

## UNIVERSITE DE LIMOGES

### Faculté de Pharmacie

ANNÉE 2013-2014

THÈSE N°

**RÉSEAU DE SANTÉ PLURIDISCIPLINAIRE MILLESOINS :  
RÔLE DU PHARMACIEN DANS LES ENJEUX TERRITORIAUX DE  
SANTÉ PUBLIQUE.**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

le Lundi 2 Décembre 2013

par

**Mr Antoine PRIOUX**

né le 23 Juillet 1985, à LIMOGES (87)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Mr le Professeur Jean-Luc DUROUX, Doyen de la Faculté ..... Président  
Mme Catherine FAGNÈRE, MCU, Docteur en Pharmacie ..... Co-Directeur  
Mr le Professeur Daniel BUCHON, ..... Co-Directeur  
Mme Florence PEYRANNES, Docteur en Pharmacie ..... Juge  
Mr Pierre AUBESSARD, Docteur en Pharmacie ..... Juge



**RÉSEAU DE SANTÉ PLURIDISCIPLINAIRE MILLESOINS :  
RÔLE DU PHARMACIEN DANS LES ENJEUX TERRITORIAUX DE  
SANTÉ PUBLIQUE.**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

le Lundi 2 Décembre 2013

par

**Mr Antoine PRIOUX**

né le 23 Juillet 1985, à LIMOGES (87)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Mr le Professeur Jean-Luc DUROUX, Doyen de la Faculté ..... Président

Mme Catherine FAGNÈRE, MCU, Docteur en Pharmacie ..... Co-Directeur

Mr le Professeur Daniel BUCHON, ..... Co-Directeur

Mme Florence PEYRANNES, Docteur en Pharmacie ..... Juge

## **LISTE DU CORPS ENSEIGNANT DE LA FACULTÉ**

DOYEN DE LA FACULTÉ : Monsieur le Professeur Jean-Luc **DUROUX**

1<sup>er</sup> VICE-DOYEN : Madame Catherine **FAGNÈRE**, Maître de Conférences

2<sup>ème</sup> VICE-DOYEN : Monsieur le Professeur Serge **BATTU**

### **PROFESSEURS :**

<b>BATTU</b> Serge	CHIMIE ANALYTIQUE
<b>BENEYTOUT</b> Jean-Louis	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
<b>BOTINEAU</b> Michel	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
<b>BROSSARD</b> Claude	PHARMACOTECHNIE
<b>BUXERAUD</b> Jacques	CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
<b>CARDOT</b> Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
<b>DELAGE</b> Christiane	CHIMIE GÉNÉRALE ET MINÉRALE
<b>DESMOULIÈRE</b> Alexis	PHYSIOLOGIE
<b>DUROUX</b> Jean-Luc	BIOPHYSIQUE, BIOMATHÉMATIQUES ET INFORMATIQUE
<b>MAMBU</b> Lengo	PHARMACOGNOSIE
<b>ROUSSEAU</b> Annick	BIOSTATISTIQUE
<b>VIANA</b> Marylène	PHARMACOTECHNIE

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :**

<b>LACHÂTRE</b> Gérard	TOXICOLOGIE
<b>MOESCH</b> Christian	HYGIÈNE HYDROLOGIE ENVIRONNEMENT
<b>ROGEZ</b> Sylvie	BACTÉRIOLOGIE ET VIROLOGIE

### **MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIEN HOSPITALIER DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES : (en détachement)**

**PICARD** Nicolas

PHARMACOLOGIE

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES :**

**BASLY** Jean-Philippe

CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE

**BEAUBRUN-GIRY** Karine

PHARMACOTECHNIE

**BILLET** Fabrice

PHYSIOLOGIE

**CALLISTE** Claude

BIOPHYSIQUE, BIOMATHÉMATIQUES ET INFORMATIQUE

**CLEDAT** Dominique

CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE

**COMBY** Francis

CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

**COURTIOUX** Bertrand

PHARMACOLOGIE, PARASITOLOGIE

**DELEBASSÉE** Sylvie

MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE

**DEMIOT** Claire-Elise

PHARMACOLOGIE

**FAGNÈRE** Catherine

CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

**FROISSARD** Didier

BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE

**JAMBUT** Anne-Catherine

CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

**LABROUSSE** Pascal

BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE

**LÉGER** David

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

**LIAGRE** Bertrand

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

**MARION-THORE** Sandrine

CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

**MARRE-FOURNIER** Françoise

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

**MILLOT** Marion

PHARMACOGNOSIE

**MOREAU** Jeanne

MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE

**PASCAUD** Patricia

PHARMACIE GALÉNIQUE

**POUGET** Christelle

CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

**SIMON** Alain

CHIMIE GÉNÉRALE ET MINÉRALE

**TROUILLAS** Patrick

BIOPHYSIQUE, BIOMATHÉMATIQUES ET INFORMATIQUE

**VIGNOLES** Philippe

BIOPHYSIQUE, BIOMATHÉMATIQUES ET INFORMATIQUE

**PROFESSEUR de LYCEE PROFESSIONNEL :**

**ROUMIEUX** Gwenhaël

ANGLAIS

**ATTACHÉ TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE :**

**MAMMARI** Nour (1/10/13 au 31/08/14)

**VEDRENNE** Nicolas (1/11/13 au 31/08/14)

MICROBIOLOGIE

CHIMIE ANALYTIQUE

## REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier les membres du jury :

**Mr le Professeur Jean-Luc DUROUX, Doyen de la Faculté**, pour avoir accepté de présider le jury. C'est un grand honneur que vous me faites et j'espère être à la hauteur de vos attentes.

**Mme Catherine FAGNÈRE, Maître de Conférence Universitaire et Docteur en Pharmacie**, pour votre disponibilité et la liberté que vous m'avez accordé dans l'élaboration de cette thèse. Votre écoute chaleureuse, comme celle de Mr Jacques BUXERAUD, m'aura accompagné tout au long de mes études, et je vous en remercie.

**Mr Daniel BUCHON, Professeur de Médecine Générale**, pour m'avoir autorisé à soutenir ce projet dont vous êtes l'initiateur. J'espère répondre à vos attentes mais plus globalement à celles du réseau de soins et des professionnels qui le composent.

**Mme Florence PEYRANNES et Mr Pierre AUBESSARD, pharmaciens maîtres de stages**, pour m'avoir chaleureusement accueilli dans vos officines et donné le goût de la profession. J'en profite pour remercier Mme Laurence BONNETBLANC et toutes mes taties, Agnès, Valérie, Isabelle et Nadine, sans oublier Papy Pat, Catherine et Prisca. Soyez tous assurés de mon amitié.

Je remercie aussi tous ceux qui m'ont accompagné et qui m'accompagnent encore :

Papa, Maman, j'ai quelque peu trainé en route mais ça sent bon la fin d'une ère. Tanguy agonise et je ne vous remercierai jamais assez. La naissance est le fruit du hasard, je suis donc extrêmement chanceux d'être né de votre amour.

Le Duc, mon cher petit frère, ne change rien mais prends garde à toi, tu risques de faire plus d'années d'études que moi... Ma bichette, je suis fier de toi, continue de tout donner, sauf des limites à l'accomplissement de tes rêves.

Les O'brothers, mes frères d'armes instrumentales et vocales, sachez que sans Nippercreep, je serais probablement devenu fou, à moins que ce ne soit l'inverse. Je vous aime les mecs, si si, je vous aime ! Vous comprenez pas ? Je vous dis que je vous aime... Merci les mecs.

Tonton Toinou et Tata Mo sans qui je n'en serais pas là, Mamie Lucette pour ta gentillesse et ta joie de vivre, Papy Raymond pour ton érudition loufoque, ton goût du vin et de la côte de bœuf.

Toute la Familia, les tontons les tatas, les cousins les cousines, les pièces rapportées et les petits nouveaux. Je ne vous vois pas autant que je le voudrais, mais le lien est là et n'est pas prêt de se dénouer.

À mon copain, à mon coco adepte de la poignée de gaz, à mes frères et soeurs Spartes, aux musclés du Plateau, à mes frères d'internat, à ceux qui me traitent de dinosaure de la fac, aux anciens de la corpo, et à ceux qui ont supporté mon idéalisme de fin de soirée et qui auraient pu écrire cette thèse... Merci.

À Gaëlle, pour m'avoir accompagné pendant ces deux mois, et aux professionnels du réseau notamment les jeunes. Tisser des liens amicaux et professionnels avec vous est un réel plaisir.

Et la meilleure pour la fin, ma Piliouchka d'amour, sans qui je n'aurais rien pu faire, et avec qui tout devient possible. On va se gaver ma belle.



## SOMMAIRE

<b>1. ETAT DES LIEUX « SANTE ET TERRITOIRE » DE LA MONTAGNE LIMOUSINE..</b>	<b>14</b>
<b>1.1. Le territoire</b>	<b>14</b>
<b>1.2. Les contraintes</b>	<b>16</b>
1.2.1. Géographiques	16
1.2.2. Climatiques	17
1.2.3. Réseau routier	18
<b>1.3. La démographie</b>	<b>19</b>
1.3.1. Présentation de la zone d'étude	19
1.3.2. La densité démographique	20
1.3.3. Évolution brute de la population	21
1.3.4. Évolution démographique des pôles « structurants »	22
1.3.5. Taux de variation annuel par commune	24
1.3.6. Solde migratoire et solde naturel en Montagne Limousine	25
1.3.7. Répartition de la population par tranches d'âges	25
<b>1.4. La démographie médicale</b>	<b>27</b>
1.4.1. Les secteurs médicaux	27
1.4.2. Les secteurs médicaux 2019	28
1.4.3. Synthèse des évolutions de l'offre de soin 2009-2019	29
<b>1.5. Organisation des services de soins</b>	<b>31</b>
1.5.1. Structures	31
1.5.2. Permanence Des Soins en médecine Ambulatoire	35
1.5.3. Services d'urgence et d'intervention	36
<b>1.6. Diagnostic territorial de santé</b>	<b>39</b>
1.6.1. Données de mortalité	39
1.6.2. Données par pathologie	45
1.6.3. Les inégalités sociales et la santé	49
<b>2. PROJET DE RESEAU COORDONNE EN SOINS PRIMAIRES MILLESOINS</b>	<b>54</b>
<b>2.1. Inscription du réseau dans la démarche de la DGOS</b>	<b>54</b>
2.1.1. Contexte	54
2.1.2. Perspectives d'évolution des réseaux de santé	57
<b>2.2. Inscription du projet de réseau de soins dans une démarche territoriale</b>	<b>60</b>
<b>2.3. Définition territoriale du réseau de soins</b>	<b>60</b>

<b>2.4. Responsable de projet : L'ADRES Montagne Limousine</b> .....	62
2.4.1. <i>Introduction de l'outil commun : réseau et logiciel informatique</i> .....	62
2.4.2. <i>Déclinaison des objectifs du réseau de soins primaires milleSoins</i> .....	67
2.4.3. <i>Organisation de L'ADRES Montagne Limousine</i> .....	76
<b>3. LE PHARMACIEN DANS LE RESEAU MILLESOINS</b> .....	81
<b>3.1. Rappels sur la profession de pharmacien</b> .....	81
3.1.1. <i>L'acte pharmaceutique</i> .....	81
3.1.2. <i>Rôle historique du pharmacien</i> .....	82
3.1.3. <i>Éthique, probité et dignité de la profession</i> .....	82
3.1.4. <i>Les relations avec les confrères et autres professionnels de santé</i> .....	82
3.1.5. <i>Évolution avec la loi HPST</i> .....	83
3.1.6. <i>La Convention pharmaceutique de 2012</i> .....	85
<b>3.2. Perspectives d'évolution du métier de pharmacien dans le réseau milleSoins</b> ..	90
3.2.1. <i>Évolution à travers la dispensation</i> .....	91
3.2.2. <i>Évolution à travers les nouveaux modes de prise en charge du patient</i> .....	97
3.2.3. <i>Autres transferts de tâches</i> .....	109

*à Papy Jean...*

## INTRODUCTION

Le travail qui va suivre reflète plus une démarche personnelle à travers le métier de pharmacien qu'un passage obligé en vue de l'obtention du diplôme.

Je suis né à Limoges, mais j'ai grandi sur le Plateau de Millevaches. Mon père est pharmacien dans un petit bourg de 400 âmes, et ma mère, née au cœur du Plateau, y exerce la médecine générale depuis 25 ans.

À l'origine, je voulais être paléontologue, fouiller le sol pour découvrir et étudier des fossiles de reptiles morts il y a plusieurs millions d'années suite à une extinction de masse. Cela me fascinait.

J'ai finalement délaissé mes fossiles pour étudier l'art Pharmaceutique, même si je ne savais pas encore pourquoi je le faisais. Par contre, je savais pertinemment pourquoi je ne faisais pas Médecine.

Comme le souligne le philosophe Georges Canguilhem, le vocabulaire militaire se prête plutôt bien au champ de la médecine, se traduisant en termes de lutte, d'affrontement, et de conquête sur la maladie par l'utilisation d'un arsenal thérapeutique.

L'exercice de la médecine rurale tel que je l'ai ressenti à travers mon enfance m'évoque une sorte de départ en guerre, seul, douze heures par jour, six jours sur sept, où même ceux ayant une foi inébranlable et le blindage le plus épais finissent par trébucher, toute profession médicale confondue.

La lutte que je développe à travers cette thèse est celle qui a donné un sens à mes études pharmaceutiques. Elle s'érige contre la désertification médicale sur le Parc Naturel Régional du Plateau de Millevaches.

Depuis 2010, un noyau dur de professionnels de santé s'est constitué en association, l'ADRES Montagne Limousine (ou Association pour le Développement d'un REseau de soins primaires sur la Montagne Limousine) afin de pallier cette désertification. Sur quels constats et enjeux territoriaux ont-ils appuyé leur argumentaire en faveur de la création d'un réseau de soins primaires ? Comment et avec quels moyens le réseau milleSoins entend-il inverser la tendance ? Et quel serait le rôle du pharmacien inscrit dans cette démarche ?

Ces problématiques seront abordées en trois parties distinctes puis je conclurai en ouvrant certaines réflexions et perspectives.

**« La géographie sert d'abord à faire la guerre »**

*Yves Lacoste, géopoliticien*

Dresser une carte est donc le premier acte d'une offensive.

## **1. État des lieux « Santé et territoire » de la Montagne Limousine [1]**

Ce constat définit la stratégie menée entre professionnels de santé et pouvoirs publics conduisant en 2010 à la candidature du projet de réseau de soins en tant que Pôle d'Excellence Rurale (PER), cela afin d'obtenir les financements de l'Europe (FEADER<sup>1</sup>), de l'État et de la région.

### **1.1. Le territoire [2]**

Le Parc Naturel Régional (PNR) de Millevaches, situé sur les contreforts du Massif Central, s'étend sur la partie centrale et orientale de la Région Limousin dont il occupe 3143 km<sup>2</sup> soit 19 % de la superficie totale.

L'ensemble du territoire est classé en Zone de Revitalisation Rurale<sup>2</sup> et en zone de montagne, son altitude variant de 400 à 1000 m.

Le Syndicat mixte de gestion du Parc regroupe les 113 communes classées PNR par décret ministériel le 18 mai 2004.

Elles se répartissent sur les trois départements de la Région Limousin : 63 communes en Corrèze, 34 en Creuse et 16 en Haute-Vienne.

Le territoire est organisé en 14 communautés de communes et 5 pays. 12 d'entre elles appartiennent à un pays. La carte qui suit permet de visualiser les différents pays, le périmètre du PNR et les projets de maison ou réseau de santé en Limousin.

---

<sup>1</sup> FEADER : Fond Européen Agricole pour le Développement Rural

<sup>2</sup> Les ZRR sont définies par le code des impôts et possèdent des dispositions fiscales particulières qui favorisent les entreprises participant au développement de la zone

Figure 1: Maisons ou réseaux de santé et territoires sur la région Limousin en 2010



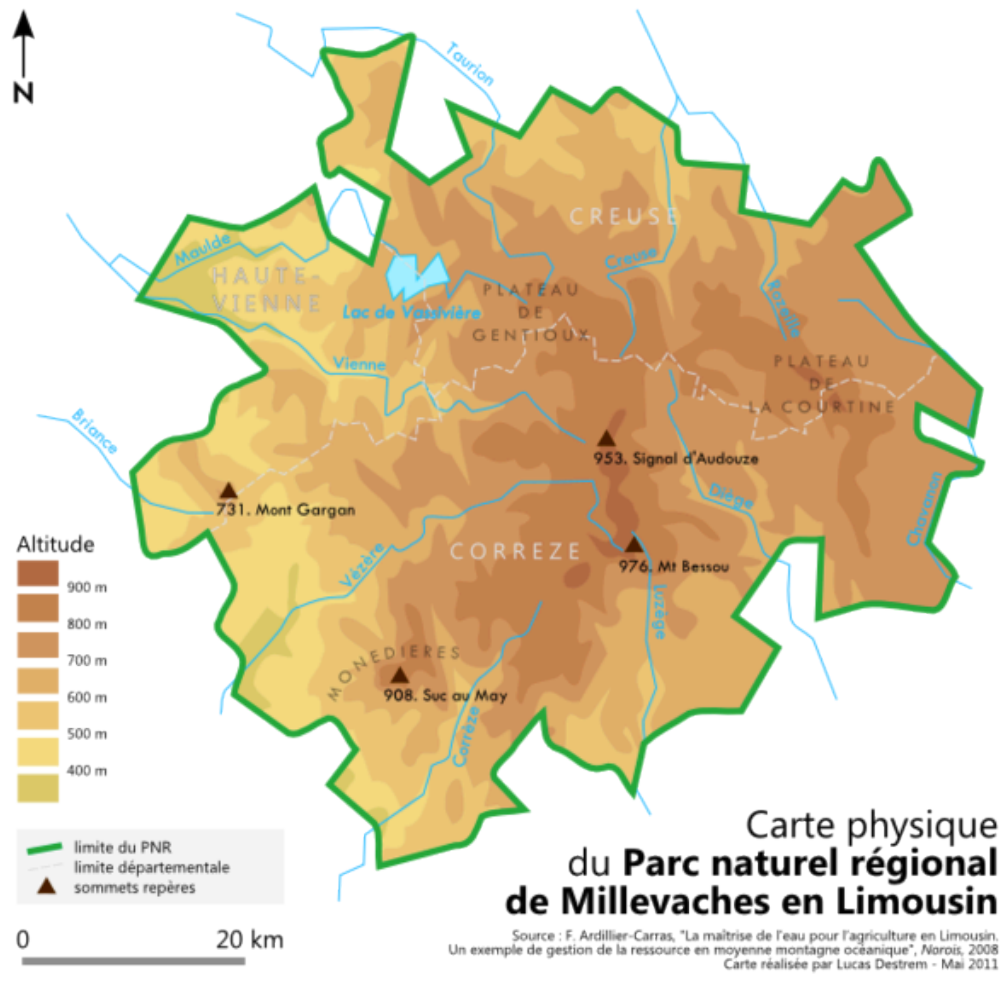
- |   |   |                             |
|---|---|-----------------------------|
| ▲ Projet de maison de santé   | ■ Pays Combraille en Marche                 | ■ Pays Vézère Auvézère      |
| ▲ (rouge) Projet de réseau de santé territorialisé de la Montagne Limousine               | ■ Pays Haut Cantal - Dordogne               | ■ Pays d'Egletons           |
| ▲ (bleu) Projet de maison de santé en lien direct avec le réseau de la Montagne Limousine | ■ Pays de Saint-Yrieix sud Haute-Vienne     | ■ Pays d'Ouest Limousin     |
| ■ PNR de Millevaches en Limousin  | ■ Pays Haute Corrèze                        | ■ Pays de Brive             |
| ■ Limite de département   | ■ Pays Ouest Creusois                       | ■ Pays de Guéret            |
|   | ■ Pays Sud Creusois                         | ■ Pays de Limoges           |
|   | ■ Pays de l'Occitane et des Monts d'Ambazac | ■ Pays de Monts et Barrages |
|   | ■ Pays Vallée de la Dordogne                | ■ Pays de Tulle             |
|   |   | ■ Pays du Haut Limousin     |

Source : PNR de Millevaches en Limousin

## 1.2. Les contraintes

### 1.2.1. Géographiques

Figure 2: Carte physique du PNR de Millevaches en Limousin



Le relief du territoire peut être distingué en quatre zones :

- plateau de Millevaches : partie centrale qui s'étend de Felletin au Nord au massif des Monédières au Sud, altitude entre 800 et 977 m ;
- plateau de La courtine : à l'Est, altitude entre 700 et 932 m,
- plateau de Gentioux et collines de Vassivière : au Nord, altitude entre 500 et 800 m,
- bordure orientale du Plateau Limousin : à l'Ouest, altitude entre 350 et 700 m.



