bilans partagés de médication*. Le quotidien du pharmacien. <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/exercice-pro/nouvelles-missions/15-des-pharmacies-ont-realise-des-bilans-partages-de-medications>
- DGOS. (2021, juillet 20). *Les protocoles de coopération entre professionnels de santé*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante>
- Dormont, B. (2013). Le paiement à la performance : Contraire à l'éthique ou au service de la santé publique ? *Les Tribunes de la santé*, 40(3), 53-61. <https://doi.org/10.3917/seve.040.0053>
- Dormont, B., & Samson, A.-L. (2011). Les effets multiformes du paiement à l'acte sur les revenus des généralistes. Les enseignements de quelques études économétriques pour la France. *Revue française des affaires sociales*, 2-3, 156-179. <https://doi.org/10.3917/rfas.112.0156>

Bibliographie

- Dormont, B., & Samson, A.-L. (2019). Revenus des médecins libéraux et offre de soins en France : Les leçons des analyses empiriques. *Les Tribunes de la santé*, 59(1), 35-45.
<https://doi.org/10.3917/seve1.059.0035>
- DREES. (2009). *La santé des femmes en France* (Collection Etudes et Statistiques, p. 287).
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/sante_femmes_2009.pdf
- DREES. (2016). *Portrait des professionnels de santé* (p. 160). https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/pano_gfs-2016_mel_301117.pdf
- DREES. (2019a). *Annexe 7. Glossaire* (Les dépenses de santé en 2018, p. 158).
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/annexes-18.pdf>
- DREES. (2019b). *Fiche 1. La consommation des soins et de biens médicaux* (Les dépenses de santé en 2018, p. 158). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/1-16.pdf>
- DREES. (2019c). *Fiche 12. Les médicaments en ambulatoire* (Les dépenses de santé en 2018, p. 158). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/12-16.pdf>
- DREES. (2019d). *Fiche 13. Du marché du médicament à sa consommation au sens comptable* (Les dépenses de santé en 2018, p. 158). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/13-16.pdf>
- DREES. (2019e). *Fiche 14. Comparaisons internationales des dépenses pharmaceutiques* (Les dépenses de santé en 2018, p. 158). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/40-2.pdf>
- DREES. (2020a). *Annexe 6. Glossaire* (Les dépenses de santé en 2019, p. 117).
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Glossaire.pdf>
- DREES. (2020b). *Fiche 1. Les soins des médecins généralistes* (Les dépenses en santé en 2019, p. 117). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/1%20Les%20soins%20de%20m%C3%A9decins%20g%C3%A9n%C3%A9ralistes.pdf>

Bibliographie

- DREES. (2020c). *Fiche 4. Le financement de la CSBM par la sécurité sociale* (Les dépenses en santé en 2019, p. 117). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-04/4%20Le%20financement%20de%20la%20CSBM%20par%20la%20S%C3%A9curit%C3%A9%20sociale%29.pdf>
- DREES. (2020d). *Fiche 14. Comparaisons internationales des dépenses pharmaceutiques*. In *Les dépenses de santé en 2019 Résultats des comptes de la santé* (p. 117). https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns_2020_29092020.pdf
- DREES. (2020e). *Fiche Vue d'ensemble* (Les dépenses en santé en 2019, p. 117). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Vue%20d%E2%80%99ensemble.pdf>
- DREES. (2020f). *Les dépenses de santé depuis 2001. Tableau détaillé 1* (Les dépenses en santé en 2019, p. 117). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Les%20d%C3%A9penses%20de%20sant%C3%A9%20depuis%202001.pdf>
- DREES. (2020g). *Les dépenses de santé par financeur. Tableau 2* (Les dépenses en santé en 2019, p. 117). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Les%20d%C3%A9penses%20de%20sant%C3%A9%20par%20financeur.pdf>
- DREES. (2021a). *Fiche 21. La dépense courante de santé au sens international et son financement* (Les dépenses de santé en 2020, p. 226). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/Fiche%2021%20-%20La%20d%C3%A9pense%20courante%20de%20sant%C3%A9%20au%20sens%20international%20et%20son%20financement.pdf>
- DREES. (2021b). *Tableaux détaillés* (Les dépenses de santé en 2020, p. 226). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-04/Les%20d%C3%A9penses%20de%20sant%C3%A9%20en%202020v2.pdf>
- Duizendblad. (2021, octobre 2). *Farmacotherapeutisch Overleg (FTO)*. Duizendblad. <https://duizendblad.nl/partners/farmaco-therapeutisch-overleg-fto/>

Bibliographie

- Dumez, H. (2013). Qu'est-ce que la recherche qualitative ? Problèmes épistémologiques, méthodologiques et de théorisation. *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 112(2), 29-42. <https://doi.org/10.3917/geco.112.0029>
- Dupuy, J. P. (1974). Rationalité sociale des politiques de santé. *Revue d'économie politique*, 84(1), 45-79.
- Eggermont, D., Smit, M. A. M., Kwestroo, G. A., Verheij, R. A., Hek, K., & Kunst, A. E. (2018). The influence of gender concordance between general practitioner and patient on antibiotic prescribing for sore throat symptoms : A retrospective study. *BMC Family Practice*, 19(1), 175. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0859-6>
- Eimers, M., van der Aalst, A., Pelzer, B., Teichert, M., & de Wit, H. (2008). Leidt een goed FTO tot beter voorschrijven? *Huisarts en Wetenschap*, 51(7), 340-345.
- Elman, C. (2005). Explanatory Typologies in Qualitative Studies of International Politics. *International Organization*, 59(2), 293-326. <https://doi.org/10.1017/S0020818305050101>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (s. d.). *Antimicrobial consumption database. Rates by country*. Consulté 8 janvier 2021, à l'adresse <https://www.ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-consumption/database/rates-country>
- Fagnani, F. (2010). Consommation et prescription pharmaceutique : Une exception française ? *Les Tribunes de la santé*, 27(2), 119-128. <https://doi.org/10.3917/seve.027.0119>
- Falcoff, H., Gasse, A.-L., Berraho-Bundhoo, Y., & Dubois, S. (2019). Retour d'expérience : La Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du 13e arrondissement de Paris. *Regards*, 56(2), 93-104. <https://doi.org/10.3917/regar.056.0093>
- Fauchier-Magnan, E., & Wallon, V. (2018). *Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé. Appui à la DGOS (N° 2018-041R; p. 88)*. IGAS. https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R_.pdf

Bibliographie

Fédération Nationale des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. (2022, juillet 7).

Cartographie des CPTS en région. <https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-regionale-des-cpts/>

Feldstein, M. (1974). *Econometric Studies of Health Economy* (Frontiers of Qualitative economics II). North Holland Publishing Company.

Fernández-Liz, E., Modamio, P., Catalán, A., Lastra, C. F., Rodríguez, T., & Mariño, E. L. (2008).

Identifying how age and gender influence prescription drug use in a primary health care environment in Catalonia, Spain. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 65(3), 407-417. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2007.03029.x>

Florentinus, S. R., van Hulten, R., Kloth, M. M., Heerdink, E. R., Griens, A. F., Leufkens, H. G., & Groenewegen, P. P. (2007). The Effect of Pharmacotherapy Audit Meetings on Early New Drug Prescribing by General Practitioners. *Annals of Pharmacotherapy*, 41(2), 319-324. <https://doi.org/doi:10.1345/aph.1H250>

Florentinus, S. R., van Hulten, R., Kramer, M., van Dijk, L., Heerdink, E. R., Leufkens, H. G., & Groenewegen, P. P. (2006). Which pharmacists contribute to high-level pharmacotherapy audit meetings with general practitioners? *Annals of Pharmacotherapy*, 40(9), 1640-1646. <https://doi.org/10.1345/aph.1H180>

Foppe van Mil, J. (2005). Pharmaceutical Care in Community Pharmacy : Practice and Research in the Netherlands. *The Annals of Pharmacotherapy*, 39(10), 1720-1725. <https://doi.org/10.1345/aph.1G141>

Foppe van Mil, J., & Schulz, M. (2006). A Review of Pharmaceutical Care in Community Pharmacy in Europe. *Harvard Health Policy Review*, 7(1), 155-168.

Forsetlund, L., Bjørndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'Brien, M. A., Wolf, F. M., Davis, D., Odgaard-Jensen, J., & Oxman, A. D. (2009). Continuing education meetings and workshops : Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 89.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003030.pub2>

Bibliographie

- Foult, M. (2019, février 28). *Maisons de santé, équipes de soins primaires, CPTS... Qui fait quoi ? La CNAM dissèque la coordination*. Le Quotidien du Médecin.
<https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/maisons-de-sante-equipes-de-soins-primaires-cpts-qui-fait-quoi-la-cnam-disseque-la-coordination>
- Fourcade, N., Gonzalez, L., Rey, S., & Husson, M. (2013). La santé des femmes en France. *DREES*, 834, 6.
- Franc, C. (2019). Rémunération des médecins généralistes en France : Une combinaison complexe d'incitations économiques. *adsp*, 108, 4-7.
- Freidson. (1970). *La Profession Médicale* (Harper and Row).
- Gallois, P. (2010). Gérer l'incertitude de la pratique médicale. *Médecine*, 6(3), 124-126.
<https://doi.org/10.1684/med.2010.0534>
- Gimbert, V., & Chauffaut, D. (2014). *Les médicaments et leurs usages : Comment favoriser une consommation adaptée ?* (N° 9; p. 12). Commissariat général à la stratégie et à la prospective.
<https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/2014-03-04-Medicaments-Usages2.pdf>
- Gordon, E., Diebold, M., Senn, N., & Cardinaux, R. (2018). Suisse. Une coordination à améliorer. *Revue Médicale Suisse*, 14, 1967-1968.
- Gordon, E., Macq, J., Jamart, H., & Ferguson, M. (2018). Belgique. Coordination et intégration sont au centre des réformes. *Revue Médicale Suisse*, 14, 1965-1966.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations : Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>
- Guénette, L., Maheu, A., Vanier, M.-C., Dugré, N., Rouleau, L., & Lalonde, L. (2020). Pharmacists practising in family medicine groups : What are their activities and needs? *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 45(1), 105-114. <https://doi.org/10.1111/jcpt.13035>

Bibliographie

- Hagiu, D.-P., & Bruel, S. (2020). Les groupes d'analyse de pratique entre pairs : Définition, efficacité et freins. *Médecine*, 16(5), 225-230. <https://doi.org/10.1684/med.2020.553>
- HAS. (2005). *ANDEM / ANAES Fonds de l'évaluation médicale (1987-2000)*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/andem_anaes.pdf
- HAS. (2006). *Les groupes d'analyse de pratiques entre pairs*. « Peer review » (Évaluation et amélioration des pratiques, p. 4). <https://www.irbms.com/download/documents/has-groupes-analyses-pratique-entre-pairs.pdf>
- HAS. (2013, juin 21). *Guides ALD et maladies chroniques*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241737/fr/guides-ald-et-maladies-chroniques
- HAS. (2014, février 7). *Méthodes d'élaboration des recommandations de bonne pratique*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_418716/fr/methodes-d-elaboration-des-recommandations-de-bonne-pratique
- HAS. (2015a). *Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires* (Note méthodologique et de synthèse documentaire, p. 36). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf
- HAS. (2015b). *Les protocoles de coopération art 51. Bilan du dispositif-Evaluation 2014* (p. 147). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-01/rapport_d-activite_article_51_2014_post-college_vf.pdf
- HAS. (2017, décembre 4). *Les médicaments biosimilaires*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807411/fr/les-medicaments-biosimilaires
- HAS. (2019a, avril 4). *Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune
- HAS. (2019b, avril 30). *Guides et documents d'information*. https://www.has-sante.fr/jcms/r_1495296/fr/guides-et-documents-d-information

Bibliographie

- HAS. (2021, août 27). *Choix et durée de l'antibiothérapie : Cystite aiguë simple, à risque de complication ou récidivante, de la femme*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2722827/fr/choix-et-duree-de-l-antibiotherapie-cystite-aigue-simple-a-risque-de-complication-ou-recidivante-de-la-femme
- HAS & ANSM. (2013). *Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2* (Recommandation de Bonne Pratique, p. 25). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/10irp04_reco_diabete_type_2.pdf
- Hassenteufel, P., Naiditch, M., & Schweyer, F.-X. (2020). Les réformes de l'organisation des soins primaires : Perspectives multi-situées. Avant-propos. *Revue française des affaires sociales*, 1, 11-31. <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0011>
- Hatchuel, A. (2000). Intervention research and the production of knowledge. *Cow Up a Tree*, 55-68.
- Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (2022). *Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité* (p. 121). https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/rapport_hcaam_organisation_soins_proximite.pdf
- Herzig, L., & Niquille, A. (2019, octobre 3). *Cercles de qualité : Pour optimiser la prescription médicamenteuse et l'interprofessionnalité?* <https://www.svmed.ch/svm/wp-content/uploads/2019/10/forum-svm-svph-atelier-cercle-de-qualite.pdf>
- INAMI. (2020, octobre 28). *Concertation médico-pharmaceutique*. <https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/medicaments/concertation-medico-pharmaceutique/Pages/default.aspx#.WjfYB2eWwdV>
- INAMI. (2021, octobre 2). *Concertation médico-pharmaceutique—Projet local*. <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/medicaments/concertation-medico-pharmaceutique/Pages/projet-local.aspx>
- INSEE. (2020a, février 27). *Tableaux de l'économie française*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277750?sommaire=4318291#tableau-figure4>

Bibliographie

INSEE. (2020b, septembre 10). *Les nouvelles zones d'emploi de 2020*.

<https://www.insee.fr/fr/information/4652090>

IPSOS. Assurance Maladie. (2005). *Les Européens, les médicaments et leur rapport à l'ordonnance : Synthèse générale*.

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Le_rapport_des_Francais_et_des_Europeens.pdf

IVM. (2021, septembre 30). *Informatiepagina over IVM*. <https://www.medicijngebruik.nl/over-ivm>

Jakoubovitch, S., Bournot, M. C., Cercier, E., & Truffeau, F. (2012). Les emplois du temps des médecins généralistes. *DREES*, 797, 8.

Jong, J. D. de. (s. d.). *Explaining medical practice variation : Social organization and institutional mechanisms = Het verklaren van variatie in medisch handelen : Sociale organisatie en institutionele mechanismen*. 240.