### 1.2.2. Climatiques [3]

**Figure 3: Données climatologiques moyennes relevées à Peyrelevade (alt +/- 800m) entre 1948 et 1999**

Mois	jan.	fév.	mar.	avr.	mai	jui.	jui.	ao û.	sep.	oct.	nov.	déc.
Température minimale moyenne (°C)	-2,7	-2,5	-0,8	1,2	4,8	7,5	9,6	9,5	7,3	4,5	0,4	-1,6
Température maximale moyenne (°C)	4,9	6,1	8,9	11,7	15,9	19,0	21, 8	21, 4	18,7	14,5	8,8	5,8
Précipitations (mm)	132, ,6	121, 2	104, 4	104, 7	117, 0	103, 7	72, 5	99, 2	114, 3	119, 5	132, 5	152, 8

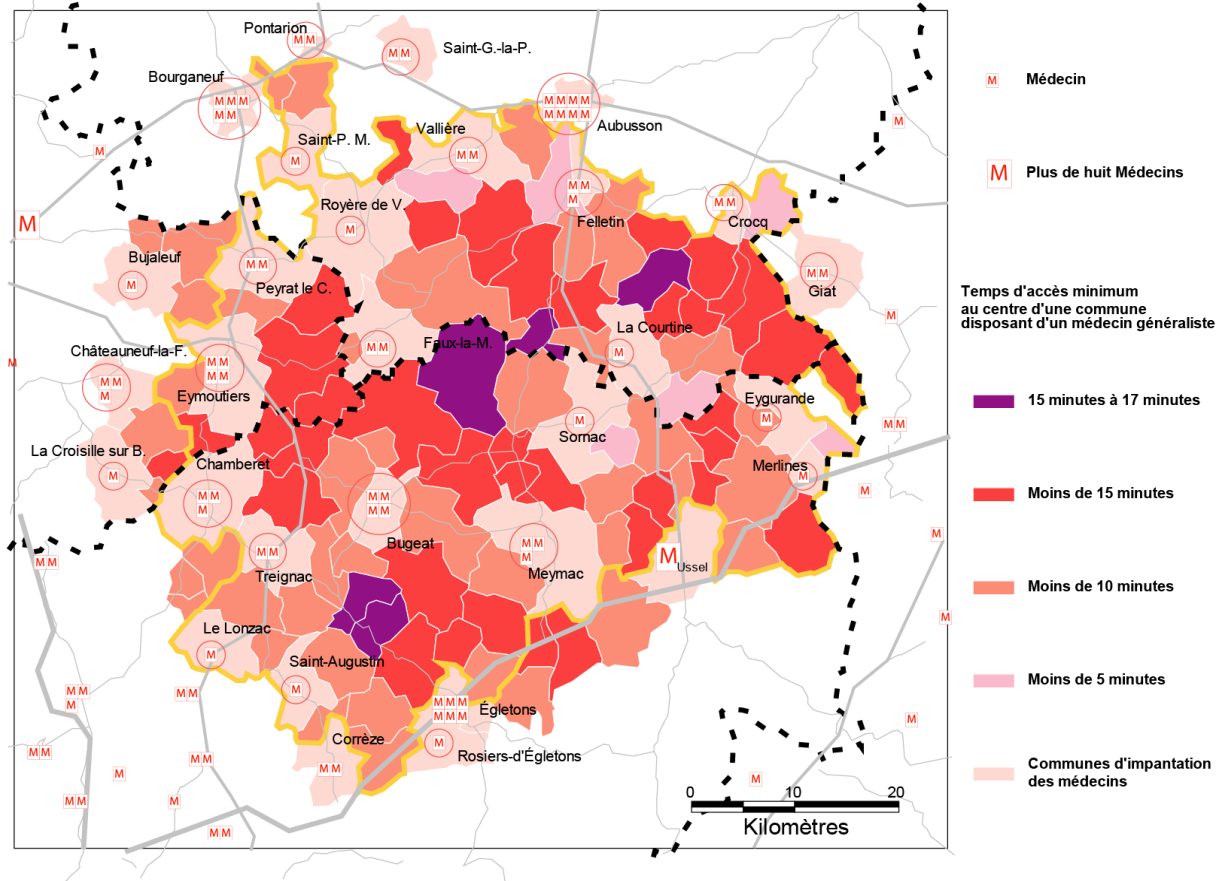
Source SOPHY

Le climat du territoire est de type montagneux avec tendance océanique très humide, et localement climat de montagne rigoureux, caractérisé par des températures basses, de nombreuses gelées, et des chutes de neige fréquentes.

Les températures minimales moyennes durant l'hiver sont généralement négatives sur tout le territoire du PNR.

### 1.2.3. Réseau routier

Figure 4: Carte des isochrones pour l'année 2009



Source : CRP consulting

Cette carte illustre le temps d'accès routier nécessaire aux habitants d'une commune afin d'atteindre le cabinet médical du médecin le plus proche.

Le relief est le principal facteur responsable de difficultés en terme de mobilité, le climat venant s'y ajouter, surtout durant l'hiver.

Malgré les moyens mis en œuvre par les communes et la Direction Départementale de l'Entretien<sup>3</sup>, une partie du territoire est située en zone blanche<sup>4</sup> pour l'accès aux urgences.

À cela s'ajoutent les difficultés évidentes de mobilité concernant les personnes âgées qui sont en forte proportion sur le territoire.

Néanmoins, les conditions de vie difficiles sont propices à la mise en place de réseaux et à une participation active au développement local du territoire.

<sup>3</sup> Dégagement et salage des routes, réfection de voirie ayant subi de nombreux cycles gel/dégel

<sup>4</sup> Zone où l'attente d'intervention d'un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation dépasse les 30 minutes.

### **1.3. La démographie [4]**

#### **1.3.1. Présentation de la zone d'étude**

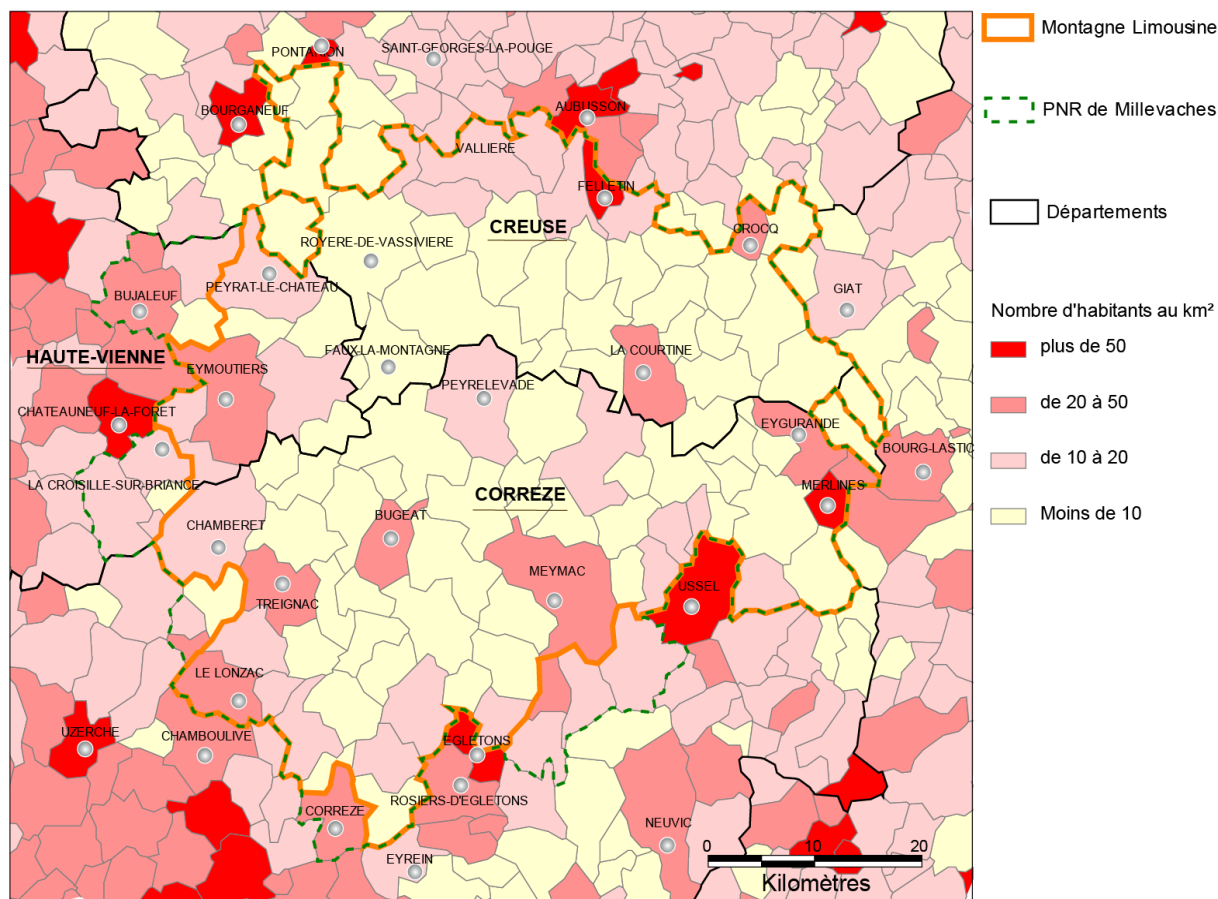
Le périmètre de la montagne Limousine compte :

- 38 696 habitants en 2007,
- 3 villes « portes » peuplées d'environ 2000 habitants : Meymac, Eymoutiers et Felletin (cette dernière étant fortement connectée au pôle d'Aubusson).
- 80% des communes ont une population inférieure à 500 habitants.

L'environnement proche met en avant des pôles de services importants, dits « structurants » pour le territoire, qui sont les villes d'Aubusson, Ussel, Égletons, et Bourgneuf.

### 1.3.2. La densité démographique

Figure 5: Densité démographique moyenne en 2006



Source : CRP consulting

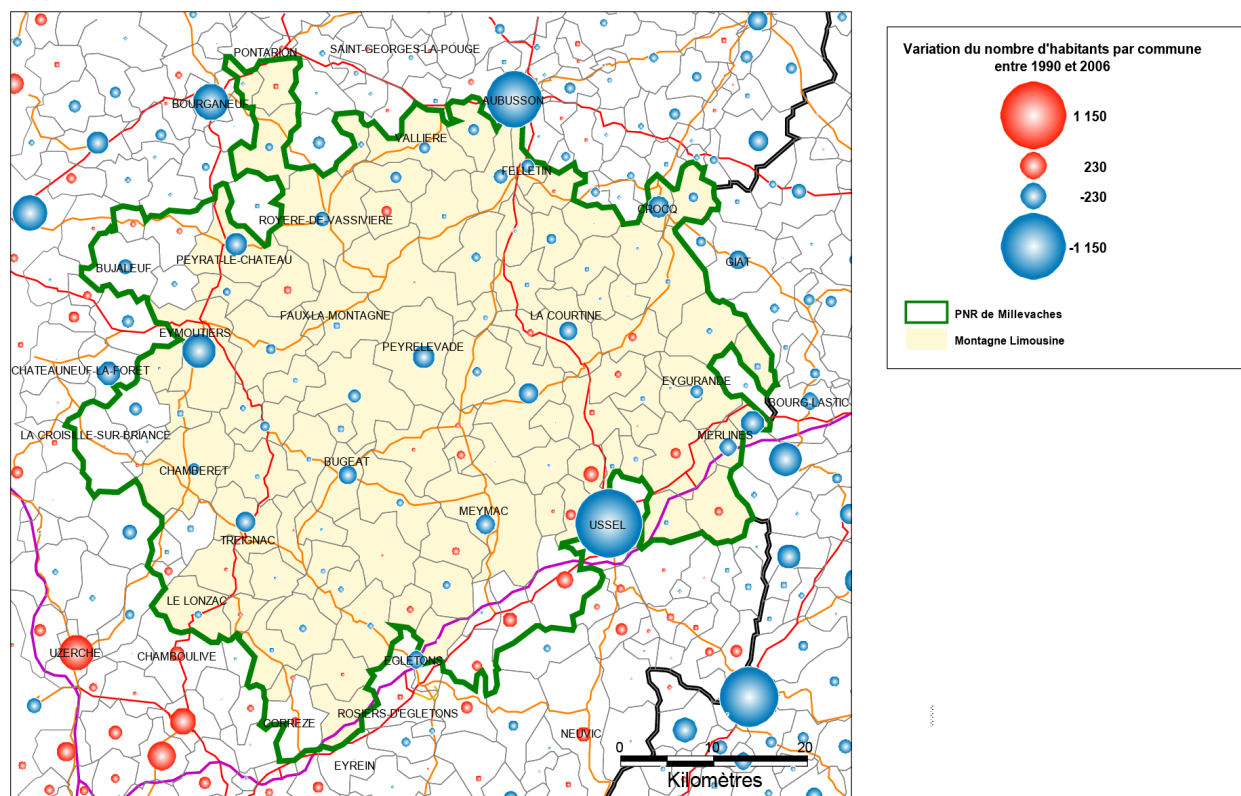
Le périmètre de la Montagne Limousine représente une densité démographique de 12 habitants au km<sup>2</sup>.

63 communes des 113 que compte cet espace présentent une densité inférieure voire très inférieure à 10 habitants au km<sup>2</sup> et comptent près de 9750 habitants.

Notons que sur ces communes, les plus de 60 ans représentent souvent plus de 30 % et parfois plus de 40 % de la population totale.

### 1.3.3. Évolution brute de la population

Figure 6: Evolution de la population entre 1990 et 2006

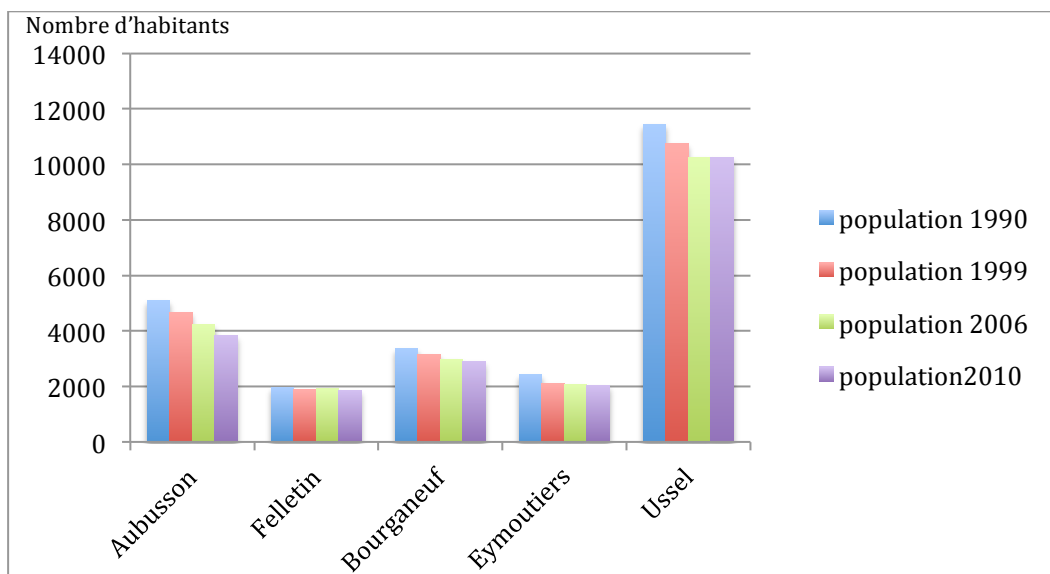


Source : CRP consulting

Le PNR perd près de 2990 habitants (-8,4 %) entre 1990 et 2006, soit un taux de variation annuel de -0,5 %. La période 1999-2006 a cependant compensé au moins en partie la forte diminution de population observée entre 1990 et 1999. Ainsi, la Montagne Limousine ne perd plus que 377 habitants entre 1999 et 2006 alors qu'elle en perdait 2609 entre 1990 et 1999.

### 1.3.4. Évolution démographique des pôles « structurants<sup>5</sup> »

Figure 7: Évolution démographique des pôles structurants de 1990 à 2013<sup>6</sup>



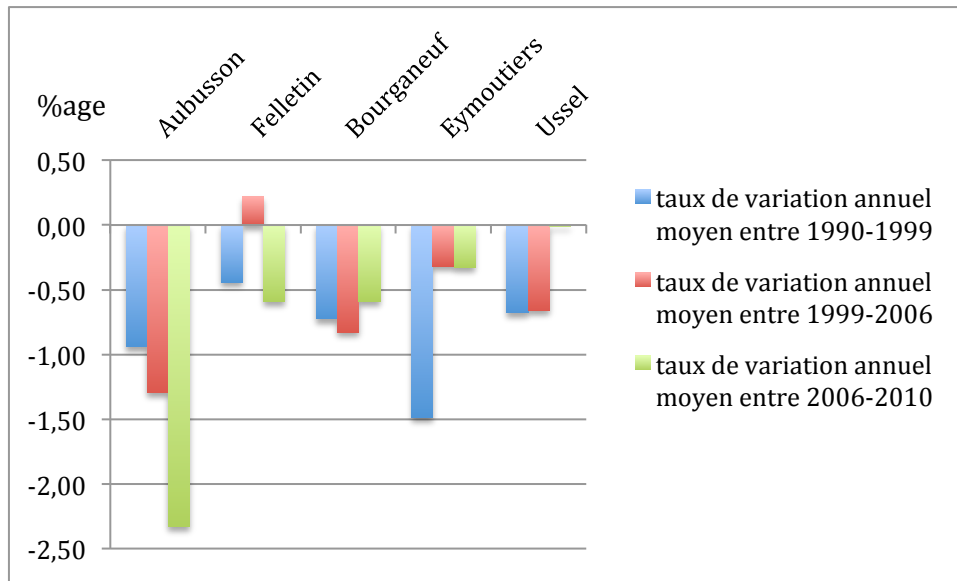
Source : INSEE, RPG

En matière d'aménagement, les évolutions démographiques sont plus préoccupantes au niveau des pôles censés offrir aux habitants une gamme large de services, notamment de santé.

<sup>5</sup> Agglomérations périphériques offrant un panel important de services de santé et de moyens techniques.