Kandel, O., Duhot, D., Very, G., Lemasson, J. F., & Boissault, P. (2004). Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale? *La Revue du Praticien - Médecine Générale*, 18(656-657), 781-784.

Kocken, G. A. (1999). Medication discussion groups in the Netherlands : Five years of experience. *Medical Education*, 33(5), 390-393. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.1999.00365.x>

Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII(4), 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>

Krief, N., & Zardet, V. (2013). Analyse de données qualitatives et recherche-intervention. *Recherches en Sciences de Gestion*, 95(2), 211-237.

<https://doi.org/10.3917/resg.095.0211>

Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J., & van Ginneken, E. (2016). *Netherlands : Health System Review*. 18(2), 1-240.

Bibliographie

- Krska, J., Cromarty, J. A., Arris, F., Jamieson, D., Hansford, D., Duffus, P. R., Downie, G., & Seymour, D. G. (2001). Pharmacist-led medication review in patients over 65 : A randomized, controlled trial in primary care. *Age and Ageing*, *30*(3), 205-211.
<https://doi.org/10.1093/ageing/30.3.205>
- Lancry, P.-J. (2007). Médicament et régulation en France. *Revue française des affaires sociales*, *3-4*, 25-51. <https://doi.org/10.3917/rfas.073.0025>
- Lancry, P.-J., & Paris, V. (1997). Âge, temps et normes : Une analyse de la prescription pharmaceutique. *Économie & prévision*, *129*(3), 173-187.
<https://doi.org/10.3406/ecop.1997.5871>
- Laplace, L., Kamendje, B., Nizard, J., Coz, J. M., & Chaperon, J. (2002). Les systèmes de santé français et anglais : Évolution comparée depuis le milieu des années 90. *Santé Publique*, *14*(1), 47-56. <https://doi.org/10.3917/spub.021.0047>
- Laurent Lefort. (2018, octobre 22). *Bilans partagés de médication : 15 000 au 20 octobre, selon l'Assurance maladie*. Le Moniteur des pharmacies.
<https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/bilans-partages-de-medication-15-000-au-20-octobre-selon-l-assurance-maladie.html>
- Le Conseil d'État. (s. d.). *Décisions contentieuses*. Consulté 17 décembre 2020, à l'adresse <https://www.conseil-etat.fr/ressources/decisions-contentieuses/arianeweb2>
- Le Corre, T., & Fournier, J.-P. (2022). Rôle des pharmaciens d'officine dans les protocoles des maisons de santé pluriprofessionnelles en 2020 : Étude descriptive transversale multi-méthodes. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, *7*.
<https://doi.org/10.1016/j.pharma.2022.04.005>
- Le Cossec, C. (2015). *La polymédication au regard de différents indicateurs de sa mesure : Impact sur la prévalence, les classes thérapeutiques concernées et les facteurs associés* (N° 562; p. 78). IRDES. <https://www.irdes.fr/recherche/rapports/562-la-polymedication-au-regard-de-differents-indicateurs-de-sa-mesure.pdf>

Bibliographie

- Le Galès, C. (2018). Évolution, déterminants et régulation des dépenses de médicaments en France. *Med Sci*, 34(1), 83-86. <https://doi.org/10.1051/medsci/20183401018>
- Le Pen, C. (1999). *Les Habits neufs d'Hippocrate : Du médecin artisan au médecin ingénieur* (Calmann Lévy).
- Le Pen, C. (2009). « Patient » ou « personne malade » ? Les nouvelles figures du consommateur de soins. *Revue économique*, 60(2), 257-271. <https://doi.org/10.3917/reco.602.0257>
- LEEM. (2020). *Bilan économique 2020* (p. 102). <https://www.leem.org/sites/default/files/2020-09/BilanEco2020correc.pdf>
- Légifrance. (s. d.). *Sous-section 1 : Compétences nécessaires pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient (Articles D1161-1 à R1161-2)*. Consulté 8 juillet 2022, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA0000027497705/2013-06-03>
- Légifrance. (1999, décembre 30). *Section 4 : Systèmes d'information de l'assurance maladie et cartes de santé (Articles L161-28 à L161-33)*. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006073189/LEGISCTA00006172510/1999-12-30
- Légifrance. (2004a, août 8). *Section 1 : Code de déontologie médicale (Articles R4127-1 à R4127-112)*. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA00006190547/2004-08-08/#LEGISCTA000006190547
- Légifrance. (2004b, août 8). *Sous-section 1 : Devoirs généraux. (Articles R4235-2 à R4235-20)*. <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006913664/2004-08-08/>
- Légifrance. (2017a, avril 29). *Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000787078/>
- Légifrance. (2017b, décembre 31). *Article 51—LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018*. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000036339172

Bibliographie

Légifrance. (2018, août 11). *Article 27—Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.*

https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000037439142

Légifrance. (2019, juillet 27). *Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.*

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000625158/>

Légifrance. (2019a, juillet 27). *Loi n° 2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités.*

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000824315/>

Légifrance. (2019b, novembre 19). *Arrêté du 12 novembre 2019 précisant, en application de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, les situations médicales dans lesquelles peut être exclue la substitution à la spécialité prescrite d'une spécialité du même groupe générique.* <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039393124/>

Légifrance. (2020, décembre 15). *Article L162-2-1—Code de la sécurité sociale.*

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006741333/

Lelubre, M., Wuyts, J., Maesschalck, J., Duquet, N., Foubert, K., Hutsebaut, C., Moullin, J., De Wulf, I., Boussery, K., Foulon, V., & De Vriese, C. (2019). Implementation study of an intermediate medication review in Belgian community pharmacies. *Research in Social and Administrative Pharmacy, 15*(6), 710-723.

<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.09.002>

Lepen, C., Lemasson, H., & Roullière-Lelidec, C. (2007). *La consommation médicamenteuse dans 5 pays européens : Une réévaluation* (p. 62). LEEM.

<https://www.leem.org/sites/default/files/914.pdf>

Les maisons de santé conventionnées en plein BOOM. (2018, juin 11). Caducee.net.

<https://www.caducee.net/actualite-medicale/13962/les-maisons-de-sante-conventionnees-en-plein-boom.html>

Bibliographie

- Little, P., Dorward, M., Warner, G., Stephens, K., Senior, J., & Moore, M. (2004). Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care : Nested observational study. *BMJ*, *328*(7437), 444. <https://doi.org/10.1136/bmj.38013.644086.7C>
- Locca, J.-F., Niquille, A., Krähenbühl, J.-M., Figueiredo, H., & Bugnon, O. (2009). Qualité de la prescription médicamenteuse : Des progrès grâce à la collaboration médecins-pharmaciens. *Revue Médicale Suisse*, *5*(227), 2382-2387.
- Lundborg CS, Wahlström R, Diwan VK, Oke T, Mårtenson D, Tomson G. (1999). Combining feedback from simulated cases and prescribing. Design and implementation of an educational intervention in primary care in Sweden. *Int J Technol Assess Health Care.*, *15*(3), 458-72. <https://doi.org/PMID: 10874374>.
- Macé, F., Peyron, C., De Vriese, C., Nelissen-Vrancken, M., Ruggli, M., & Brülhart, M. (2022). *General Practitioners-Community Pharmacists practice groups : Analysis of the potentialities and limits of this practice through its implementation in several European countries*. <https://hal-univ-bourgogne.archives-ouvertes.fr/hal-03658918/document>
- Mahi-Moussa, K. (2019). *Evolution des pratiques du pharmacien officinal : Analyse qualitative et quantitative du pharmacien d'officine au regard de ses nouvelles missions*. Université de Bourgogne.
- Marine Bakry. (2017). *Rôle et implication du pharmacien d'officine au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles de Bourgogne-Franche-Comté*. [Université de Bourgogne].
file:///C:/Users/UTILIS~1/AppData/Local/Temp/these_marine_bakry_pharmacie_2018.pdf
- Massin, S., Paraponaris, A., Bernhard, M., Verger, P., Cavillon, M., Mikol, F., & Ventelou, B. (2014). Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers. *DREES*, 8.