<sup>6</sup> Dans les figures 4 et 5 sont présentes des données RGP de 2010 publiées en Janvier 2013. Elles sont ici à caractère informatif et non analytique, ces chiffres étant inconnus lors de la réalisation de cet « état des lieux »

**Figure 8: Taux de variation annuel des pôles structurants de 1990 à 2013**



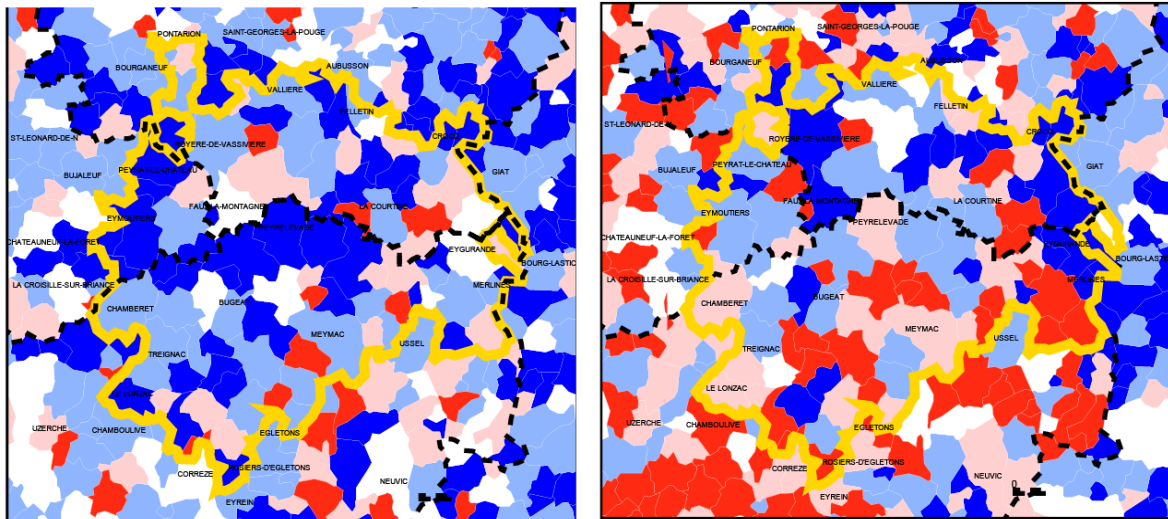
Source : INSEE, RPG

Si nous comparons les périodes 1990-1999 et 1999-2006, ces cinq pôles présentent quatre types d'évolutions :

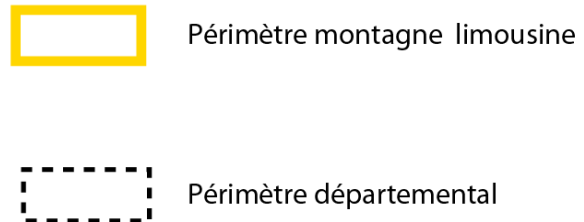
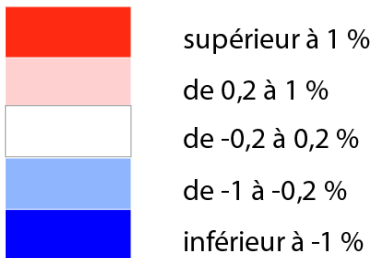
- Aubusson et Bourgneuf pour lesquels le rythme de décroissance s'accroît entre les deux périodes ;
- Ussel qui garde un rythme de décroissance identique entre les deux périodes ;
- Eymoutiers pour lequel le taux de variation annuel bien que négatif entre 1999 et 2006 croît singulièrement par rapport à 1990-1999 ;
- Felletin, proche d'Aubusson qui perdait des habitants entre 1990 et 1999, gagne 20 habitants entre 1999 et 2006.

### 1.3.5. Taux de variation annuel par commune

Figure 9: Taux de variation annuel par commune, comparatif des périodes 1990-1999 et 1999-2006



Taux de variation annuel par commune :



Source : CRP consulting

Globalement, entre 1999 et 2006, la croissance démographique épouse souvent les axes de circulation vers Tulle et Limoges, et se concentre à proximité d'Ussel. Cependant, nous pouvons constater des évolutions positives en zone de montagne ces dernières années.



### 1.3.6. Solde migratoire et solde naturel en Montagne Limousine

Entre 1999 et 2006, la Montagne Limousine affiche un solde migratoire positif de 2030 habitants et un solde naturel négatif de 2407 habitants.

Globalement, bien que vieillissante, elle montre une attractivité lui permettant de limiter les pertes démographiques. Cette attractivité concerne aussi le secteur géographique des plateaux.

Par contre, au niveau des pôles de Bourgneuf, Aubusson, et Ussel le déficit d'attractivité est réel et constitue un enjeu pour l'ensemble de la population de la Montagne Limousine.

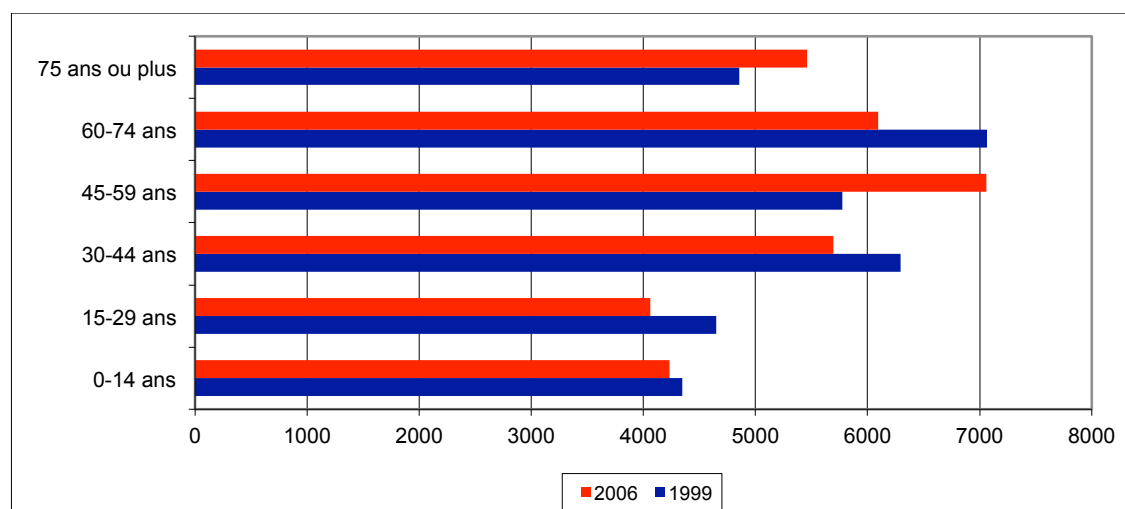
Qualitativement les entretiens réalisés mettent en avant :

- des profils sociologiques, des projets et modes de vie différents entre nouveaux arrivants en fonction du territoire d'implantation. Le long des grands axes et à proximité des villes, l'implantation présente souvent un caractère professionnel. L'implantation sur le plateau de Millevaches relève souvent d'une « philosophie de vie ». Ces nouveaux arrivants cohabitent avec des populations dont l'ancrage rural est particulièrement fort ;

- par ailleurs, le turnover serait important dans certaines communes notamment sur le pôle d'Eymoutiers. Ce dernier montre un solde migratoire largement positif.

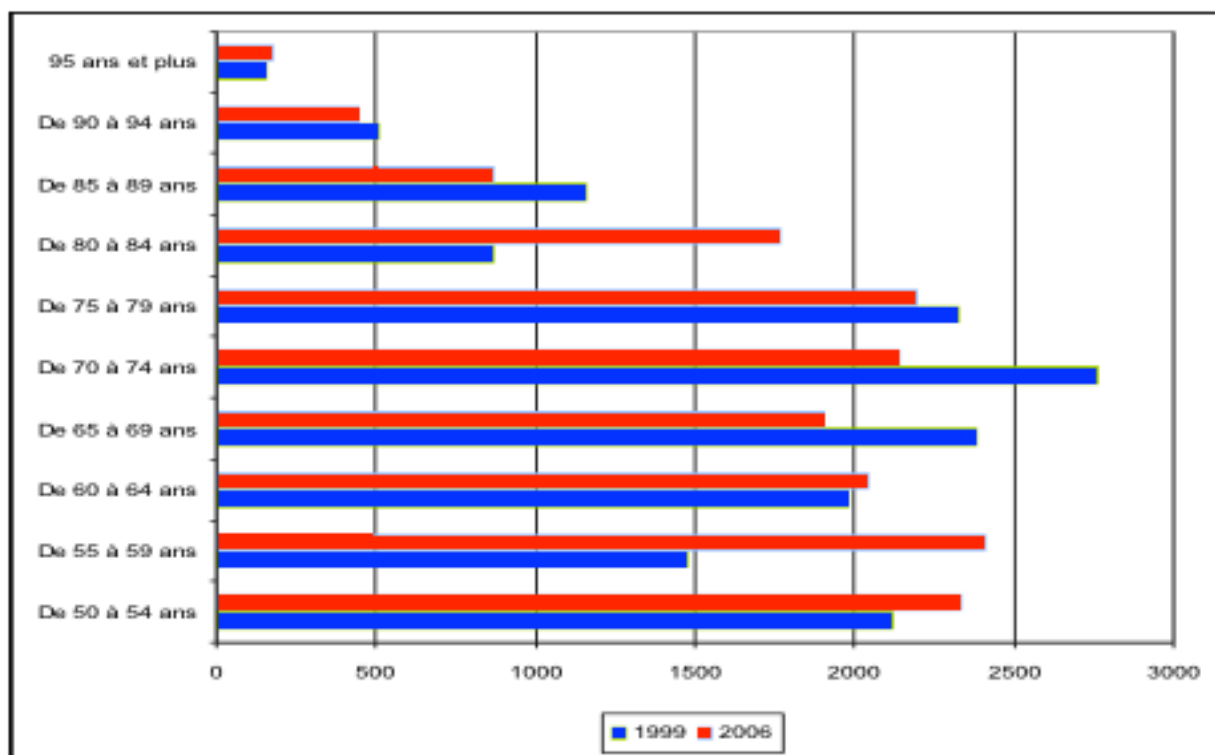
### 1.3.7. Répartition de la population par tranches d'âges

**Figure 10: Répartition de la population par tranche d'âge en Montagne limousine sur l'année 1999 et 2006**



Nous observons, entre 1999 et 2006, une forte croissance des 45-59 ans (d'origine naturelle ou migratoire) qui met en perspective un vieillissement à venir.

**Figure 11: Répartition de la population par tranches d'âges entre 50 ans et plus en Montagne limousine sur l'année 1999 et 2006**



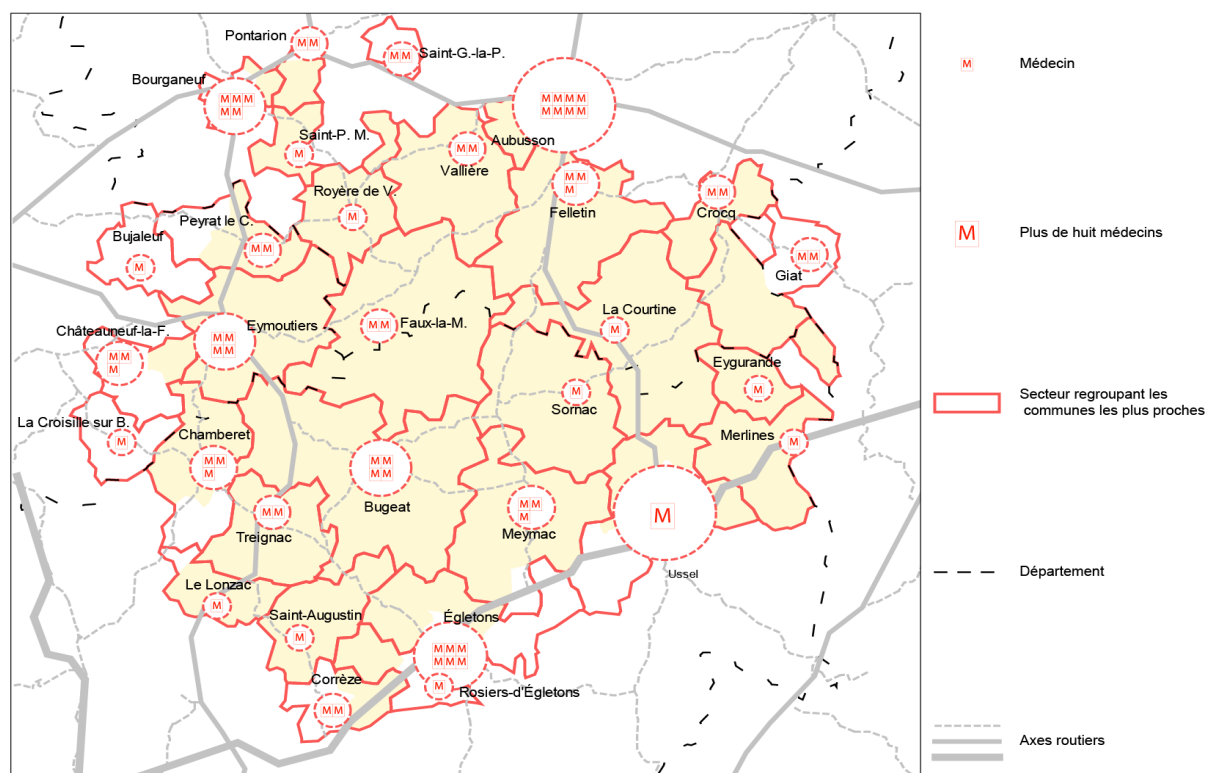
Source : CRP Consulting

Dans les années 2000, nous avons une forte population entre 65 et 80 ans, ce qui correspondait au pic de natalité de l'entre-deux-guerres. Nous constatons une forte différence au sein de la tranche 50-59 ans si nous comparons les années 1999 et 2006. Cette variation correspond au pic de natalité d'après-guerre (baby-boom), une forte croissance des plus de 60 ans en Montagne Limousine est donc attendue à l'horizon 2020.

## 1.4. La démographie médicale [5]

### 1.4.1. Les secteurs médicaux

Figure 12: les secteurs médicaux de la Montagne limousine en 2009



Source : CRP Consulting

La Montagne Limousine fait partie des trente secteurs médicaux qui ont été définis selon le périmètre d'exercice des médecins qui les composent. Un secteur peut compter un ou plusieurs médecins généralistes.

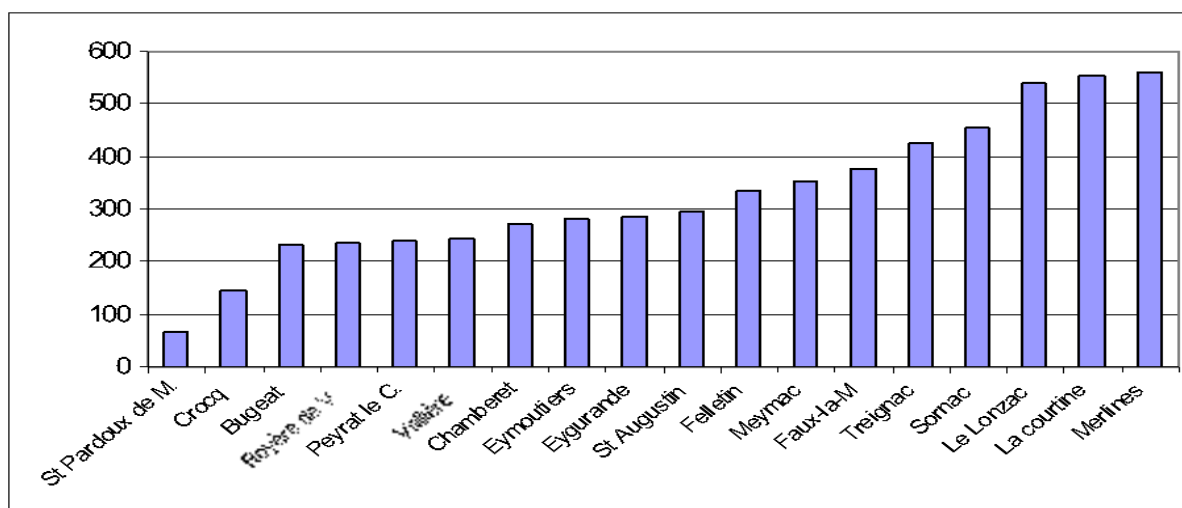
La totalité des trente secteurs compte 79 médecins. A l'intérieur du périmètre du PNR, on répertorie 18 secteurs pour 35 médecins généralistes.

La démographie des différents secteurs varie :

- les secteurs de La Courtine, Bugeat, Faux-la-montagne, Eymoutiers, Felletin et Meymac comptent entre 2000 et 3900 habitants ;
- les secteurs du Lonzac, Peyrat-Le-Château, Vallière, Sornac, Merlines, Chamberet et Treignac comptent entre 1150 et 2000 habitants ;
- les secteurs de Saint-Pardoux-Morterolles, Royère-de-Vassivière, Saint-Augustin, Eygurande et Crocq comptent 220 à 888 habitants.

De plus, au sein de la démographie rattachée à ces secteurs, on peut noter des différences de densité de population selon leur âge.

**Figure 13: Densité de patients de plus de 60 ans par Médecin**



Source : CRP Consulting

En Montagne Limousine le nombre moyen de patient de plus de 60 ans par médecin est de 308. Nous constatons de forts écarts de densité entre les communes, donc une répartition inégale de l'offre de soins en fonction des besoins liés à l'âge.

#### **1.4.2. Les secteurs médicaux 2019 (sans renouvellement)**

D'ici 2019, 42 médecins devraient cesser leur activité et il ne resterait que 37 médecins sur le PNR et son environnement proche soit une baisse de 53%.

En Montagne Limousine, 16 médecins (soit 45%) des 35 médecins en exercice devraient prendre leur retraite d'ici 2019.

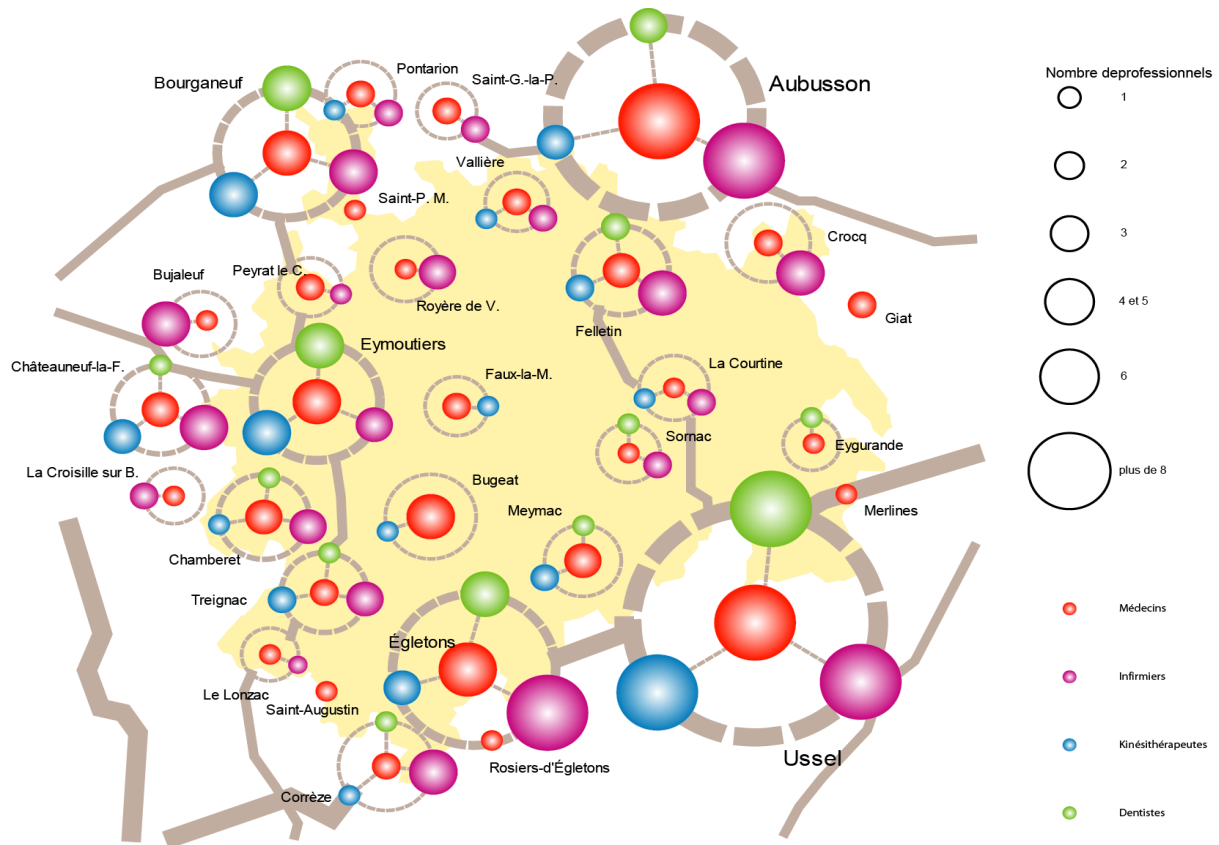
Par ailleurs, certains lieux d'exercices disparaîtraient. Nous passerions de 30 secteurs en 2009 à 24 en 2019, ce qui aurait pour effet d'augmenter globalement les temps d'accès à un site de consultation.