Bibliographie

- Masson, P. (2011). La prescription des médecins généralistes : Conflits entre la profession médicale et l'Assurance maladie. *Sociétés contemporaines*, n° 83(3), 33-57.
<https://doi.org/10.3917/soco.083.0033>
- Maurisse, M. (2019, février 12). *Parler plus, pour prescrire moins*. Le Temps.
<https://www.letemps.ch/sciences/parler-plus-prescrire>
- Ménard, C. (1994). La nature de l'innovation organisationnelle : Éléments de réflexion. *Revue d'économie industrielle*, numéro exceptionnel « Économie industrielle : développements récents, 173-192.
- Meulepas, M. (2008). *Relatie tussen FTO-niveau en score op voorschrijfindicatoren* (p. 16). DGV Nederlands Instituut Voor Verantwoord Medicijngebruik.
- Michot, P., Catala, O., Supper, I., Boulieu, R., Zerbib, Y., Colin, C., & Letriliart, L. (2013). Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : Une revue systématique de la littérature. *Santé Publique*, 25(3), 331-341. <https://doi.org/10.3917/spub.253.0331>
- Miget P. (s. d.). *Thèse. Nouvelles missions du pharmacien d'officine et collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine : Enquête sur la perception des médecins généralistes*. Sciences pharmaceutiques. 2017.
- Ministère de la Santé et de la Prévention. (2021, mars 20). *CEPS (Comité économique des produits de santé)*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ceps-comite-economique-des-produits-de-sante>
- Ministère de la Santé et de la Prévention. (2022a, mars 2). *Exercice coordonné des soins de premier recours*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne>
- Ministère de la Santé et de la Prévention. (2022b, mars 3). *Les centres de santé*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-centres-de-sante-211965>

Bibliographie

- Ministère de la Santé et de la Prévention. (2022c, mars 23). *Expérimenter et innover pour mieux soigner*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article-51>
- Ministère de la santé et des affaires sociales. (2015). *Rapport sur la réforme des modalités d'évaluation des médicaments* (p. 168). https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_polton_-_evaluation_medicaments.pdf
- Ministère de l'Intérieur, Ministère de la Santé et des sports, & Ministère de l'espace rural et de l'aménagement du territoire. (2010). *Cahier des charges des maisons de santé pluri-professionnelles pouvant bénéficier d'un soutien financier*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_du_27_juillet_2010_relative_au_lancement_plan_d_equipement_en_maisons_de_sante_en_milieu_rural.pdf
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique. (2021, octobre 1). *Arrêté royal du 03 avril 2015 fixant les conditions et les modalités de la mise en oeuvre de la concertation médico-pharmaceutique*. http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2015040312
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019, septembre 10). *La société interprofessionnelle de soins ambulatoires—SISA*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/la-societe-interprofessionnelle-de-soins-ambulatoires-sisa>
- Mishra, A., Read, S. H., & Rochon, P. A. (2020). Influence of Physician Sex and Gender on Prescribing Practices Among Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(12), 2764-2767. <https://doi.org/10.1111/jgs.16851>
- Moisdon, J.-C. (2010). L'évaluation du changement organisationnel par l'approche de la recherche intervention. L'exemple des impacts de la T2A. *Revue française des affaires sociales*, 1-2, 213-226. <https://doi.org/10.3917/rfas.101.0213>

Bibliographie

- Mongaret, C., Daguët-Gallois, A., Chopard, V., Aubert, L., Lestrille, A., Malblanc, S., Gravoulet, J., & Slimano, F. (2021). Freins et leviers à la réalisation des bilans partagés de médication en officine : Retour sur une expérimentation dans la région Grand Est. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 79(2), 119-124.
<https://doi.org/10.1016/j.pharma.2020.10.009>
- Morvan, L., Bouziges, B., & Kohli, E. (2018). Implication des pharmaciens en maisons de santé, résultats d'une enquête. *Actualités Pharmaceutiques*, 57(573), 40-45.
<https://doi.org/10.1016/j.actpha.2017.11.029>
- Mousquès, J., Renaud, T., & Scemama, O. (2003). Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : La prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë. *CREDES*, 70, 6.
- Mousquès, J., Renaud, T., & Scemama, O. (2010). Is the « practice style » hypothesis relevant for general practitioners? An analysis of antibiotics prescription for acute rhinopharyngitis. *Social Science & Medicine*, 70(8), 1176-1184.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.016>
- Mousquès, J., Renaud, T., & Sermet, C. (2001). La variabilité des pratiques médicales en médecine générale : Le cas de l'hyperlipidémie. *CREDES*, 42, 6.
- Mrozovski, J.-M. (2020). Les structures territoriales de proximité. *Actualités Pharmaceutiques*, 59(601), 53-55. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2020.10.027>
- Muchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (Armand Colin).
- Muijrsers, P. E. M., Grol, R. P. T. M., Sijbrandij, J., Janknegt, R., & Knottnerus, J. A. (2005). Differences in prescribing between GPs : Impact of the cooperation with pharmacists and impact of visits from pharmaceutical industry representatives. *Family Practice*, 22(6), 624-630. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi074>
- Nelissen-Vrancken, M., Eimers, M., & Versteeg, E. (2006). Minimale interventiestrategie voor stoppen met benzodiazepinen. *Huisarts en Wetenschap*, 49(2), 122-126.
<https://doi.org/10.1007/BF03084634>

Bibliographie

- Newman, T. V., San-Juan-Rodriguez, A., Parekh, N., Swart, E. C. S., Klein-Fedyshin, M., Shrank, W. H., & Hernandez, I. (2020). Impact of community pharmacist-led interventions in chronic disease management on clinical, utilization, and economic outcomes : An umbrella review. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 16(9), 1155-1165.
<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.12.016>
- Nguyen-Kim, L., Or, Z., Paris, V., & Sermet, C. (2005). *Les politiques de prise en charge des médicaments en France, Allemagne et Angleterre* (N° 530; p. 53). IRDES.
<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2005/rap1617.pdf>
- Niquille, A., Ruggli, M., Buchmann, M., Jordan, D., & Bugnon, O. (2012). Impact des Cercles de qualité médecins pharmaciens pour la prescription médicamenteuse entre 1999 et 2010. *Primary Care*, 12(2), 27-28. <https://doi.org/10.4414/pc-f.2012.09066>
- Nolte, E. (2018). *How do we ensure that innovation in health service delivery and organization is implemented, sustained and spread?* (p. 24). WHO. Regional Office for Europe.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331980/Policy-brief-3-1997-8073-2018-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Obrecht, O. (2009). 30. Les recommandations de bonnes pratiques. In *Traité d'économie et de gestion de la santé* (Presses de Sciences Po, p. 286-295). <https://www-cairn-info.proxy-bu2.u-bourgogne.fr/traite-d-economie-et-de-gestion-de-la-sante--9782724611144-page-286.htm?contenu=resume>
- OCDE. (s. d.). *Purchasing Power Parities*. Consulté 29 août 2022, à l'adresse <https://www.oecd.org/sdd/prices-ppp/purchasingpowerparities-frequentlyaskedquestionsfaqs.htm>
- OCDE. (2018). *Dépenses de santé*. https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/health-spending/indicator/french_1ae0af3d-fr
- OCDE. (2019a). *PIB et dépenses -Produit Intérieur Brut (PIB)*.
<http://data.oecd.org/fr/gdp/produit-interieur-brut-pib.htm>

Bibliographie

OCDE. (2019b). *Ressources pour la santé—Dépenses pharmaceutiques*.

<http://data.oecd.org/fr/healthres/depenses-pharmaceutiques.htm>

OCDE. (2019c). *Fiche 10. Secteur Pharmaceutique. Dépenses pharmaceutiques* (Panorama de la Santé, p. 244). <https://doi.org/10.1787/5f5b6833-fr>

OCDE. (2019d). *Fiche 10. Secteur Pharmaceutique. Génériques et biosimilaires*. (Panorama de la Santé, p. 244). <https://doi.org/10.1787/5f5b6833-fr>

OCDE. (2022, août). *Dépenses de santé et financement*.

<https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA&Lang=fr>

Ogien, A. (2001). Le système RMO, la maîtrise des dépenses de santé et les paradoxes du contrôle. *Revue française des affaires sociales*, 4, 51-57.

<https://doi.org/10.3917/rfas.014.0051>

OMS & Action Internationale pour la Santé. (2009). *Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre—Un manuel pratique*. http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/comprendre_la_promotion_pharmaceutique_et_y_repondre_-_un_manuel_pratique.pdf#xd_co_f=MzJkZTU5ODctOWU5NC00NWM0LTkxMTctZmI5YTBiM2EwMWJl~

ONDPS. (2008). *La médecine générale. Rapport 2006-2007. Tome 1* (p. 179). Ministère du Travail. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDPS_-_2006_2007_-_tome1.pdf

O'Neill, P., & Sussex, J. (2015). *International Comparison of Medicines Usage : Quantitative Analysis from a Swedish Perspective*. (p. 45). Office of Health Economics. <file:///C:/Users/UTILIS~1/AppData/Local/Temp/Sweden%20International%20uptake%20report%20FINAL%20English%20April%202015.pdf>

Ordre des pharmaciens belges. (2021, octobre 2). *Nouvel arrêté royal portant instructions pour les pharmaciens*.

<https://www.ordredespharmaciens.be/default.aspx?ID=444&PT=4&G=25&GRT=2&lang=2>

Bibliographie

- Ordre National des Pharmaciens. (2016). *Cahier n°10. Coopération Interprofessionnelle. Décloisonner pour améliorer le parcours de soins : 10 exemples concrets* (p. 32).
<http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/303084/1547370/version/11/file/Cahier+th%C3%A9matique+10+-+La+coop%C3%A9ration+interprofessionnelle.pdf>
- Ordre National des Pharmaciens. (2018). *Cahier n°13. La Pharmacie Clinique : Etat des lieux et perspectives* (p. 28).
<http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/429903/2024829/version/11/file/Cahier+th%C3%A9matique+13+-+Pharmacie+clinique.pdf>
- Ordre National des Pharmaciens. (2019, août 1). *Qu'est-ce que le Dossier Pharmaceutique?*
<http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP>
- Ordre National des Pharmaciens. (2020). *Démographie des pharmaciens. Panorama au 1er janvier 2020* (p. 140).
<http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/506716/2312914/version/1/file/LA-DEMOGRAPHIE-2020.pdf>
- Ordre National des Pharmaciens. (2021, janvier 21). *Exercice coordonné pour les pharmaciens d'officine*. <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Champs-d-activites/Exercice-coordonne>
- Paris, V., & Devaux, M. (2013). Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE. *Les Tribunes de la Santé*, 40(3), 45-52. <https://doi.org/10.3917/seve.040.0045>
- Perez, Y. A. (2008). La pratique de la recherche-intervention dans les organisations : Retour sur les modes de production des connaissances gestionnaires à partir du terrain. *Humanisme et Entreprise*, 288(3), 101-113. <https://doi.org/10.3917/hume.288.0101>
- PGUE. (2016). *Overview of Community Pharmacy Services in Europe*.
<https://www.oecd.org/els/health-systems/Item-2b-Overview-Community-Pharmacy-Services-Svarcaite%20.pdf>

Bibliographie

- Pharmaceutical Group of European Union. (2017). *Measuring health outcomes in community pharmacy* (p. 24) [Rapport annuel]. <https://www.pgeu.eu/wp-content/uploads/2019/04/PGEU-AR-2017-WEB.pdf>
- pharmaSuisse. (2021a). *Faits et chiffres. Pharmacies suisses 2021* (p. 88). <https://www.pharmasuisse.org/data/docs/fr/45138/Faits-et-chiffres-pharmaSuisse-2021.pdf?v=1.0>
- pharmaSuisse. (2021b, octobre 1). *Cercles de qualité*. <https://www.pharmasuisse.org/fr/1246/Cercles-de-qualit%C3%A9.htm>
- Philbet, T. (2018). Cercles de qualité médecins-pharmaciens. Déjà 20 ans, mais toujours aussi innovants. *pharmaJournal*, 4, 44-46.
- Pichetti, S., Sermet, C., & Van der Erf, S. (2013). La diffusion des nouveaux antidiabétiques : Une comparaison internationale. *Questions d'Economie de la santé*, 187, 8.
- Pilorge, C. (2016a). Monopole officinal et concurrence en prix pour la délivrance des médicaments non remboursables : L'exemple français. *Revue économique*, 67(5), 1057-1084. <https://doi.org/10.3917/reco.675.1057>
- Pilorge, C. (2016b). *Réguler le marché de ville du médicament français. Trois essais de microéconomie appliquée*. Université Paris Est.
- Plane, J.-M. (2000). *Méthodes de recherche-intervention en management* (L'Harmattan).
- Powell Davies, G., Williams, A. M., Larsen, K., Perkins, D., Roland, M., & Harris, M. F. (2008). Coordinating primary health care : An analysis of the outcomes of a systematic review. *Medical Journal of Australia*, 188(S8), S65-S68. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2008.tb01748.x>
- Prosser, H., Almond, S., & Walley, T. (2003). Influences on GPs' decision to prescribe new drugs- the importance of who says what. *Family Practice*, 20(1), 61-68. <https://doi.org/10.1093/fampra/20.1.61>
- Raineri, F., Martinez, L., Arnould, P., Hebbrecht, G., Duhot, D., Lanque, P., & Maniette, A. P. (2008). *Qualité de la Prescription Médicamenteuse. Quel impact de la participation à un Groupe de*