Parallèlement, les besoins en soins seraient croissants compte tenu de l'augmentation des patients de plus de 60 ans.

L'enjeu relève donc à la fois de l'accueil de nouveaux professionnels et de l'aménagement du territoire, ceci afin d'améliorer l'accès des habitants à l'offre médicale.

### 1.4.3. Synthèse des évolutions de l'offre de soins 2009-2019

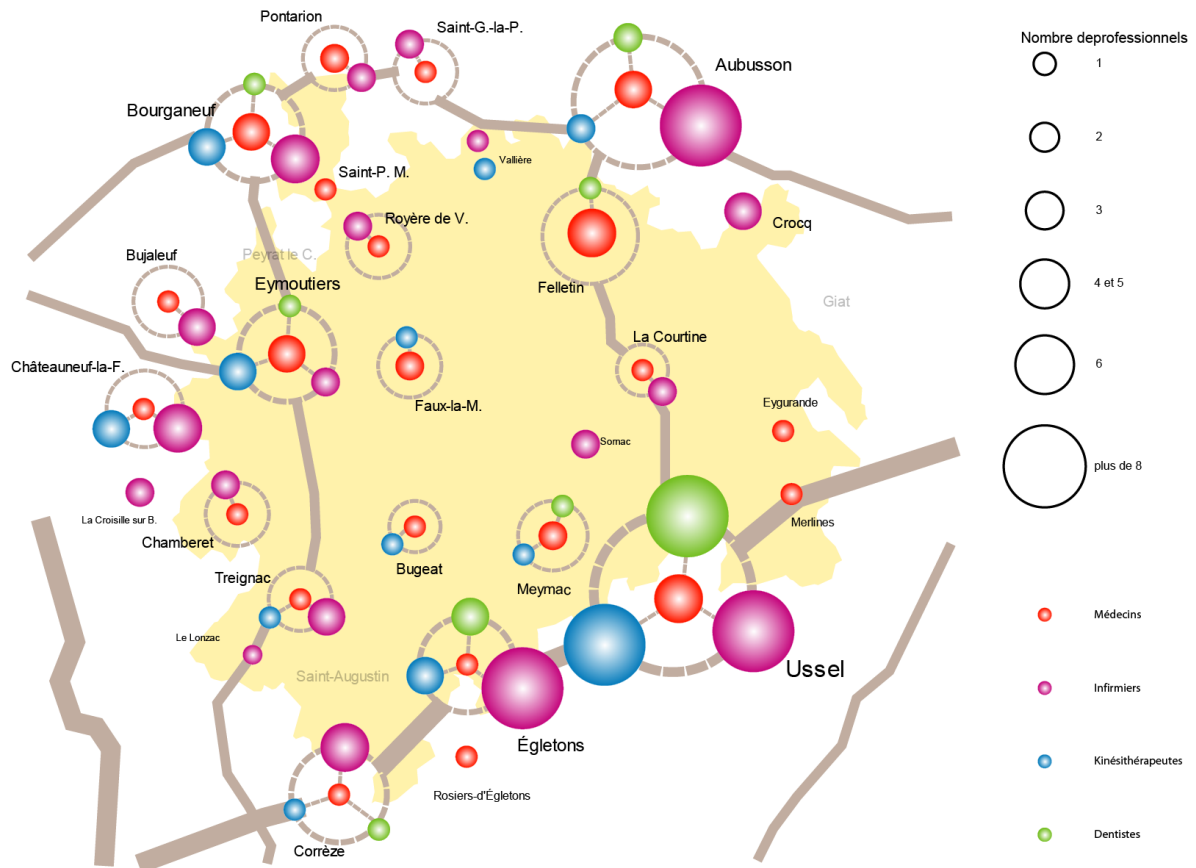
Figure 14: Offre de soins en 2009



Source : CRP Consulting

Ce schéma permet de visualiser synthétiquement l'offre de soins en 2009, au moment de l'inscription du projet dans le Pôle d'Excellence Rurale. Nous pouvons constater une forte concentration de professionnels dans les agglomérations périphériques et une répartition pour l'instant homogène sur l'ensemble du territoire. Des carences se portent essentiellement sur les kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes.

**Figure 15: Offre de soins en 2019**



Source : CRP Consulting

Sur le modèle précédent et par projection des départs à la retraite des professionnels présents en 2009, nous pouvons obtenir ce type de schéma synthétique. L'offre de soins s'est amoindrie et sa répartition devient forcément inégalitaire.

L'état des lieux « santé et territoire » présent dans le dossier de PER concluait sur ce constat. Je vais maintenant vous apporter quelques informations sur l'organisation des différents services de soins afin de le compléter, et prendre ainsi toute la mesure de la problématique.

## **1.5. Organisation des services de soins [6]**

### **1.5.1. Structures**

#### **1.5.1.1. Hospitalières et institutionnelles [7]**

Il n'y a pas de structure hospitalière sur le territoire de la Montagne Limousine mais nous pouvons distinguer non loin de son périmètre plusieurs établissements :

- Bourgneuf : le Centre Hospitalier (CH) propose un service d'accueil médical, de consultations externes<sup>7</sup>, d'imagerie médicale (radiologie), de MCO<sup>8</sup>, de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), de soins palliatifs et d'un pôle gériatrique coordonné composé d'une Unité de Soins de Longue Durée (USLD), de deux Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et d'un Service de Soins Infirmier A Domicile (SSIAD);

- Aubusson : le CH est composé d'un service de MCO, de soins palliatifs, de consultations externes, de SSR, et d'un pôle gériatrique composé de trois EHPAD et d'une USLD. Le CH propose aussi un accueil des urgences et un service de chirurgie viscérale, ophtalmologique et orthopédique en ambulatoire<sup>9</sup>.

- Ussel : c'est le principal CH à proximité de la Montagne Limousine, il est composé de services d'anesthésie-réanimation, de cardiologie, de chirurgie générale et viscérale, de chirurgie orthopédique et traumatologique, de gynéco-obstétrique, d'imagerie médicale (radiologie, scanner et IRM mobile), de médecine interne polyvalente, d'ORL-ophtalmologie, de psychiatrie, et d'un service d'urgences composé d'un SMUR<sup>10</sup>. Ce CH propose aussi des consultations avancées en oncologie, urologie néphrologie, pédiatrie et hématologie, en partenariat avec d'autres CH ou des réseaux de soins de spécialité régionaux.

---

<sup>7</sup> Assurées par les médecins de l'établissement ou par des médecins du CH de Guéret.

<sup>8</sup> MCO : ce sigle correspond à des séjours hospitaliers en soins de courte durée avec ou sans hébergement ou des affections graves pendant leur phase aiguë.

<sup>9</sup> Il n'y a pas d'hospitalisation du patient suite à l'intervention.

<sup>10</sup> Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

Selon les pathologies nécessitant une prise en charge particulière, l'accès à un médecin spécialiste, ou l'appréciation d'un service hospitalier, il n'est pas rare que des malades originaires de la Montagne Limousine s'orientent vers les structures hospitalières urbaines de Tulle, Brive et Limoges situées à plus d'une heure de trajet en voiture.

La Montagne Limousine compte 11 EHPAD<sup>11</sup>. Ils sont situés sur les communes de Peyrelevade, Sornac, Bugeat et Royère-de-Vassivière (au cœur du PNR) ; et Meymac, Eymoutiers, Chamberet, Treignac, Le Lonzac, Felletin et La Courtine (quant à eux répartis sur la périphérie intérieure du Parc). Ils représentent une capacité totale d'accueil de 833 lits. Un Foyer d'Accueil Médicalisé<sup>12</sup> et un Foyer de vie<sup>13</sup> pour personnes âgées sont aussi en place sur Sornac (28 lits).

De nombreux établissements médicaux-sociaux pour personnes dépendantes sont également implantés dans le secteur de la Montagne Limousine. Notre attention se porte sur les établissements où les résidents nécessitent un suivi médical permanent au vu de leur handicap mental et/ou moteur, souvent associé à une pathologie chronique :

- quatre MAS<sup>14</sup> : à Sornac, Peyrelevade, Chamberet, et Saint-Setiers (spécialisée dans la prise en charge de l'autisme) capacité d'accueil en internat permanent de 125 personnes ;
- deux IME<sup>15</sup> : à Peyrelevade et Felletin, capacité d'accueil en internat permanent de 83 personnes ;

---

<sup>11</sup> Établissement d'hébergement pour Personnes Agées Dépendantes : ce sont des maisons de retraite conventionnées qui accueillent des personnes âgées dépendantes et prennent en charge leur handicap et leur maladie

<sup>12</sup> FAM: Établissement qui accueille des personnes handicapées, sur le même principe que les MAS (voir note ci-dessous), mais qui sont généralement moins dépendantes et nécessitent souvent une prise en charge psychiatrique.

<sup>13</sup> Établissement proposant des activités ludiques et culturelles et parfois un hébergement.

<sup>14</sup> Maison d'Accueil Spécialisée : elles sont régies et créées dans le cadre de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées (décret du 26 décembre 1978). Elles hébergent des adultes gravement ou poly-handicapés et leur assurent hébergement, surveillance médicale et soins constants.

<sup>15</sup> Institut Medico-Éducatif : Établissement agréés par la DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales) hébergeant des mineurs atteints de différents handicaps allant de la déficience intellectuelle au polyhandicap grave. Ces institutions sont spécialisées dans le soin et l'éducation.



- un FAM à Gentioux pour une capacité d'accueil en internat permanent de 48 personnes ;
- cinq Foyer de vie et d'hébergement : à Chamberet, La Courtine, Eymoutiers et deux à Sornac pour une capacité d'accueil en internat permanent de 234 personnes.

Ces institutions totalisent une capacité d'accueil de plus de 1200 personnes. Les résidents présentent des handicaps parfois très lourds et des pathologies chroniques qui nécessiteraient une prise en charge pluri-professionnelle plus aboutie et l'intervention de certains spécialistes. Il en est de même pour certains soins courants notamment en hygiène bucco-dentaire. Nous notons la présence d'un corps médical à temps plein ou partiel au sein de ces institutions (infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes), mais cela représente tout de même une masse de travail conséquente pour les médecins généralistes, car ils sont parfois coordonnateurs ou référents dans plusieurs établissements.

#### **1.5.1.2. Cabinets médicaux, Pharmacies, et Laboratoires d'analyses [8] [9]**

Avant Avril 2009, date à laquelle la première Maison de Santé<sup>16</sup> du territoire de la Montagne limousine a ouvert ses portes, les médecins généralistes étaient installés seuls dans leurs cabinets médicaux.

La communauté de communes du plateau de Gentioux fut l'instigatrice d'une nouvelle organisation territoriale en lançant deux projets de Maison de Santé, une première à Faux-la-Montagne, l'autre à Peyrelevade. Deux médecins généralistes se sont réunis dans la première structure afin de rompre leur isolement et de rester solidaire, notamment face à la restructuration de la PDSA<sup>17</sup>. Ce regroupement créa une polarisation de l'offre de soin, engendrant une inégalité intercommunale, ce qui fut parfois incompris car mal interprété par une partie de la population et des politiques locaux.

---

<sup>16</sup> C'est un lieu d'exercice qui regroupe des professionnels de santé. Je ne les nomme pas « Maison de santé pluridisciplinaire » (MSP) car celles-ci doivent répondre à un cahier des charges précis.

<sup>17</sup> Permanence Des Soins en médecine Ambulatoire

Dès 2007, d'autres communes ont elles aussi répondu à cet appel à projet de la Mission Régionale de Santé<sup>18</sup> pour la création de Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP). Mais rétrospectivement, nous constatons qu'il s'agissait plus de projets de cabinets de groupe (type Maison de santé) que de MSP<sup>19</sup>. Certes ces cabinets permettent le regroupement de différents professionnels de santé en un même lieu ce qui offre une meilleure accessibilité aux soins, mais ils s'appuient en général sur la conservation de pratiques individuelles et polarisent fortement l'offre dans les déserts médicaux. Les différentes communes voulant conserver leur attractivité par rapport aux autres en devenant au plus tôt un pôle de santé ne s'étaient pas souciées en amont d'un projet de soins coordonné basé sur une logique territoriale et solidaire, prenant en compte le cahier des charges des MSP.

En effet, une MSP est une structure qui doit permettre d'améliorer la qualité de l'exercice du professionnel<sup>20</sup> par une meilleure gestion du temps, un partage des coûts, une diversification des activités et une amélioration des compétences, elle doit conforter l'accessibilité, la coordination, la continuité et la permanence des soins, permettre un développement du champ de l'exercice pluri-professionnel, de la prévention...

Mais pour moi, son but est aussi d'améliorer la qualité de vie des professionnels de santé car nous le reverrons, elle est la clé de l'attractivité des jeunes médecins, mais aussi des plus âgés. C'est en ce sens que les professionnels de santé de la Montagne Limousine se sont engagés.

Après concertation entre élus, corps médical, financeurs et techniciens, le dépôt de projet de soin de la Montagne Limousine en tant que Pôle d'Excellence Rural sous le pilotage de l'association ADRES<sup>21</sup> a permis le financement de MSP car dans ce contexte ils répondait au cahier des charges du « guide de mise en œuvre des MSP » :

Quatre projets de structures ont obtenu un financement :

- structure de regroupement de Bugeat
- structure de regroupement de Crocq/Mérinchal
- structure de regroupement de Royère de Vassivière
- structure de regroupement de La Courtine

---

<sup>18</sup> MRS: organisme piloté par l'Agence Régionale de Santé et l'Union Régional des Caisses d'Assurance Maladie.

<sup>19</sup> Si nous considérons le cahier des charges pour les MSP publié par la MRS du Limousin.

<sup>20</sup> Donc de la prise en charge du patient.

<sup>21</sup> Association pour le Développement d'un Réseau de Soins primaires de la Montagne Limousine.

Les structures de Faux-la-Montagne et de Peyrelevade étaient déjà construites (ou en cours de construction), elles n'ont donc pas été intégrées au dossier de financement, mais le sont d'ores et déjà au projet de santé.

Concernant les pharmacies, le périmètre du PNR en compte 21 réparties de façon assez homogène dans les principaux bourgs. Trois communes disposent de 2 pharmacies, Felletin, Meymac, et Eymoutiers qui sont les 3 villes « portes » du PNR.

Ce maillage est un atout fort pour le parc et ses habitants car certaines communes sont sans médecin généraliste (ou ce dernier est difficilement disponible au vu de son emploi du temps chargé). Le pharmacien est donc constamment sollicité et ainsi valorisé dans son rôle de conseil, d'assistance et d'acteur de la permanence des soins. Notons qu'une pharmacie est présente dans chaque bourg où se tient un projet de MSP en lien avec l'association ADRES.

Trois laboratoires d'analyses sont présents aux abords du PNR, un à Aubusson et deux à Ussel, regroupés avec d'autres établissements d'analyses au sein des « Laboratoires Associées ». Ils fonctionnent généralement en partenariat avec les pharmacies les plus reculées du plateau qui récupèrent les prélèvements apportés par les infirmiers (prises de sang) ou les patients (ECBU<sup>22</sup>, coproculture, urine des 24h) et assurent une traçabilité des prélèvements. Un coursier dépêché par le laboratoire passe tous les jours en fin de matinée récupérer les prélèvements.

### **1.5.2. Permanence Des Soins en médecine Ambulatoire [10]**

Dans un arrêté datant du 31 Août 2010, la PDSA en Haute-Vienne a été redéfinie par L'Agence Régionale de Santé (ARS) et l'Union Régional des Professionnels de Santé (URPS) pour les médecins. Elle vise à expérimenter un nouveau cahier des charges pour ensuite être appliqué en Creuse et en Corrèze.

Validé deux ans plus tard, le remaniement à minima des secteurs de garde pour toute la région a pris effet le premier Octobre 2012. Celui-ci est basé sur un découpage administratif des secteurs qui ne prend pas en compte les contraintes de terrain. La Montagne Limousine paie le prix de ce découpage car son périmètre est situé sur les trois départements.

---

<sup>22</sup> Examen CytoBactériologique des Urines

Ainsi la PDSA en Creuse est passée de 15 secteurs à 5 secteurs de consultation et 3 secteurs pour les visites. Nous pouvons constater, par exemple, que les médecins de la MSP de Faux la montagne, commune la plus au Sud du département, doivent couvrir un secteur de visites allant jusqu'à Crozant, commune la plus au Nord. L'estimation du temps d'intervention est de 2 h pour 91 kilomètres. Au-delà de l'inconfort et de la perte de temps générées par le trajet, les professionnels concernés en viennent à espérer que le diagnostic fait par l'agent de régulation sur le témoignage du patient soit le bon.

Au vu de la situation et dans la démarche du projet de soin de la Montagne Limousine, les professionnels de santé manifestent naturellement le souhait de tenir un secteur de PDSA à part entière. Notons que c'est la circulaire du ministre de la santé du 8 Février 2008 annonçant cette forte réduction des secteurs qui a entraîné le regroupement par solidarité de deux médecins sur la MSP de Faux-la-Montagne.

### **1.5.3. Services d'urgence et d'intervention**

Depuis de nombreuses années, la gestion des urgences sur le périmètre de la Montagne Limousine est sujette à débats. Récemment, le Président de la République s'est engagé à rendre accessible des soins d'urgence en moins de trente minutes. Des réunions de travail entre acteurs de santé auxquelles j'ai assisté en tant que membre de l'ADRES ont été organisées par les ARS.

En effet, pratiquement un tiers des communes de la Montagne Limousine sont situées à plus de 30 voire 45 min d'un accès à un service d'urgence.

Le déclenchement d'une urgence médicale se fait par appel du Samu<sup>23</sup> en composant le 15. L'appel est pris en charge par un médecin régulateur du Centre de Réception et de Régulation des Appels qui, si cela s'avère nécessaire, engage le SMUR<sup>24</sup> du service d'urgence hospitalier.

Cinq SMUR sont présents sur la Région Limousin :

- deux en Corrèze : un au CH de Brive, un au CH de Tulle et une antenne de ce dernier au CH d'Ussel ;
- un SMUR est présent au CH de Guéret en Creuse, à noter que l'Association Clinique de la Croix Blanche à Aubusson dispose d'un accueil des urgences mais pas d'une antenne SMUR ;

---

<sup>23</sup> Service d'Aide Médicale Urgente

<sup>24</sup> Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

- deux en Haute-Vienne : un HéliSMUR<sup>25</sup> et un SMUR au CHRU de limoges dont une antenne est située à Saint-Junien.

Le SMUR qui intervient est déclenché en fonction de l'origine départementale de l'appel. Il est simultanément accompagné d'un déclenchement du dispositif de secours des sapeurs pompiers.

En effet, le bon maillage des Centres d'Incendies et de Secours (CIS), tous équipés d'un VSAV<sup>26</sup>, permet une arrivée sur les lieux beaucoup plus rapide que le SMUR. La plupart des médecins du Plateau de Millevaches sont également Médecins Sapeurs Pompiers et interviennent donc dans ce cadre de gestion des urgences.

En fonction des situations et de leurs degrés de gravité, le CRAA va dépêcher un Médecin urgentiste par le SMUR ou non. Soit le patient est transféré au service d'urgence par un ambulancier privé ou par le VSAV des pompiers, soit son état requière la présence d'un urgentiste qui va se déplacer *in situ* ou à la rencontre du VSAV et prendre le relais du médecin sapeurs pompiers s'il y en avait un en intervention.

La Montagne Limousine étant située sur trois départements différents, cela complique la prise en charge en fonction du site d'urgence.

**Figure 16: Répartition des Centres Incendies et Secours et des Médecins Sapeurs Pompiers sur la Montagne Limousine**

	Corrèze	Creuse	Haute-Vienne
Présence de MSP <sup>27</sup>	Peyrelevade, Meymac, Bugeat, Corrèze (2), Treignac	Felletin, Royère-de-Vassivière, Faux-La-Montagne	Eymoutiers (2)
Pas de MSP	Sornac, Le Lonzac, Chamberet	Crocq, La Courtine, Vallières	Nedde

Source : SDIS Corrèze, SDIS Creuse, SDIS Haute-Vienne

<sup>25</sup> Service Mobile d'Urgence et de Réanimation Hélicopté

<sup>26</sup> Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

<sup>27</sup> Ici, Médecin Sapeur Pompier

La solution retenue par la DGOS<sup>28</sup> pour permettre cet accès aux soins urgents en moins de 30 minutes consiste à la formation de Médecins Correspondant du Samu (MCS). Je ne développerai pas en détail cette fonction car elle soulève de nombreuses questions et problématiques non résolues à ce jour.

A l'heure actuelle, les médecins présents sont pour la plupart sapeurs pompiers. Certains ne semblent pas intéressés par une fonction nécessitant une nouvelle formation (qui ne leur apporterait qu'une « double casquette ») pour faire un travail qu'il font déjà sur le terrain depuis de nombreuses années. Malgré cela, d'autres pourraient être intéressés par la formation du CESU<sup>29</sup> afin de remettre à niveau leurs compétences en médecine urgentiste, sans compter qu'un MCS se voit octroyer un matériel d'urgence financé.

Cela étant dit, le travail de concertation entre acteurs de santé locaux, urgentistes, sapeurs pompiers et instances gouvernementales se doit de perdurer pour qu'à l'avenir, les solutions les plus efficaces soient prises dans l'intérêt des habitants des secteurs isolés.

De plus, au-delà de la gestion des urgences aux citoyens, certaines activités économiques accidentogènes comme les exploitations forestières et agricoles sont à prendre en compte dans les plans de gestion des risques. L'activité touristique saisonnière est aussi à intégrer notamment dans l'augmentation des besoins en soins qu'elle peut générer.

Nous venons d'aborder le caractère territorial et organisationnel des soins tels qu'ils l'étaient en 2010. Je vais maintenant développer le côté médical en terme de pathologies lié au territoire et aux patients.

---

<sup>28</sup> Direction générale de l'offre de soin : instance gouvernementale rattachée au Ministère de la Santé et relayée par l'ARS

<sup>29</sup> Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

## **1.6. Diagnostic territorial de santé [11] [12]**

Les données utilisées dans cette partie sont toutes tirées des cartes et synthèses faites par l'Observatoire Régional de Santé (ORS). En fonction de l'année de publication ou des périodes durant lesquelles l'ORS a utilisé les données statistiques à sa disposition<sup>30</sup>, certains chiffres peuvent légèrement varier. De plus, il n'existe pas dans ces données une dimension territoriale purement PNR. Les découpages les plus précis allant jusqu'aux cantons, il est tout de même possible d'en tirer des conclusion significatives en ce qui concerne la Montagne Limousine.

Globalement, les indicateurs de santé sur le PNR sont nettement moins bons que les moyennes régionales et nationales. Nous y relevons une surmortalité générale, mais surtout une forte surmortalité prématurée et surmortalité prématurée évitable.

### **1.6.1. Données de mortalité [13]**

Les taux de mortalité présentés à travers les cartes sont pour 100 000 personnes. La couleur rouge correspond à un taux supérieur à la moyenne nationale, le blanc à un taux égal à la moyenne nationale, et le bleu à un taux inférieur à la moyenne nationale.

#### **1.6.1.1. Mortalité générale**

La mortalité générale représente l'ensemble des décès quelle qu'en soit la cause. L'analyse des données de l'ORS montre une surmortalité en Creuse et en Haute-Corrèze, les cantons les plus touchés appartiennent au périmètre du PNR ou le chevauchent en partie.

L'allongement de la durée de vie et le vieillissement de la population ont conduit à une augmentation sensible de l'âge moyen du décès et les statistiques pour causes de décès sont donc de plus en plus le reflet de la mortalité aux très grands âges. Cette surmortalité peut donc en partie s'expliquer par la forte proportion de personnes âgées dans ces territoires.

Ce phénomène limite l'utilisation des données de mortalité générale afin d'évaluer les besoins en santé et notamment les besoins en prévention. Nous aurons donc plutôt

---

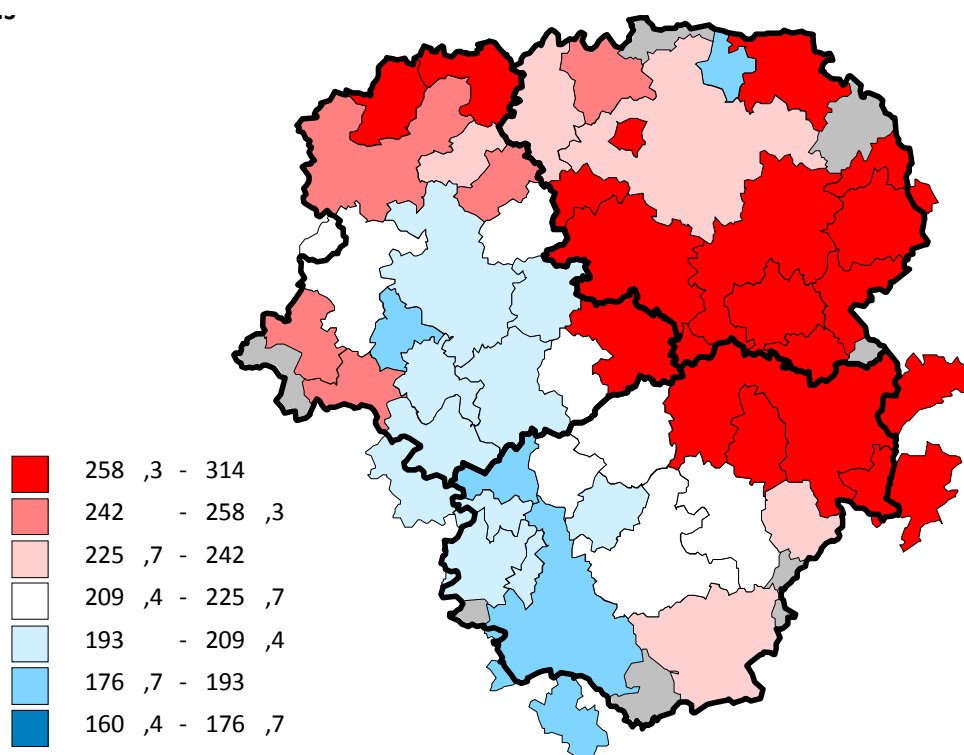
<sup>30</sup> L'ORS utilise essentiellement les données de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) et de l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médiale) dont le cepiDC (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès) qui y est rattaché.

tendance à utiliser la mortalité prématurée et la mortalité prématurée évitable qui sont de bien meilleurs indicateurs.

La première cause de mortalité générale est représentée par les maladies de l'appareil circulatoire<sup>31</sup> qui totalisent 30% des causes de décès en Limousin, dont la moitié sont dues aux maladies coronaires et aux maladies vasculaires cérébrales. La moitié de ces décès concernent les plus de 85 ans.

### 1.6.1.2. Mortalité prématurée [14]

**Figure 17: Taux standardisé moyen selon les bassins de vie de la mortalité prématurée en Limousin entre 2000 et 2007**



Source : ORS du Limousin

La mortalité prématurée concerne les décès survenus avant les 65 ans. En Limousin entre 2000 et 2009, ils représentent 21% des décès masculins et 9% des décès féminins mais l'ORS constate de forts écarts au niveau des territoires de proximité, le PNR étant clairement le plus touché.

<sup>31</sup> Elles sont liées à la circulation sanguine et regroupent : les maladies vasculaires cérébrales, les artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques, les insuffisances cardiaques, les troubles du rythme, les cardiopathies valvulaires et congénitales graves, et les maladies coronariennes.



### 1.6.1.3. Principales causes de mortalité prématurée

Figure 18: Répartition des décès prématurés en Limousin selon la cause de décès, sur la période 2000-2009, nombre de décès annuel moyen<sup>32</sup>

	Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%
<b>Tumeurs</b>	<b>356</b>	<b>37,3</b>	<b>198</b>	<b>48,3</b>
dont Poumon*	103	10,8	27	6,6
VADS**	48	5,0	6	1,5
Sein	<1	-	51	12,4
Colon-Rectum	29	3,0	15	3,7
<b>Causes externes de mortalité</b>	<b>191</b>	<b>20,0</b>	<b>55</b>	<b>13,4</b>
dont suicides	88	9,2	25	6,1
Accidents de la circulation	42	4,4	10	2,4
<b>Mal de l'appareil circulatoire</b>	<b>158</b>	<b>16,6</b>	<b>49</b>	<b>12,0</b>
dont cardiopathies ischémiques	64	6,7	9	2,2
Maladies vasculaires cérébrales	26	2,7	16	3,9
<b>Maladies de l'appareil digestif</b>	<b>65</b>	<b>6,8</b>	<b>22</b>	<b>5,4</b>
dont cirrhose alcoolique	35	3,7	11	2,7
<b>Tbles mentaux et du comp.</b>	<b>40</b>	<b>4,2</b>	<b>12</b>	<b>2,9</b>
dont psychose alcoolique	32	3,4	6	1,5
Autres causes de décès	144	15,1	74	18,0
<b>Ensemble toutes causes</b>	<b>954</b>	<b>100</b>	<b>410</b>	<b>100</b>

Source : ORS du Limousin

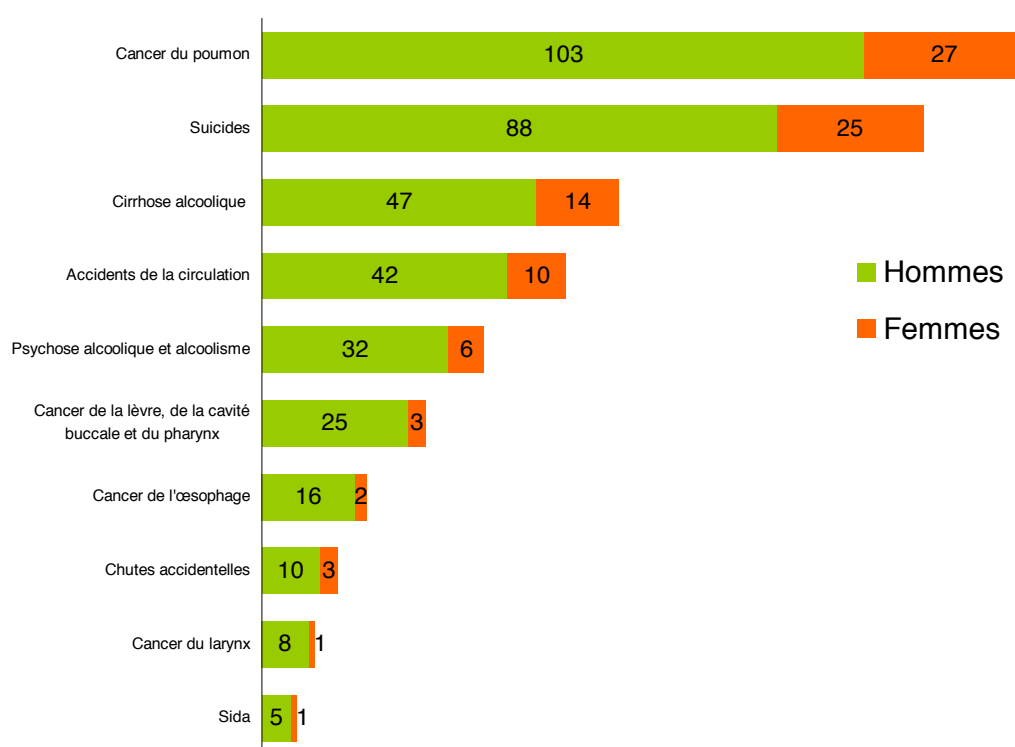
Les tumeurs sont la cause de décès la plus fréquente avant l'âge de 65 ans, elles représentent 41% de l'ensemble des décès prématurés (37% des décès chez les hommes et 48% chez les femmes). Viennent ensuite les causes externes de mortalité pour 18% et les maladies de l'appareil circulatoire pour 15%.

<sup>32</sup> \* cancer de la trachée, des bronches, et des poumons ; \*\* VADS : cancer de voies aérodigestives supérieures

#### 1.6.1.4. Mortalité prématurée évitable

La mortalité prématurée évitable correspond à l'ensemble des décès survenus avant 65 ans qui pourraient être évités par des actions de prévention primaire (soit par une réduction des comportements à risques<sup>33</sup> tels que le tabagisme, l'alcoolisme, les conduites routières dangereuses...).

**Figure 19: Répartition standardisée sur le sexe des décès prématurés évitables en Limousin selon les causes de décès sur la période 2000-2009, nombre de décès annuel moyen**



Source : ORS du limousin

Fait marquant, le taux standardisé de mortalité prématurée évitable est quatre fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes

<sup>33</sup> Il est à noter que la mortalité par affections cardiovasculaires dont une part non négligeable est liée à certains comportements à risques n'entre pas dans la définition retenue.

### 1.6.1.4.1. Mortalité liée à la consommation d'alcool et de tabac

Figure 20: Taux standardisé moyen de mortalité liée à la consommation d'alcool par bassin de vie entre 2000 et 2007

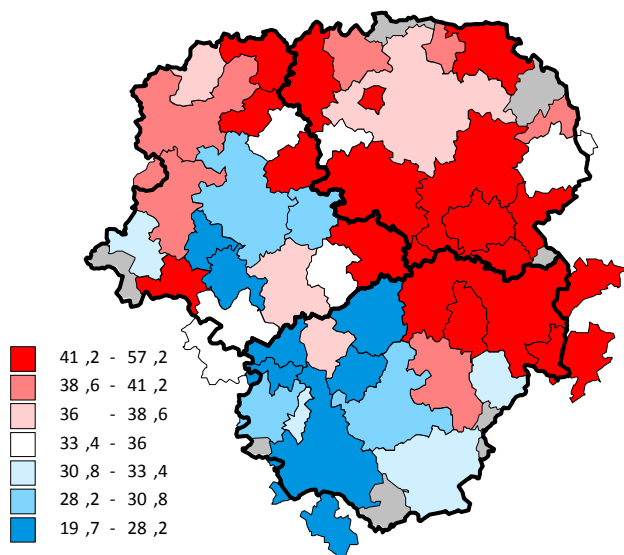
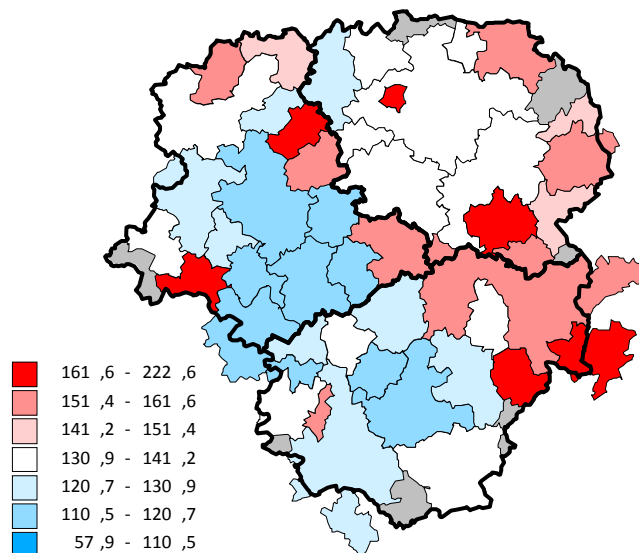


Figure 21: Taux standardisé moyen de mortalité liée à la consommation de tabac par bassin de vie entre 2000 et 2007



Source : ORS du Limousin

Nous constatons une surmortalité liée à la consommation d'alcool<sup>34</sup> et de tabac<sup>35</sup> sur le périmètre de la Montagne Limousine

<sup>34</sup> Les pathologies liées à la consommation d'alcool sont : le cancer de la lèvre, de la cavité buccale et pharynx, le cancer du larynx, le cancer de l'œsophage, les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, la maladie alcoolique du foie et cirrhoses du foie.

<sup>35</sup> Les maladies liées au tabac sont : la tumeur maligne de la trachée, des bronches et du poumon, la bronchite chronique ou non, l'emphysème, les autres maladies pulmonaires obstructives, l'insuffisance respiratoire, les cardiopathies ischémiques, les complications de cardiopathies et maladies cardiaques mal définies.

#### 1.6.1.4.2. Mortalité par suicides et accidents de la route

Figure 22: Taux standardisé moyen de mortalité par suicide selon les bassins de vie entre 2000 et 2007

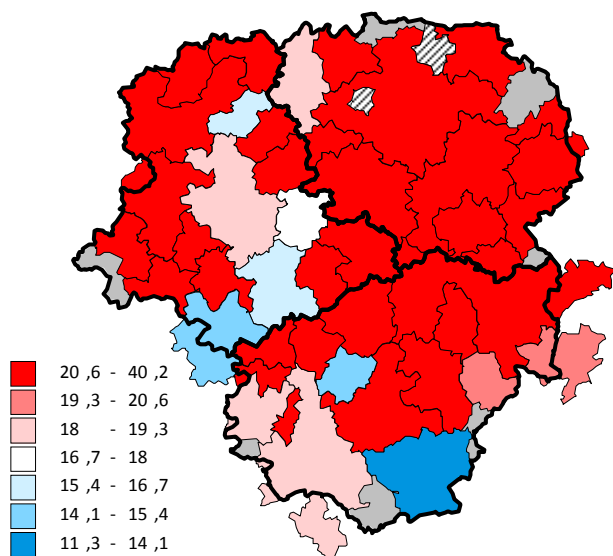
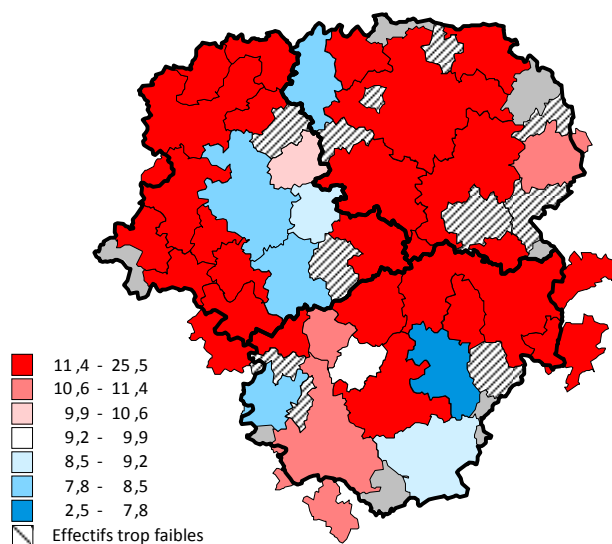


Figure 23: Taux standardisé moyen de mortalité par accident de la route selon les bassins de vie entre 2000 et 2007



Source : ORS du Limousin

Le Limousin est la 4<sup>ème</sup> région présentant une forte surmortalité liée aux suicides. La Creuse est la plus touchée, et l'intégralité de la Montagne Limousine est concernée par cette mortalité prématurée évitable.