Bibliographie

- Pairs (G2PM)* (N° 65; p. 48). SFMG.
http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/274/fichier_dr65_g2pme5f72.pdf
- Ray, M., Bourgueil, Y., & Sicotte, C. (2020). Les maisons de santé pluriprofessionnelles : Un modèle organisationnel au carrefour de multiples logiques. *Revue française des affaires sociales*, 1, 57-77.
- Rédaction Prescrire. (2002). *Cercles de qualité. Des médecins et des pharmaciens suisses ouvrent la voie*. 22(234), 925-927.
- Rédaction Prescrire. (2008). *Cercles de qualité médecins-pharmaciens suisses : Intérêt confirmé*. 28(297), 542-544.
- Reyes, G. (2015). Identité professionnelle du pharmacien et design organisationnel de la pharmacie. *Revue française de gestion*, 248(3), 77-92.
<https://doi.org/10.3166/RFG.248.77-92>
- Reyes, G. (2016). Gestionnaire d'un commerce de détail et professionnel du médicament : Deux rôles, une tension ? *Management & Avenir*, 87(5), 103-124.
<https://doi.org/10.3917/mav.087.0103>
- Reyes, G. (2021). Le comportement entrepreneurial du pharmacien titulaire d'officine et ses répercussions identitaires. *RIMHE*, 42, 10(1), 27-48.
<https://doi.org/10.3917/rimhe.042.0027>
- Reynaudi, M., Gourio, I., Sauneron, S., & Tabuteau, D. (2013). *Pourquoi et comment réguler les pratiques médicales ?* (p. 71) [Actes de colloque]. Commissariat générale à la stratégie et à la prospective. Sciences Po Chaire Santé. https://www.sciencespo.fr/chaire-sante/sites/sciencespo.fr.chaire-sante/files/5-juin-Colloque_ScPoCGSP_le-28-08_0.pdf
- Rist, S., & Rogez, R. (2020). Les CPTS : De l'ambition politique à la réalité territoriale. *Les Tribunes de la santé*, 63(1), 51-55.
- Robberechts, A., De Petter, C., Van Loon, L., Rydant, S., Steurbaut, S., De Meyer, G., & De Loof, H. (2021). Qualitative study of medication review in Flanders, Belgium among community

Bibliographie

- pharmacists and general practitioners. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 43(5), 1173-1182. <https://doi.org/10.1007/s11096-020-01224-9>
- Robelet, M. (1999). Les médecins placés sous observation. Mobilisations autour du développement de l'évaluation médicale en France. *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, 12(46), 71-97. <https://doi.org/10.3406/polix.1999.1056>
- Rohrbasser, A., Harris, J., Mickan, S., Tal, K., & Wong, G. (2018). Quality circles for quality improvement in primary health care : Their origins, spread, effectiveness and lacunae– A scoping review. *PLOS ONE*, 13(12), e020261. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202616>
- Rohrbasser, A., Kirk, U. B., & Arvidsson, E. (2019). Use of quality circles for primary care providers in 24 European countries : An online survey of European Society for Quality and Safety in family practice delegates. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 37(3), 302-311. <https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1639902>
- Rolland, C., & Sicot, F. (2012). Les recommandations de bonne pratique en santé. *Gouvernement et action publique*, 1(3), 53-75. <https://doi.org/10.3917/gap.123.0053>
- Rosman, S. (2010). Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas. In *Singuliers Généralistes. Sociologie de la médecine générale* (Presses de l'EHESP, p. 117-132). <https://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213-page-117.htm>
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine : What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312(7023), 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Saint-Lary, O., Franc, C., Raginel, T., Cartier, T., Vanmeerbeek, M., Widmer, D., & Ruelle, Y. (2015). Modes de rémunération des médecins généralistes : Quelles conséquences. *Exercer*, 119, 52-61.

Bibliographie

- Saint-Lary, O., & Sicsic, J. (2015). Impact of a pay for performance programme on French GPs' consultation length. *Health Policy*, 119(4), 417-426.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.10.001>
- Samson, A.-L. (2009). Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? *Regards croisés sur l'économie*, 5(1), 144-158. <https://doi.org/10.3917/rce.005.0144>
- Santé Publique France. (2018, novembre 13). *Consommation d'antibiotiques et antibiorésistance en France en 2017*. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2018/consommation-d-antibiotiques-et-antibioresistance-en-france-en-2017>
- Sarrandon-Eck, A., Vega, A., Faure, M., Humbert-Gaudart, A., & Lustman, M. (2008). Créer des liens : Les relations soignants-soignants dans les réseaux de soins informels. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 56(S4), 197-206.
<https://doi.org/10.1016/j.respe.2008.04.005>
- Schaumans, C. (2015). Prescribing behavior of General Practitioners : Competition matters. *Health Policy*, 119(4), 456-463. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.12.018>
- Schwartz, R. K., Soumerai, S. B., & Avorn, J. (1989). Physician motivations for nonscientific drug prescribing. *Social Science & Medicine* (1982), 28(6), 577-582.
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(89\)90252-9](https://doi.org/10.1016/0277-9536(89)90252-9)
- Scott, A., & Shiell, A. (1997). Do fee descriptors influence treatment choices in general practice? A multilevel discrete choice model. *Journal of Health Economics*, 16(3), 323-342.
[https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(96\)00520-6](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(96)00520-6)
- Scott, A., Sivey, P., Ait Ouakrim, D., Willenberg, L., Naccarella, L., Furler, J., & Young, D. (2011). The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD008451.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD008451.pub2>
- Sécurité Sociale. (2015). *Fiche 2.3 La consommation des soins de ville*. (Comptes de la Sécurité Sociale. Résultats 2014. Prévisions 2015 et 2016, p. 371). <https://www.securite->

Bibliographie

[sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2015/RAPPORT/CCSS-RAPPORT-SEPTEMBRE_2015.pdf](https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2015/RAPPORT/CCSS-RAPPORT-SEPTEMBRE_2015.pdf)

Sécurité Sociale. (2016). *Fiche 2.3 La consommation des soins de ville* (Comptes de la Sécurité Sociale. Résultats 2015. Prévisions 2016 et 2017, p. 341). https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2016/RAPPORT/CCSS-RAPPORT-SEPTEMBRE_2016.pdf

Sécurité Sociale. (2017). *Fiche 2.3 La consommation des soins de ville* (Comptes de la Sécurité Sociale. Résultats 2016. Prévisions 2017, p. 213). https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2017/RAPPORT/CCSS-RAPPORT-JUILLET_2017.pdf

Sécurité Sociale. (2018). *Fiche 2.3 La consommation des soins de ville* (Comptes de la Sécurité Sociale. Résultats 2017. Prévisions 2018 et 2019, p. 306). https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2018/CCSS_RAPPORT-SEPTEMBRE%202018.pdf

Sécurité Sociale. (2019a). *Fiche 2.3 La consommation des soins de ville* (Comptes de la Sécurité Sociale. Résultats 2018. Prévisions 2019, p. 195). https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2019/CCSS_RAPPORT-JUIN%202019.pdf

Sécurité Sociale. (2019b). *Les Comptes de la Sécurité Sociale. Résultats 2018 Prévisions 2019* (p. 195). https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2019/CCSS_RAPPORT-JUIN%202019.pdf