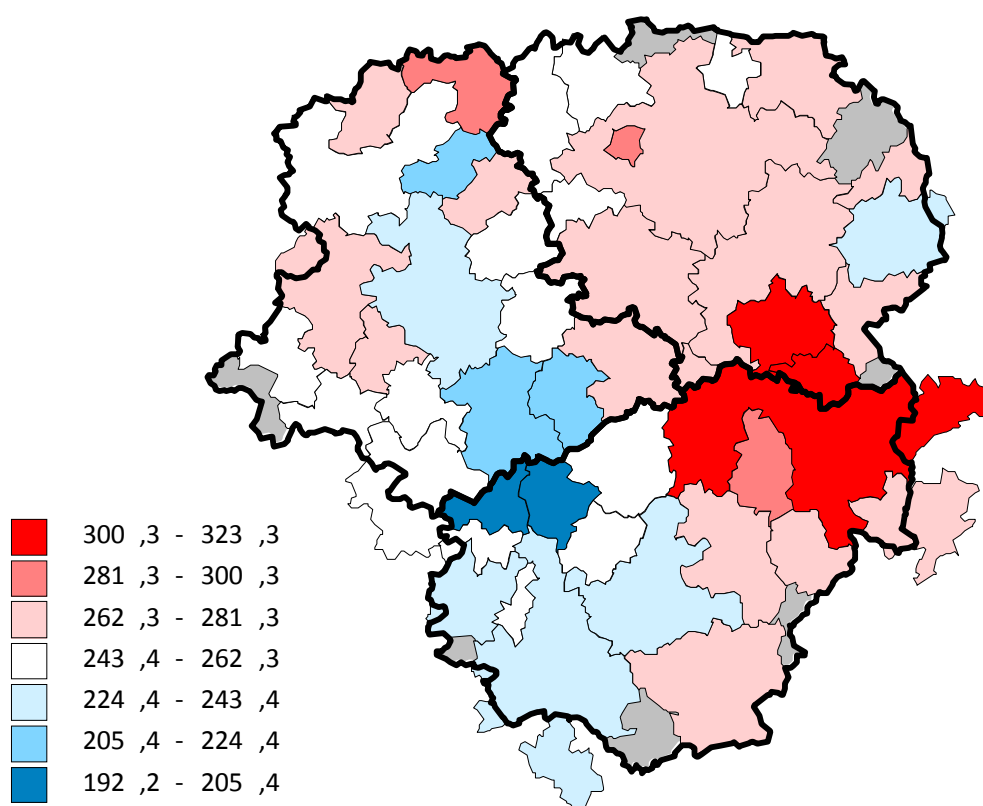
Nous constatons également un fort taux de décès dus aux accidents de la route sur une partie du PNR.

## 1.6.2. Données par pathologie [15]

J'aborde ici la forte prévalence<sup>36</sup> de différentes maladies et leur mortalité associée étant reconnues comme Affection de Longue Durée (ALD)<sup>37</sup> en Limousin.

### 1.6.2.1. Les cancers

**Figure 24: Taux standardisé moyen de mortalité par cancer pour 100 000 habitants selon les bassins de vie entre 2000 et 2007**



Source : ORS du Limousin

<sup>36</sup> Ici, la prévalence correspond à la totalité des cas inscrits pour une ALD.

<sup>37</sup> En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces ALD est établie par le décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011.

Nous constatons une surmortalité liée aux cancers sur le périmètre de la Montagne Limousine. La prévalence brute<sup>38</sup> pour l'ALD 30 correspondant aux tumeurs malignes place le Limousin au 3<sup>ème</sup> rang des régions les plus touchées pour un total de 24 296 personnes sous ALD en 2010.

Plusieurs données peuvent être détachées en fonction de l'organe touché :

- une surmortalité par cancer de la trachée, des bronches, des poumons et des voies aérodigestives supérieures touche nettement le territoire de la Montagne Limousine, avec un ratio de 4 hommes touchés pour une femme. Cette surmortalité locale est supérieure à la moyenne française, même si globalement, le Limousin fait partie des régions les moins touchées. Ces cancers alimentent les données de mortalité liées à la consommation d'alcool et de tabac.

- Le Limousin se place au 4<sup>ème</sup> rang des régions qui présentent une surmortalité par le cancer du colon-rectum soit plus de 300 décès chaque année. La Haute-Vienne est la plus affectée mais les cartes montrent aussi une surmortalité en Haute-Corrèze. Ce cancer est rare avant 50 ans car 95% des nouveaux cas estimés surviennent après cet âge. Les taux de participation aux dépistages par détection de sang occulte dans les selles sont de 31% pour les hommes et de 37% pour les femmes, ce qui correspond à la moyenne française<sup>39</sup>. Mais la répartition des dépistages varie en fonction du département, la Corrèze présentant un fort taux de participation<sup>40</sup>. Ce cancer est la 2<sup>ème</sup> cause de décès par cancer chez la femme, et la 3<sup>ème</sup> chez l'homme.

- Le cancer de la prostate est aussi fortement présent sur le territoire de la Montagne Limousine avec de nombreux bassins de vie présentant une forte surmortalité par rapport à la moyenne française. Ce cancer est la 2<sup>ème</sup> cause de décès chez les hommes en France après le cancer du poumon.

---

<sup>38</sup> Non standardisée sur l'âge, ce classement est donc à relativiser car la population limousine est fortement âgée.

<sup>39</sup> Mais reste loin derrière l'objectif européen minimum acceptable fixé à 45% et le taux souhaitable de 65%.

<sup>40</sup> 41% en Corrèze contre 32% en Haute-Vienne et 29% en Creuse

- *A contrario* nous constatons globalement une sous-mortalité par cancer du sein sur le périmètre du PNR. En France, ce cancer reste la première cause de décès par cancer chez la femme. A noter que le Limousin se place au 1<sup>er</sup> rang en terme de dépistage du cancer du sein, avec une forte participation sur la moitié ouest de la région.

Les cancers ne sont pas la première cause de mortalité générale mais ils le sont en terme de mortalité prématurée et surtout en terme de mortalité prématurée évitable.

### **1.6.2.2. Maladies de l'appareil circulatoire**

Comme nous l'avons vu dans les données de mortalité, ces maladies représentent la principale cause de décès en Limousin et une forte proportion des décès prématurés. Le caractère évitable n'a pas été chiffré plus haut mais nous savons que plusieurs facteurs constitutionnels et comportementaux, fréquents et souvent associés, favorisent la survenue des pathologies cardiovasculaires<sup>41</sup>.

En Limousin, ces maladies représentent 37% des admissions en ALD et plus de 20 000 séjours hospitaliers dont un tiers concernent des personnes de moins de 65 ans.

La mortalité prématurée liée aux maladies de l'appareil circulatoire affecte principalement l'Est du Limousin. L'ensemble du PNR est touché, surtout les hommes, ce qui place la région au 7<sup>ème</sup> rang des régions les plus touchées.

En 2010, les fortes prévalences concernent principalement l'accident vasculaire cérébral invalidant (ALD 1), ce qui place la région Limousin au 5<sup>ème</sup> rang national, pour plus de 3500 personnes touchées. Les pathologies regroupées sous l'ALD 5<sup>42</sup> placent la région au 6<sup>ème</sup> rang pour plus de 8300 personnes touchées.

La prévalence de l'hypertension artérielle sévère<sup>43</sup> et celle de la maladie coronaire (ALD 13) sont dans la moyenne nationale mais représentent plus de 24 000 personnes.

---

<sup>41</sup> Notamment l'hypertension artérielle, le diabète, les dyslipidémies, le tabagisme, l'alimentation, la sédentarité et la surcharge pondérale.

<sup>42</sup> Insuffisance cardiaque, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires et congénitales graves. A noter que paradoxalement, la mortalité générale par insuffisance cardiaque sur la partie Corrèze du PNR est la plus faible du Limousin.

<sup>43</sup> Depuis retirée de la liste des ALD par le décret n° 2011-726 du 24 juin 2011

### **1.6.2.3. Le diabète de type 1 et de type 2 (ALD 8)**

La prévalence des ALD pour diabète était de 20 800 en 2010. Lorsque nous standardisons les données par rapport à l'âge, le Limousin présente un taux comparable au taux national. L'incidence est même en diminution car les taux standardisés d'admission en ALD sont globalement inférieurs aux taux moyens nationaux.

Par contre, en terme de mortalité par diabète en cause principale ou associée, la moitié Est de la région est plus touchée, le PNR n'étant pas épargné.

### **1.6.2.4. Maladie d'Alzheimer et autres démences (ALD 15)**

Avec une prévalence brute de plus de 3500 personnes, le Limousin est la 3<sup>ème</sup> région la plus touchée de France. Ce classement est lui aussi dû à la forte proportion de personnes âgées sur le territoire, ce qui « gonfle » la prévalence. Cette donnée n'en exprime pas moins un réel besoin en terme de soins si nous considérons le niveau de dépendance de ces patients.

### **1.6.2.5. Affections psychiatriques de longue durée (ALD 23)**

Le Limousin présente un taux standardisé d'admission en ALD pour affection psychiatrique de longue durée le plaçant au 8<sup>ème</sup> rang des régions métropolitaines les plus touchées. La prévalence brute en 2010 est de 14 000 personnes.

Selon les données issues des 3 régimes d'assurance maladie, 23,2% des personnes âgées de 20 ans ou plus ont eu une prescription de psychotropes au cours de l'année 2008 en Limousin. Le Limousin est également la région où l'expérimentation de tranquillisants à 17 ans est la plus forte de France<sup>44</sup>.

Le PNR ne se détache pas significativement de ce constat régional.

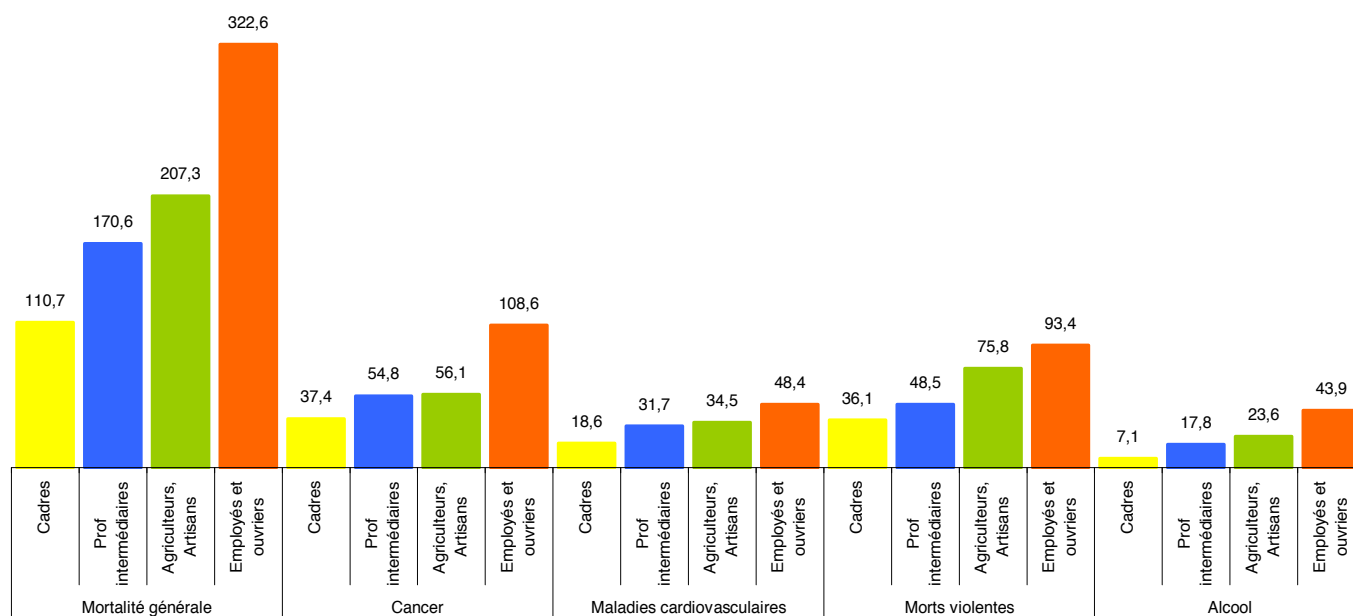
---

<sup>44</sup> Source : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, enquête ESCAPAD 2008.



### 1.6.3. Les inégalités sociales et la santé [16]

**Figure 25: Taux standardisés de mortalité en Limousin, chez les hommes de 25-54 ans, selon la cause de décès et la catégorie socioprofessionnelle, sur la période 1991-2005, taux pour 100 000 personnes**



Source : ORS du Limousin

En Limousin, les taux standardisés de mortalité varient fortement selon la Catégorie Socio-Professionnelle (CSP) le taux de mortalité générale chez les hommes de 25-54 ans est près de 3 fois plus élevé chez les employés et ouvriers que chez les cadres et professions intellectuelles supérieures.

Les professions intermédiaires et les professions indépendantes (agriculteurs, artisans, commerçants et chef d'entreprise) sont dans une situation moyenne avec une mortalité plus forte que celle des cadres mais bien inférieure à celle des employés et ouvriers.

Ces écarts sont constatés en Limousin comme au niveau national, globalement dans les mêmes proportions. De plus, les inégalités de mortalité existent quelle que soit la cause de décès. En effet, si le rapport est de presque 3 entre le taux de mortalité des cadres et celui des employés et ouvriers pour la mortalité générale, il est de 2,9 pour la mortalité par cancer, de 2,6 pour les décès par maladies de l'appareil circulatoire ainsi que pour les morts violentes et il atteint 6,2 pour la mortalité liée à la consommation d'alcool. Quelle que soit la cause, en Limousin comme pour le reste de la métropole, l'ordre entre les CSP reste le même.

L'origine des écarts de mortalité entre les CSP dépend de plusieurs facteurs comme les habitudes de vie (alcool, tabac, alimentation, sédentarité...), la pénibilité du travail, le recours à la prévention et aux soins...

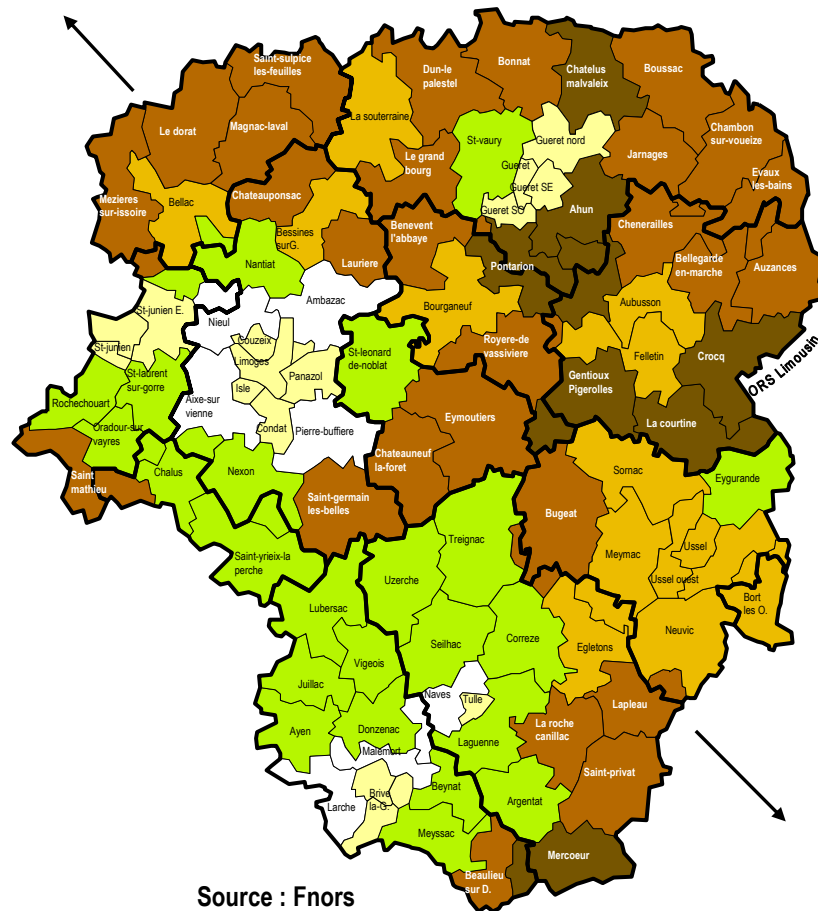
La cartographie des taux standardisés de mortalité prématurée (Figure 15) fait apparaître d'importantes disparités de l'état de santé selon les territoires à l'intérieur même de la région. Les taux sont beaucoup plus élevés en Creuse, en Haute-Corrèze ou dans le Haut-Limousin. La moyenne régionale masque donc de forts écarts infrarégionaux.

La cartographie des indicateurs sociodémographiques que fournit l'ORS identifie également des disparités dans la répartition des populations précaires à des niveaux géographiques plus fins (territoires de proximité, cantons) selon les écarts de revenus, la proportion de foyers fiscaux non imposés, la répartition inégale des CSP... Nous sommes d'ailleurs frappés par la concordance des cartographies des indicateurs de santé et de celles des indicateurs sociaux.

La carte qui suit présente une typologie des cantons du Limousin produite par une analyse multi-variée et fait apparaître sur la moitié est de la région des cantons présentant un cumul d'handicaps démographiques, socio-économiques et sanitaires.

Le territoire du PNR englobe une grande partie de ces cantons où s'ajoutent des handicaps géographiques et environnementaux qui accentuent l'isolement des populations.

**Figure 26: Analyse multidimensionnelle des inégalités socio-sanitaires par canton en Limousin sur l'année 2007**



Source : Fnors  
Exploitation et cartographie : ORS du Limousin - 2007

**Cantons plutôt défavorisés**

- D1 : Des cantons âgés, peu peuplés et très agricoles. De faibles revenus. Une mortalité générale importante mais pas de surmortalité prématurée
- D2 : Des cantons âgés, peu peuplés et très agricoles. De faibles revenus. Une mortalité générale légèrement supérieure à la moyenne mais une forte mortalité prématurée
- D3 : Petites villes ou bourgs. Forte proportion d'ouvriers et d'employés. Chômage plus élevé. Une surmortalité générale et prématurée

**Cantons plutôt favorisés**

- D4 : Cantons à dominante rurale, relativement favorisés, taux de chômage et de RMI faibles Offre de soins satisfaisante. Mortalité générale et prématurée inférieures à la moyenne
- D5 : Cantons urbains. Population relativement jeune. Forte proportion de cadres et d'employés. Offre de soins satisfaisante. Faible mortalité générale.
- D6 : Cantons péri-urbains. Revenus élevés, population relativement jeune, cadres et employés. Faible mortalité générale et surtout faible mortalité prématurée

Nous voici au terme de ce constat « santé et territoire » qui pose les problématiques liées aux enjeux de demain. La partie qui va suivre présente le projet de soins et les orientations stratégiques que le réseau milleSoins compte adopter afin de faire face à ce mur qui se rapproche pour, espérons-le, y faire brèche.