Sécurité Sociale. (2020a). *Les Comptes de la Sécurité Sociale. Résultats 2019. Prévisions 2020* (p. 193). <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2020/RAPPORT%20CCSS%20JUIN%202020.pdf>

Bibliographie

- Sécurité Sociale. (2020b). *Fiche 2.3 La consommation des soins de ville* (Comptes de la Sécurité Sociale. Résultats 2019. Prévisions 2020 et 2021, p. 312). <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2020/RAPPORT%20CCSS-Sept%202020.pdf>
- Sécurité Sociale. (2020c). *Les Comptes de la Sécurité Sociale. Résultats 2019. Prévisions 2020 et 2021* (p. 312). <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2020/RAPPORT%20CCSS-Sept%202020.pdf>
- Seys, B., Houben, P., Marchal, J.-L., Spago, B., & Vansnick, L. (2001). Qu'est-ce que la DDD ? *Revue de la Médecine Générale*, 188, 457-458.
- SFMG. (s. d.-a). *Groupe de pairs®. Le plaisir de se former ensemble*. Consulté 17 décembre 2020, à l'adresse http://www.sfm.org/groupe_de_pairs/
- SFMG. (s. d.-b). *OMG - Top 50 des diagnostics les plus fréquents*. Observatoire de la Médecine Générale. Consulté 6 mars 2021, à l'adresse <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>
- SFMG. (2006). Les groupes de pairs. *L'information psychiatrique*, 82(1), 25-28. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8201.0025>
- SFPC. (2017). *Fiche mémo. Préconisations pour la pratique des bilans partagés de médication*. https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/08/sfpc_memo_bilan_partag_de_medicament_vdef_dc_2017.pdf
- SFPC. (2019). *Lexique de la Pharmacie Clinique*. <https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/11/1-s2.0-S2211104218302005-mmc1.pdf>
- Spurling, G. K., Mansfield, P. R., Montgomery, B. D., Lexchin, J., Doust, J., Othman, N., & Vitry, A. I. (2010). Information from Pharmaceutical Companies and the Quality, Quantity, and Cost of Physicians' Prescribing : A Systematic Review. *PLoS Medicine*, 7(10), 22. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000352>

Bibliographie

- SSPF. (s. d.). *Projets locaux. Les "projets CMP"*. Consulté 15 décembre 2020, à l'adresse <https://www.sspf.be/fr/projets-locaux.html?IDC=145&IDD=168#.X9iTK7PjJPZ>
- SSPF. (2021, octobre 1). *Société Scientifique des Pharmaciens Francophones*.
<https://www.sspf.be/>
- Stolk, G. (2018, octobre 17). *Succesvol farmacotherapeutisch overleg leidt tot efficiënt voorschrijven*. <https://www.de-eerstelijns.nl/2018/10/succesvol-farmacotherapeutisch-efficient-voorschrijven/>
- Tamblyn, R. (1996). Medication use in seniors : Challenges and solutions. *Thérapie*, 51, 269-282.
- Teichert, M., van der Aalst, A., de Wit, H., Stroo, M., & De Smet, P. A. G. M. (2007). How useful are prescribing indicators based on the DU90% method to distinguish the quality of prescribing between pharmacotherapy audit meetings with different levels of functioning? *European Journal of Clinical Pharmacology*, 63(12), 1171-1177.
<https://doi.org/10.1007/s00228-007-0362-9>
- The Commonwealth Fund. (2020, juin 5). *What is being done to promote delivery system integration and care coordination?* <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/system-features/what-being-done-promote-delivery-system-integration-and-care-coordination>
- Tollen, L. (2008). *Physician Organization in Relation to Quality and Efficiency of Care : A Synthesis of Recent Literature* (p. 40). The Commonwealth Fund.
<https://www.issuelab.org/resources/10602/10602.pdf>
- Tommelein, E., Mehuys, E., Van Tongelen, I., Petrovic, M., Somers, A., Kymper, C., Van Hees, T., Christiaens, T., Demarche, S., Colin, P., & Boussery, K. (2016). Revue de la médication par le pharmacien d'officine en Belgique : Pourquoi, comment et situation actuelle. *Journal de Pharmacie de Belgique*, 4, 4-13.
- Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine. (2018, novembre 29). *La prise en charge des honoraires*. <https://uspo.fr/la-prise-en-charge-des-honoraires/>

Bibliographie

- Unions régionales des professionnels de santé, Agence régionale de santé Bretagne. (2018). *L'essentiel de la CPTS*. https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2018-11/L%27essentiel%20de%20la%20CPTS_31.10.2018%20%28VDef%29.pdf
- URPS Médecins libéraux de Bretagne. (2017, décembre 21). *En Bretagne, les groupes qualité c'est APIMED !* https://www.urpsmlb.org/actualite_urps/bretagne-groupes-qualite-cest-apimed/
- Vallée, J. P. (1999). *De l'élaboration des recommandations à leur appropriation par les professionnels : Une relation de continuité indispensable à l'efficacité* (Recommandations et consensus : Propositions pour une meilleure mise en pratique, p. 35). Unaformec. <https://www.unaformec.org/uploads/recommandations-consensus-jp-vallee-1999.pdf>
- Van Dijk, L., Barnhoorn, H., & de Bakker, D. (2001). *Het Farmaco Therapie Overleg in 1999 : Stand van zaken en effecten op voorschrijven* (p. 98). NIVEL. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1000441.pdf>
- Van Haepere, B. (2012). Que sont les principes du New Public Management devenus ? Le cas de l'administration régionale wallonne. *Reflets et perspectives de la vie économique*, *LI*(2), 83-99. <https://doi.org/10.3917/rpve.512.0083>
- Vega, A. (2012a). Prescription du médicament en médecine générale. Première partie : Déterminants culturels de la prescription chez les médecins français. *Médecine*, *8*(4), 169-173. <https://doi.org/10.1684/med.2012.0824>
- Vega, A. (2012b). Prescription du médicament en médecine générale. Deuxième partie : Paradoxes et propositions. *Médecine*, *8*(5), 223-226. <https://doi.org/10.1684/med.2012.0838>
- Vega, A. (2012c). Positivismes et dépendance : Les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français. *Sciences sociales et santé*, *30*(3), 71-102. <https://doi.org/10.3917/sss.303.0071>
- Ventelou, B., Paraponaris, A., Sebbah, R., Aulagnier, M., Protopopescu, C., Gourheux, J.-C., & Verger, P. (2005). Un observatoire des pratiques en médecine générale : L'expérience