**« De chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins »**

*Principe idéal de solidarité et d'égalité à travers l'existence d'une assurance maladie universelle et obligatoire.*

L'engagement des professionnels de santé face au contribuable doit donc passer par une répartition de l'offre de soins.

## **2. Projet de réseau coordonné en soins primaires milleSoins [1]**

Le terme de soins primaires est une adaptation française du « primary care » anglais, dont la définition la plus récente faite par l'American Institute of Medicine précise que « les soins primaires sont des prestations de santé accessibles et intégrées, assurées par des médecins qui ont la responsabilité de satisfaire une grande majorité des besoins individuels de santé, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté ».

### **2.1. Inscription du réseau dans la démarche de la DGOS<sup>45</sup> et ses orientations stratégiques [17]**

Il existe environ 700 réseaux de santé en France qui sont financés par le FIQCS<sup>46</sup> maintenant intégré dans le FIR<sup>47</sup>. La DGOS estime que ces réseaux constituent l'un des principaux dispositifs de coordination mais que leur bilan est contrasté et qu'il s'avère nécessaire de faire évoluer leur fonctionnement. Elle a donc publié en Octobre 2012 un guide méthodologique à destination des ARS intitulé « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé » dont nous allons reprendre quelques notions inscrites au projet de soins.

#### **2.1.1. Contexte**

##### **2.1.1.1. Un besoin d'appui à la coordination des soins**

L'article L.4130-1 du CSP place le médecin généraliste de premier recours au centre de la coordination des soins, en lui confiant la responsabilité « d'orienter ses patients, selon leurs besoins » et de « s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients ».

Elle confirme le rôle pivot du médecin, étendu à l'équipe de proximité, dans l'organisation et la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins<sup>48</sup>, du suivi du patient et de la coordination de son parcours y compris dans le secteur médico-social.

---

<sup>45</sup> Direction Générale de l'offre de soins

<sup>46</sup> Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des soins.

<sup>47</sup> Fonds d'Intervention Régional, créé par l'article 65 du PLFSS pour l'année 2012

<sup>48</sup> à travers le diagnostic, l'orientation, le traitement.

La DGOS estime que la mise en place d'outils tels un système d'information, des nouveaux modes de rémunération ou des référentiels de pratiques médicales sont des facteurs favorables à la mise en œuvre opérationnelle de ce principe général. De même, sur le plan organisationnel, elle considère que l'exercice coordonné sous forme de maisons de santé, de pôles de santé, de centres de santé, ou de cabinets de groupe favorisent une meilleure coordination au plus près du patient.

En général, l'expertise nécessaire à une bonne orientation dans le système de soins est fournie par le médecin généraliste ou par l'équipe de proximité, car ils connaissent l'histoire du patient, son environnement, sa situation sociale. Mais sur un territoire vaste soumis à des contraintes particulières et pour des patients en situation complexe appelant un recours à une diversité d'intervenants dans différents champs<sup>49</sup>, le médecin généraliste de premier recours a besoin d'un appui.

L'objectif est de lui permettre de gagner du temps, de mieux évaluer la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources nécessaires afin de garantir un parcours efficient<sup>50</sup>. Ce besoin en « appui fonctionnel » a été notamment identifié par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance-Maladie dans la prise en charge des personnes âgées, rappelons-le en forte densité sur le PNR, mais s'exprime plus généralement pour coordonner les acteurs et dispositifs déjà en place sans exclusivité de pathologie ou de population.

Le besoin d'appui à la coordination se distingue :

- d'une part, de la coordination des acteurs par une gouvernance conduite au niveau d'un territoire sous l'égide de l'ARS ;
- d'autre part, de la gestion de cas qui vise à l'organisation des parcours de patients en situation très complexe.

---

<sup>49</sup> Sanitaire, social et médico-social

<sup>50</sup> Par exemple à travers le maintien au domicile, l'anticipation des hospitalisations, la sortie d'hospitalisation dans les meilleures conditions.

### 2.1.1.2. L'environnement des réseaux en évolution

La loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a introduit les réseaux de santé comme principaux dispositifs de coordination des parcours de santé. Une circulaire datant du 2 Mars 2007 élaborée suite aux conclusions d'un rapport de l'IGAS<sup>51</sup> donnait les orientations en matière de réseau de santé, mais depuis, aucune orientation nationale n'a été définie alors que l'environnement des réseaux de santé a connu de fortes transformations :

- la loi place le médecin généraliste au centre de l'organisation et de la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins, de suivi du patient et de coordination de son parcours ;

- plusieurs acteurs intègrent dans leur activité une fonction de coordination des soins de proximité, notamment les infirmiers et plus récemment les pharmaciens, mais plus généralement les maisons de santé, les services de HAD<sup>52</sup>, les CLIC<sup>53</sup>, les SSIAD<sup>54</sup> ou tout autre service rattaché à un établissement de santé ou médico-social<sup>55</sup> ;

- des MAIA<sup>56</sup> sont actuellement en cours de déploiement ;

- les Fonds d'Intervention Régionaux (FIR) qui financent les réseaux de santé sont soumis à de fortes contraintes économiques exigeant de la part des gestionnaires comme des bénéficiaires un effort accru d'efficience.

---

<sup>51</sup> Inspection Générale des Affaires Sociale « Contrôle et évaluation du Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) et de la Dotation de Développement des Réseaux de santé (DDR)

<sup>52</sup> Hospitalisation à domicile

<sup>53</sup> Centres Locaux d'Information et de Coordination

<sup>54</sup> Services de Soins Infirmiers À Domicile

<sup>55</sup> Notamment les équipes mobiles de soins palliatifs et gériatriques, et les services d'accompagnement des personnes handicapées.

<sup>56</sup> Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, élargies à l'ensemble du public âgé en perte d'autonomie.



### **2.1.1.3. Des réseaux de santé hétérogènes avec des bilans contrastés**

Les différents réseaux de santé présentent une grande diversité thématique en raison d'une spécialisation par population ou pathologie. De ce fait, certains réseaux ne répondent plus à la définition et aux objectifs initiaux car ils proposent une expertise hospitalière ou réalisent des soins à la place des effecteurs eux-mêmes.

Il est devenu actuellement difficile d'identifier des objectifs opérationnels communs à l'ensemble des réseaux de santé car ils fonctionnent le plus souvent sans cahier des charges ni cadre d'évaluation des résultats<sup>57</sup>.

De plus, malgré la circulaire du 2 Mars 2007 qui préconisait de ne « financer ou de ne continuer à financer que les réseaux de santé qui apportent une réelle valeur ajoutée aux patients et aux professionnels, démontrée par des évaluations », force est de constater que l'allocation des ressources est insuffisamment corrélée à l'évaluation du service rendu. Cette situation s'explique principalement par le manque d'outils à disposition pour mesurer l'impact créé par un réseau de santé sur le parcours d'un patient.

## **2.1.2. Perspectives d'évolution des réseaux de santé**

### **2.1.2.1. Objectifs**

#### **2.1.2.1.1. Contenu et organisation de la fonction d'appui à la coordination**

La DGOS estime qu'il n'y a pas de mode d'organisation unique pour la mise en œuvre de la fonction d'appui à la coordination qu'elle préconise. Elle laisse libre choix aux ARS d'accompagner les modalités d'évolution des réseaux les mieux adaptés aux besoins et au territoire, à l'organisation existante et aux acteurs présents.

En revanche, plusieurs caractéristiques peuvent être retenues :

- l'organisation doit être lisible et accessible pour les médecins généralistes de premiers recours et doit conduire à réduire le nombre de ses interlocuteurs ;

---

<sup>57</sup> En dehors des réseaux de santé régionaux, seuls les réseaux de santé gériatriques et de soins palliatifs disposent d'un référentiel défini par voie de circulaire.

- le service d'appui à la coordination doit être apporté avec l'objectif d'éviter toute institutionnalisation car le but n'est pas de faire émerger un nouvel acteur de la prise en charge mais de mettre en relation les différents intervenants autour des parcours des patients ;

- le service intervient selon un principe de subsidiarité<sup>58</sup> et sur un territoire d'action défini ;

Et trois priorités peuvent être dégagées :

- organiser et planifier le parcours de santé et le suivi du patient en situation complexe, en lien avec l'équipe de soins de proximité ;

- apporter un appui aux intervenants auprès du patient<sup>59</sup> ;

- favoriser une bonne articulation entre la ville et l'hôpital et avec les acteurs des secteurs sanitaires, médico-social et social ;

#### **2.1.2.1.2. Les objectifs auxquels les réseaux de santé doivent répondre**

A terme, les moyens financiers seront orientés exclusivement vers les réseaux répondant à ces objectifs :

- cibler davantage leur rôle dans l'offre de soins afin de promouvoir la coopération interprofessionnelle dans les secteurs médicaux et sociaux ;

- harmoniser les pratiques et les coûts liés au fonctionnement des réseaux ;

- évoluer vers la polyvalence et l'appui à la coordination ;

- avoir fixé en amont des modalités d'évaluation.

---

<sup>58</sup> La subsidiarité est le souci de ne pas faire à un niveau plus élevé ce qui peut l'être avec plus d'efficacité à une échelle moindre, c'est ici la recherche du niveau pertinent d'action de soins. Ce principe va de pair avec celui de la suppléance qui veut que quand les problèmes excèdent les capacités d'une petite entité, l'échelon supérieur a alors le devoir de la soutenir, dans les limites du principe de subsidiarité.

<sup>59</sup> Professionnels de santé de proximité, sociaux, médico-sociaux, famille.

### **2.1.2.2. Renforcer la polyvalence et l'ancrage territorial**

Plusieurs avantages peuvent être dégagés d'un renforcement de la polyvalence des réseaux :

- une meilleure convergence des actions menées actuellement par les réseaux gérontologiques, ceux traitant des maladies chroniques, du cancer et des soins palliatifs car ces thématiques présentent des points communs en matière de coordination qui pourraient être pris en charge de façon unifiée au sein de réseaux polyvalents ;

- une mutualisation des moyens des réseaux,

- la limitation du nombre d'interlocuteurs pour les médecins généralistes et les équipes de soins de proximité, voire la mise en place d'un interlocuteur unique facilitant l'accès au service d'appui proposé et la continuité des soins ;

Sur le plan territorial, la DGOS estime que la définition du périmètre géographique d'intervention des réseaux est un facteur clé car il détermine les modalités de son action ainsi que l'intensité de l'appui qui pourra être offert aux professionnels et aux patients.

Son rapport propose ensuite des éléments de méthodologie destinés aux ARS qui précisent la marche à suivre pour l'accompagnement de l'évolution des réseaux.

## **2.2. Inscription du projet de réseau de soins dans une démarche territoriale**

Le PNR de Millevaches en Limousin soutient les stratégies et initiatives qui dépassent la seule protection de la biodiversité, puisque l'accès aux services et aux soins est une condition essentielle au maintien d'une attractivité territoriale.

Face à l'inquiétude des élus, soucieux d'assurer une qualité de services, le syndicat mixte de gestion du PNR appuie les actions du programme de la Charte du Parc visant principalement à accompagner une politique d'accueil et d'installation de population active, maintenir et développer le transport collectif, décroïsonner et élargir l'offre de services publics et développer les services de proximité à la personne. Le renforcement de l'attractivité territoriale est promu par un Groupe d'Action Locale suivant le programme d'initiative LEADER<sup>60</sup> inscrit au PDRH<sup>61</sup> du Ministère de L'Agriculture.

Ce projet de santé s'inscrit dans le cadre du contrat territorial 2008-2013 passé avec la région Limousin qui a pour objectif de conforter sa vocation de territoire à vivre et de terre d'accueil, ainsi qu'une mise en valeur du PNR par une gestion patrimoniale et écologique exemplaire. Ainsi, le PNR s'est engagé dans la réalisation d'une « étude globale d'organisation de l'accès aux soins sur la Montagne Limousine » en partenariat avec la Région Limousin, l'URCAM, le département de la Corrèze et les collectivités candidates à l'appel à projet régional, étude que j'ai reprise et complétée dans la première partie de cette thèse.

## **2.3. Définition territoriale du réseau de soins**

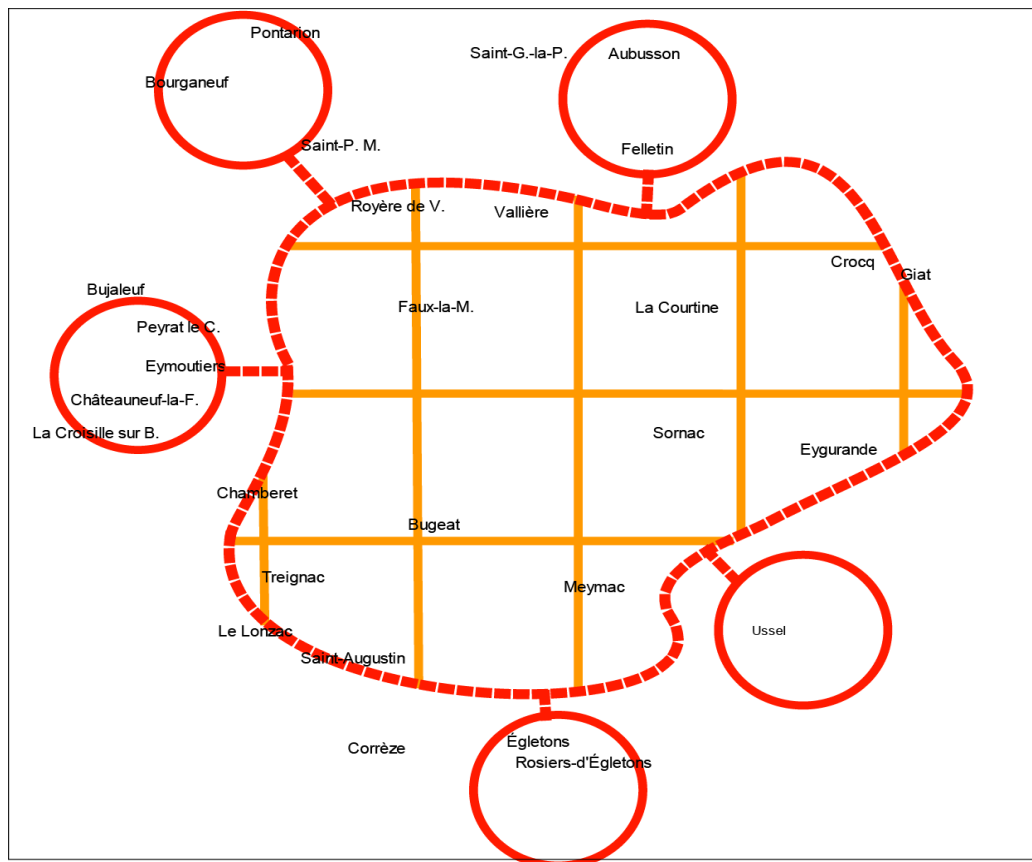
Cinq propositions d'organisation territoriale ont été étudiées par un groupe de travail. À la suite des quatre réunions techniques organisées entre octobre et novembre 2009, le comité de pilotage composé d'élus, de professionnels de santé et de financeurs, ont choisi le scénario et défini les objectifs opérationnels du réseau de santé.

---

<sup>60</sup> Liaison Entre les Actions de Développement de l'Économie Rurale

<sup>61</sup> Programme de Développement Rural Hexagonal

**Figure 27: Le Plateau de Millevaches maillé et coordonné par un réseau de santé territorialisé**



Source : CRP Consulting

Ce scénario se caractérise par un maillage de la Montagne Limousine par les MSP et les cabinets existants (qui deviendront des cabinets secondaires). Ces structures seront coordonnées par un réseau de santé proposant une offre de soins pluri-professionnelle qui travaillera en lien avec les établissements médicaux-sociaux du PNR et les centres hospitaliers des agglomérations périphériques.

## **2.4. Responsable de projet : L'ADRES Montagne Limousine<sup>62</sup> [18]**

Cette association loi 1901 a été créée le 15 juillet 2010. Y adhèrent les professionnels de santé, les collectivités locales, les usagers, les centres hospitaliers et structures du secteur social et médicosocial ayant participé pour la plupart aux travaux d'élaboration du projet. Un poste de « coordinatrice de réseau<sup>63</sup> » a été créé afin de dynamiser la mise en place de ce dernier.

Les objectifs principaux de l'ADRES sont de :

- mettre en place un outil de travail innovant issu des technologies de l'information et des communications ;
- mettre en place un réseau de soins primaires<sup>64</sup> ;
- rendre le territoire attractif pour l'accueil de nouveaux professionnels de santé, par une organisation coordonnée, un fonctionnement, des moyens et un état d'esprit commun, solidaire et avant-gardiste.

### **2.4.1. Introduction de l'outil commun : réseau et logiciel informatique**

Avant de détailler les objectifs et missions opérationnelles de l'ADRES, il me faut aborder la question de l'outil de travail commun, indispensable à leur mise en place. La question des MSP et des différents cabinets abordée plus tôt précise le maillage du territoire par des structures où l'exercice professionnel est possible mais n'aborde pas le lien entre celles-ci.

Afin de coordonner l'activité des professionnels dans des lieux de soins partagés, la présence d'un coordonnateur de réseau et la mise en place d'un système d'information et de communication innovant paraissent indispensables. Ce système, hébergé par un serveur web, nécessite la couverture des différents sites d'exercice par le « haut-débit ».

Ainsi, la demande de financement d'un logiciel et de matériel informatique fut intégrée au dossier de PER<sup>65</sup>.

---

<sup>62</sup> L'Association pour le Développement d'un Réseau de Soins primaire de la Montagne Limousine

<sup>63</sup> Salariée à plein temps en Contrat à Durée Déterminée, reconductible chaque année et financé par l'ARS.

<sup>64</sup> Soins courants, dits de premier recours

<sup>65</sup> à une hauteur de 50 % du coût total, le reste étant à la charge des professionnels adhérents.

Les démarches pour le choix d'un logiciel ont commencé après acceptation du dossier PER. Le GCS EPSILIM<sup>66</sup> fut mandaté par l'ARS afin de nous accompagner et d'apporter son expertise dans les technologies de l'information et de la communication, notamment par la rédaction d'un cahier des charges à destination des différents éditeurs de logiciel.

C'est finalement l'éditeur ICT<sup>67</sup> qui a été retenu par les professionnels adhérents à l'ADRES car son utilisation dans un cadre pluri-professionnel était la plus argumentée.

En effet, son logiciel intègre un volet d'utilisation pour les médecins, le corps infirmier, les kinésithérapeutes, les podologues, et autres paramédicaux<sup>68</sup>, mais aussi pour les pharmaciens<sup>69</sup>.

Plusieurs réunions au sein de l'association ont permis de définir un protocole d'éthique lié à l'utilisation du logiciel dont nous allons développer certains points.

#### **2.4.1.1. Cadre législatif du partage des données de santé [19] [20]**

Plusieurs conditions s'imposent.