Bibliographie

- menée en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur. *Revue française des affaires sociales*, 1, 127-160. <https://doi.org/10.3917/rfas.051.0127>
- Verger, P., Bocquier, A., Bournot, M.-C., Buyck, J.-F., Carrier, H., Chaput, H., Giraud, J., Hérault, T., Filippi, S., Marbot, C., Rey, D., Tallec, A., Zaytseva, A., & Ventelou, B. (2017). Le panel de médecins généralistes de ville : Éclairages sur les enjeux de la médecine de premier recours d'aujourd'hui. *Revue française des affaires sociales*, 3, 213-235. <https://doi.org/10.3917/rfas.173.0213>
- Vernus, A. L., Catala, O., Supper, I., Flaujac, N., & Letrilliart, L. (2016). Maisons et pôles de santé pluriprofessionnels incluant des pharmaciens : Un état des lieux. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 74(6), 463-472. <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2016.02.002>
- Vervloet, M., Meulepas, M. A., Cals, J. W. L., Eimers, M., van der Hoek, L. S., & van Dijk, L. (2016). Reducing antibiotic prescriptions for respiratory tract infections in family practice : Results of a cluster randomized controlled trial evaluating a multifaceted peer-group-based intervention. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*, 26, 15083. <https://doi.org/10.1038/npjpcrm.2015.83>
- Wilcke, C., & Sergent, S. (2019). Coordination du parcours de soins, la place du pharmacien. *Actualités Pharmaceutiques*, 58(591), 20-23. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2019.10.006>
- Wilson, A. (1991). Consultation length in general practice : A review. *British Journal of General Practice*, 41(344), 119-122.
- Wilson, A., & Childs, S. (2002). The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice : A systematic review. *British Journal of General Practice*, 52(485), 1012-1020.
- Wilson, R. P., Hatcher, J., Barton, S., & Walley, T. (1999). The association of some practice characteristics with antibiotic prescribing. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 8(1),

Bibliographie

15-21. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1557\(199901/02\)8:1<15::AID-PDS386>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1557(199901/02)8:1<15::AID-PDS386>3.0.CO;2-1)

Titre : Les groupes de pratique médecins pharmaciens : cohérence et faisabilité dans le système de soins primaires. Évaluation d'une expérimentation en France

Mots clés : Régulation de la prescription médicamenteuse, pharmaciens d'officine, collaboration médecins-pharmaciens, groupe de pratique médecins pharmaciens, recherche-intervention

Résumé : La régulation de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes s'appuie sur différents dispositifs, mais contrairement à d'autres pays (Belgique, Pays-Bas, Suisse), elle n'y intègre pas les groupes de pratique entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine (GPMP). Cette thèse analyse la cohérence et surtout la faisabilité qu'auraient ces groupes de pratique dans notre système de santé.

Le premier chapitre présente une analyse macroéconomique et microéconomique de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes français. Il souligne qu'elle est une cible importante pour la politique de régulation en raison de sa contribution aux dépenses de santé mais également de son impact sanitaire, avec des prescriptions dont la pertinence pourrait s'améliorer. Par ailleurs, l'hétérogénéité des pratiques de prescription des médecins généralistes français reste importante, explicable par une multiplicité des déterminants et logiques de prescription qui justifie une diversité des leviers d'action pour influencer ces pratiques. Après avoir analysé les outils de la régulation de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes, le chapitre 2 montre que les GPMP seraient des dispositifs cohérents avec l'évolution actuelle des missions du pharmacien d'officine vers un exercice plus proactif dans la prescription médicamenteuse et avec la réorganisation du système de soins primaires vers un secteur ambulatoire plus coordonné. Une analyse des GPMP mis en place en Belgique, Pays-Bas et Suisse détaille leurs configuration, fonctionnement et les résultats qu'ils ont pu produire à l'étranger. L'évaluation d'une expérimentation de GPMP, de type recherche-intervention, est présentée dans le chapitre 3.

Cette expérimentation a permis, pour la première fois en France, d'implanter et de faire fonctionner des GPMP inspirés des modèles étrangers et adaptés à notre système de santé. L'évaluation de cette expérimentation s'appuie sur toute une série d'observations sur site, de questionnaires et d'entretiens semi-directifs. Elle produit des premiers éléments de réponse quant au modèle de GPMP à éventuellement déployer, mais également sur les conditions qui faciliteraient la diffusion d'un tel dispositif. Si la satisfaction et l'adhésion des professionnels qui ont participé à l'expérimentation est attestée, des paramètres apparaissent favorables au bon fonctionnement d'un GPMP, notamment son intégration dans la pratique de structures d'exercice coordonné ou le profil des professionnels (animateurs, participants). Pour les pharmaciens animant ces GPMP, ce nouveau rôle est attractif mais nécessite un investissement en temps très important. Les résultats de l'évaluation autorisent à faire des préconisations si les GPMP devaient devenir, en France, des dispositifs à généraliser. Pour leur configuration peuvent notamment être cités, l'ouverture de l'animation à des médecins généralistes, la mise à disposition des données de prescription, un accompagnement et des outils pragmatiques pour préparer les séances, ainsi qu'une liberté laissée aux professionnels pour implanter leur GPMP et les séances. Des évolutions au niveau du système de santé seraient aussi des leviers pour la diffusion de cette pratique, notamment les intégrer dans le déploiement actuel des CPTS, mettre en place une reconnaissance financière et/ou professionnelle, définir un portage coordonné entre plusieurs institutions et organismes (Assurance maladie, organisations professionnelles, sociétés savantes, etc.).

Title : Physician pharmacist practice groups: consistency and feasibility in the primary healthcare system. Evaluation of an experiment in France

Keywords : Regulation of drug prescription, community pharmacists, physician-pharmacist collaboration, physician-pharmacist practice groups, intervention research

Abstract : The regulation of drug prescription by general practitioners is based on various mechanisms, but unlike other countries (Belgium, the Netherlands, Switzerland), it does not include practice groups between general practitioners and community pharmacists (GPMPs). This thesis analyses the coherence and, above all, the feasibility of such practice groups in our health system.

The first chapter presents a macroeconomic and microeconomic analysis of the drug prescription by French general practitioners (GPs). It emphasises that it is an important target for regulatory policy because of its contribution to health expenditure but also its health impact, with prescriptions whose relevance could be improved. Furthermore, the heterogeneity of French GPs' prescribing practices remains significant, which can be explained by a multiplicity of determinants and prescribing logics that justifies a diversity of action levers to influence these practices. After analysing the tools used to regulate GPs' prescribing, chapter 2 shows that the GPMPs would be consistent with the current evolution of the community pharmacist's missions towards a more proactive approach in drug prescribing and with the reorganization of the primary healthcare system towards a more coordinated ambulatory sector. An analysis of the GPMPs set up in Belgium, the Netherlands and Switzerland details their configuration, operation and the results they have produced abroad. The evaluation of a GPMP experiment, of the research intervention type, is presented in chapter 3. This experimentation allowed, for the first time in France, to implement and operate GPMPs inspired by foreign models and adapted to our healthcare system.

The evaluation of this experiment is based on a series of on-site observations, questionnaires and semi-structured interviews. It provides initial answers as to which model of GPMP should eventually be deployed, but also on the conditions that would facilitate the dissemination of such a device. If the satisfaction and adhesion of the professionals who took part in the experiment is attested, certain parameters appear to be favourable to the proper operation of a GPMP, in particular, its integration into the practice of coordinated exercise structures or the profile of the professionals (meeting leaders, participants). For the pharmacists leading these GPMPs, this new role is attractive but requires a very significant investment of time. The results of the evaluation allow to make recommendations if the GPMPs would become, in France, devices to be generalized. For their configuration, the following recommendations can be cited in particular, the opening of the animation to GPs, the provision of prescription data, support and pragmatic tools to prepare the sessions, as well as a freedom left to professionals to implement their GPMP and sessions. Changes in the healthcare system would also be levers for the dissemination of this practice, in particular by integrating it into the current deployment of the CPTS, establishing financial and/or professional recognition, and defining a coordinated support between several institutions and organizations (health insurance, professional organizations, learned societies, etc.).