- Garantir la confidentialité<sup>70</sup> : « Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé, ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ». Le décret du 15 Mai 2007 définit les règles relatives à la conservation sur support informatique des informations médicales et à leur transmission par voie électronique entre professionnels afin de garantir leur

---

<sup>66</sup> Le Groupement de Coopération Sanitaire Epsilim (Expertise, Performance et Systèmes d'Information en Limousin) a été créé à l'initiative de l'Agence Régionale de Santé du Limousin (ARS) et des représentants des fédérations des établissements de santé et médico-sociaux du Limousin. Le GCS Epsilim s'inscrit dans les orientations nationales et régionales en matière d'amélioration de la performance dans l'utilisation des moyens mobilisés au service des hôpitaux, cliniques et autres services sanitaires, des établissements médico-sociaux, des professionnels libéraux, des réseaux de santé, des maisons de santé pluri-professionnelles et autres acteurs œuvrant dans le secteur de la santé.

<sup>67</sup> ICT International Cross Talk, 20 rue du Château des Vergnes 63100 Clermont-Ferrand, logiciel CHORUS Advantage®

<sup>68</sup> Ce logiciel est modulable et peut en fait intégrer sur demande n'importe quel type d'intervenant auprès du patient.

<sup>69</sup> Le représentant de l'éditeur nous a d'ailleurs attesté qu'ils le proposaient depuis assez longtemps, mais que peu de réseaux de soins primaires clients chez eux intégraient le pharmacien dans le partage des données.

<sup>70</sup> Article L1110-4 du Code de Santé Publique, 4 Mars 2002

confidentialité. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte professionnelle est obligatoire.

- Garantir la sécurité des données<sup>71</sup> : « toute personne physique ou morale hébergeant des données de santé à caractère personnel recueillies ou produites à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic ou de soins pour le compte d'un tiers, doit être agréée par décision du ministre en charge de la santé qui se prononce après avis de la CNIL<sup>72</sup> et d'un comité d'agrément ».

- Garantir l'interopérabilité<sup>73</sup> : les référentiels sont définis par l'ASIP Santé<sup>74</sup>, le logiciel choisi est DMP<sup>75</sup> compatible. Concrètement, cela correspond à la possibilité de partager certaines données sur le patient dans différentes structures même si les logiciels informatiques utilisés dans les structures sont différents. On peut, par exemple, imaginer l'utilité qu'en auraient les professionnels dans la préparation d'entrée ou de sortie d'hospitalisation d'un de leurs patients.

#### **2.4.1.2. Fonctionnement**

Tout professionnel de santé et/ou structure médico-sociale, membre du réseau milleSoins, partage de ce fait un système d'information en interne avec les autres membres du réseau. Ce fonctionnement en réseau nécessite l'utilisation d'un logiciel commun et de partage d'informations notamment pour la gestion des dossiers patients.

Je ne vais pas vous détailler ici le contenu du cahier des charges concernant les possibilités qu'offre ce logiciel car ce serait trop laborieux.

Retenons qu'il est adapté et déjà mis en place dans de nombreuses MSP à travers la France, et que sa plasticité vis-à-vis des différentes pratiques professionnelles nous a séduit. En effet, ce logiciel est évolutif : si une option n'est pas disponible d'office, il est possible pour le programmeur de la créer. Un audit fonctionnel a d'ailleurs débuté dans ce sens en septembre afin d'identifier les besoins des professionnels.

---

<sup>71</sup> Article L1111-8 du Code de Santé Publique, 4 Mars 2002 et décret du 4 janvier 2006

<sup>72</sup> Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

<sup>73</sup> Capacité que possède un système informatique à fonctionner avec d'autres produits ou systèmes informatiques, existants ou futurs, sans restriction d'accès ou de mise en oeuvre

<sup>74</sup> Agence de Systèmes d'Information Partagés de santé

<sup>75</sup> Dossier Médical Personnel : système de partage du dossier médical du patient via internet mis en place par le ministère de la santé et l'ASIP santé.



Un forfait d'heures de formation a été intégré au contrat. Ainsi, les professionnels ayant des difficultés à le prendre en main pourront bénéficier d'un nombre d'heures de formation supplémentaire.

Tout professionnel adhérent au réseau ayant souscrit au logiciel doit signer le protocole d'éthique validé par le comité de pilotage qui rappelle :

- les prérequis au partage des données de santé au sein du réseau,
- les notions de droit à la confidentialité,
- les notions de secret médical.

Chaque professionnel a aussi le devoir d'afficher dans son cabinet la notice d'information aux patients concernant ce protocole et la gestion sécurisée des données au sein du réseau millSoins.

### **2.4.1.3. Trois niveaux de sécurité**

#### **2.4.1.3.1. La gestion du consentement du patient, des droits d'accès aux dossiers patients et des droits d'accès aux données**

Le médecin responsable de la prise en charge du patient doit lui demander son consentement pour la création et l'alimentation du dossier patient commun.

De la même manière, tout professionnel membre du réseau est dans la possibilité, à la demande du patient, de modifier son consentement ainsi que l'habilitation de l'équipe de professionnels de santé responsable de sa prise en charge.

#### **2.4.1.3.2. La gestion des utilisateurs et leur droit au traitement de l'application**

Deux solutions sont possibles pour permettre l'identification des professionnels de santé sur le logiciel :

- par un couple « identifiant + mot de passe ». Le mot de passe est attribué par un algorithme propriétaire, il est non significatif et supérieur à 7 caractères alphanumériques ;
- par sa carte professionnelle. Le Professionnel de Santé introduit sa carte dans le lecteur et saisit son code personnel.

Concernant le traitement de l'application :

- dans le cadre de la « protocolisation » de l'accès aux données au sein du réseau, seul le professionnel de santé membre peut accéder à son contenu ;
- les professionnels de santé membres du réseau sont habilités à accéder au dossier patient à partir du moment où les règles de partage du réseau sont respectées ;
- les professionnels acceptent qu'au-delà des règles d'accessibilités au sein du réseau, toute habilitation soit conditionnée à l'obtention du consentement du patient.

#### **2.4.1.3.3. La traçabilité des accès au logiciel et aux données**

Dans le champ sanitaire et social, le droit à la confidentialité des informations personnelles ainsi que le secret professionnel garantissent aux usagers et patients la protection de leur vie privée.

La sécurisation des échanges est garantie par le serveur Web qui met en œuvre le protocole de sécurité SSL à clé publique forte. C'est à dire qu'à chaque nouvelle session entre un navigateur et le serveur, une clef différente est générée aléatoirement. Les versions récentes des navigateurs assurent un cryptage fort.

Le protocole SSL présente les avantages :

- d'une « authentification forte » par le client grâce à un certificat numérique, de données échangées cryptées donc garantées de la confidentialité,
- d'un système de clé publique/clé privée qui permet d'assurer à l'émetteur de l'information que seul son correspondant pourra lire le message ;
- d'un contrôle d'intégrité qui vérifie que les données échangées entre le client et le serveur n'ont pas été modifiées durant le transfert. Ainsi, les messages qui partent de l'ordinateur du professionnel de santé vers le logiciel et les informations émises par le serveur Web parviennent intacts à leur destinataire.

Les professionnels de santé ne doivent en aucun cas accéder aux données du patient par curiosité, tout accès au dossier du patient doit être motivé et lié à sa prise en charge.

Ce logiciel permet une traçabilité de tous les événements (connexion, déconnexion, accès, lecture, modification,..), qui sont enregistrés dans les journaux systèmes. Chaque acte de la prise en charge d'un patient peut ainsi être retracé. Ceci s'avérerait utile en cas de problème ou dans l'évaluation de sa prise en charge.

## **2.4.2. Déclinaison des objectifs du réseau de soins primaires milleSoins**

Il a été pensé « sur mesure », par l'identification des contraintes géographiques et démographiques. Par sa volonté d'inscription sur le territoire, il se revendique en tant que « pôle éclaté », dont l'objectif est de rayonner dans toute structure de soins en construction ou déjà présente sur le PNR, dans un contexte de raréfaction prochaine des professionnels de santé.

### **2.4.2.1. Création d'un pôle d'excellence universitaire**

Le but principal de l'ADRES Montagne Limousine est la création d'un réseau de soins primaires universitaire organisé sur différents sites. Le caractère universitaire implique la fédération d'une production de soins primaires par une recherche (organisation des soins et moyens utilisés innovants), et d'une transmission du savoir (formation des professionnels du soin). La conservation des savoirs et des données émanant des pratiques de soins primaires pourra être envisagée dans un second temps.

Cette initiative s'inscrit dans un contexte de raréfaction à venir des professionnels de santé, de désaffection de la médecine générale et d'une forte prévalence de patients âgés atteints de maladies chroniques. Les indicateurs de mortalité prématurée abordés plus haut inscrivent aussi le projet dans un contexte de besoin en prévention et d'éducation pour la santé.

Il s'agit de créer un pôle éclaté géographiquement sur l'ensemble du territoire du PNR offrant des plateformes de services de soins aux patients, mais aussi aux professionnels par une structure d'appui à la coordination. La création d'un ou plusieurs lieux de formation initiale et continue et un lieu de recherche en soins primaires<sup>76</sup> soutenu par le Département Universitaire de médecine générale de la Faculté est aussi envisagée.

La mise en place d'un logiciel de gestion du dossier médical partagé est en voie de finalisation comme nous l'avons vu plus haut. La prochaine étape consiste à le rendre

---

<sup>76</sup> Analyse territoriale des données épidémiologiques, des besoins et leviers de prévention, des facteurs de risques, de la sémiologie...

accessible dans les sites de soins partagés. Dans un premier temps, l'objectif est d'organiser des consultations planifiées et d'accueillir des médecins collaborateurs.

Son contenu pédagogique dépasse l'acquisition de compétences propres à la médecine générale par la démonstration du travail en équipe, le partage des tâches, l'implication pluridisciplinaire. La formation des externes et internes de médecine générale est effective depuis déjà quelques années car plusieurs médecins adhérents au réseau sont Maitres de stage<sup>77</sup>. Le but est maintenant d'étendre l'accueil de stagiaires aux autres professions (corps infirmier, filière kinésithérapie et dentisterie, pharmacie) et d'accueillir des chefs de clinique<sup>78</sup>. En parallèle de la formation universitaire, il est envisagé de mettre en place un programme de DPC<sup>79</sup> commun inter et intra-professionnel afin d'assurer la formation continue des professionnels du réseau.

Ainsi, une évaluation régulière du réseau concernant l'efficacité de la prise en charge des patients, l'attractivité des professionnels et les pratiques cliniques fait aussi partie des prérequis. En fonction des résultats et des besoins, les objectifs opérationnels pourront être réajustés.

L'excellence universitaire revendiquée par le projet répond à l'excellence rurale par laquelle le financement du logiciel a été possible dans un souci de revalorisation de la médecine générale en milieu rural. Devenir médecin généraliste au fin fond du Limousin est devenu une sorte de caricature nationale sujette à rire dans la profession et dans les milieux universitaires<sup>80</sup>. En réponse, ce projet a pour vocation d'atteindre de hauts niveaux d'objectifs en terme de soins et de santé publique par un fonctionnement avant-gardiste, et de valoriser l'exercice rural avec ses contraintes comme une spécialité à part entière requérant de fortes compétences et une organisation pluri-professionnelle exemplaire.

---

<sup>77</sup> Stage chez le praticien ou Stage Ambulatoire en Soins Primaires Autonome Supervisé (SASPAS)

<sup>78</sup> Un Chef de Clinique (CCA) est un personnel hospitalier non titulaire exerçant une double fonction Hospitalo-Universitaire et ayant accédé à cet emploi dans les trois ans suivant la fin de son internat des hôpitaux. Il doit exercer une activité clinique correspondant à une spécialité médicale ou chirurgicale. Afin d'assurer une meilleure formation universitaire, le corps de *Chef de Clinique des Universités en Médecine Générale* (CCU-MG) a été créé, il répond aux mêmes contraintes réglementaires que le corps des CCA si ce n'est que l'activité de soins se fait en dehors du centre hospitalier universitaire.

<sup>79</sup> Développement Professionnel Continu : avec l'évolution permanente sur la connaissance et les différents modes de prise en charge des pathologies, les professionnels de santé ont le devoir d'actualiser leur savoir par le biais de formations reconnues par les différents Conseils de l'Ordre.

<sup>80</sup> Certains universitaires en font une boutade afin de motiver les étudiants.

## **2.4.2.2. Déclinaison des objectifs opérationnels à travers les politiques d'attractivité**

La principale problématique étant la raréfaction des professionnels de santé, il m'a semblé normal de détailler les différents objectifs opérationnels selon l'attractivité qu'ils vont induire.

### **2.4.2.2.1. Attractivité par des moyens et un fonctionnement innovant**

L'ADRES, en coordination avec les collectivités territoriales, compte mettre à disposition des professionnels des sites de soins partagés, dont des Maisons de Santé<sup>81</sup> qui pour la plupart seront neuves ou rénovées. Le « haut-débit » sera disponible afin de pouvoir accéder au serveur web du logiciel commun qui héberge les Dossiers Communs des patients. A l'heure du tout numérique, cet outil de communication et d'information innovant et adapté à l'usage pluri-professionnel est un argument fort d'attractivité notamment chez les jeunes praticiens. De plus, le partage de ces espaces physiques et numériques de travail permet de rompre l'isolement du professionnel. Ce dernier, généralement source de stress et d'épuisement est le premier argument en défaveur d'une installation en milieu rural.

L'amélioration de la qualité de l'exercice professionnel passe aussi par un partage des coûts permettant de les minimiser. L'ADRES a pour objectif de proposer aux professionnels un panel de services contre rémunération et la prise en charge de l'embauche du personnel nécessaire. Ceci afin de partager et décharger les professionnels du secrétariat, de l'accueil des patients, de la location et l'entretien des locaux, soit de toutes les tâches non directement médicales ou para-médicales.

De même, cette mutualisation des coûts et éventuellement des compétences permettrait d'avoir une offre plus complète en terme d'investissement matériel<sup>82</sup>, mais aussi de réinvestir dans certains domaines d'activités.

Afin d'accueillir des professionnels intervenants ou collaborateurs en temps partagé, ou simplement souhaitant s'installer, des solutions d'hébergement temporaires ou permanentes sont déjà possibles. En effet, le PNR s'est engagé à faire bénéficier les

---

<sup>81</sup> Qui tendrons à devenir des Maisons de Santé Pluridisciplinaires au sens de la MRS (note 18)

<sup>82</sup> Matériel de petites urgences (pansements, matériel à usage unique...), matériel de dentisterie, électrocardiogramme, défibrillateur, test divers, échographe...

professionnels d'un service d'accueil et d'accompagnement<sup>83</sup>. Les communautés de communes impliquées dans le projet de soins poursuivent elles aussi une politique d'accueil et de développement local volontariste en créant des services adaptés aux nouveaux arrivants<sup>84</sup>.

Certains acteurs de santé déjà présents sur place proposent une démarche de compagnonnage afin d'intégrer progressivement les professionnels à la pratique en milieu rural, et afin de les présenter à la patientèle. Ce type de démarche (associée à la lutte contre l'isolement que propose ce réseau) faciliterait les remplacements pour la prise de congés ou en cas d'absence imprévue<sup>85</sup>. L'adhésion au réseau et à son fonctionnement optimisé pourrait surtout permettre aux professionnels de santé de mieux gérer leur temps médical afin de préserver l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

A l'heure actuelle, trois-quarts des jeunes médecins sont des femmes qui auront potentiellement des projets de maternité. Ils ou elles sont effrayés par un exercice libéral où ils risquent de ne pas maîtriser leur quantité de travail et de se sentir submergés. Partir de cette réalité permet de cibler la solution en terme d'attractivité : proposer un modèle d'exercice « clé en main » couplé à une maîtrise de l'emploi du temps.

#### **2.4.2.2.2. Attractivité par un projet global de soin valorisant**

L'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle et donc sa valorisation passe par un regroupement et la mise en place de pratiques coopératives.

Un fonctionnement optimisé en réseau et l'utilisation des différents moyens partagés permettrait une meilleure gestion du temps médical dont un réinvestissement de celui-ci dans la diversification de l'exercice professionnel.

---

<sup>83</sup> 4 pôles locaux d'accueil mis en place par la région, et l'association « De Fil en Réseau » proposent de nombreux services.

<sup>84</sup> Amélioration et création de logements de qualité, organisation de services périscolaires, création de centre de loisirs intercommunaux, solutions de transport des enfants...

<sup>85</sup> Cela permettrait aussi une meilleure transmission des locaux et de la patientèle dans le cas des départs à la retraite à venir des professionnels de santé.

Le réseau milleSoins se fixe comme objectif :

**- de conforter la coordination, la continuité, et la permanence des soins de premier recours :**

- par la mise en place de protocoles de prise en charge de certaines pathologies chroniques, dans un cadre de concertation pluri-professionnelle comprenant une évaluation et un échange des pratiques<sup>86</sup>,

- par une amélioration du lien médical-paramédical-social et ville-hôpital, dans le contexte actuel de prédominance des maladies chroniques et le développement des soins à domicile. En outre, la question de l'accompagnement à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation est un point prioritaire dans les objectifs du réseau compte tenu de l'isolement territorial des patients ;

- par une amélioration de la permanence des soins liée à une meilleure organisation<sup>87</sup>, qui permettrait l'optimisation des plages d'ouverture des sites de soins partagés ;

- par le renforcement de la qualité de la prise en charge du patient en planifiant des consultations avancées régulières de spécialistes médicaux et non médicaux,

- par la mise en réseau des professionnels et des institutions qui permettrait le développement d'actions de télémédecine<sup>88</sup> en coopération avec le CHU ou les CH des agglomérations périphériques,

---

<sup>86</sup> Des réunions de concertation autour de cas cliniques particulièrement complexes pourraient aussi être envisagées.

<sup>87</sup> Autorisée par le nombre de professionnels disponibles

<sup>88</sup> Selon l'article R. 6316-1., la télémédecine relève des actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. La téléconsultation (consultation à distance d'un patient, qui peut être accompagné d'un autre professionnel de santé), la télé-expertise (qui permet à un professionnel de solliciter à distance l'avis d'un autre professionnel, par exemple un spécialiste), la télésurveillance médicale (interprétation des données de suivi du patient à distance permettant certaines décisions concernant sa prise en charge), et la télé-assistance (assistance d'un professionnel par un autre professionnel au cours de la réalisation d'un acte), constituent des actes de télémédecine.

- par la création de protocoles de transferts de tâches du médecin vers l'infirmier ou du médecin vers le pharmacien,

**- de développer le champ de l'exercice professionnel notamment dans le domaine de la prévention et de l'information :**

- le réseau compte favoriser l'implication des différents acteurs du soin dans des programmes de prévention ayant une résonance sur le plateau<sup>89</sup>, dans la réalisation d'études épidémiologiques, et dans des actions de veille sanitaire ;

- la mise en place de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une des priorités qui nécessite de faire passer à un ou plusieurs professionnels le Diplôme Universitaire d'ETP. Les séances d'ETP pourraient être individuelles ou collectives, et dans un cadre pluri-professionnel ;

- une coopération avec les réseaux de spécialité<sup>90</sup> régionaux permettrait de faciliter le déploiement de leurs actions au cœur du PNR ;

- les sites de soins partagés pourraient aussi accueillir des permanences planifiées de structures ou d'associations qui œuvrent dans le secteur médico-social<sup>91</sup>.

**- favoriser la formation des professionnels :**

C'est la vocation à devenir un Pôle d'Excellence Universitaire qui nous caractérise. Nous avons déjà la chance d'avoir un Professeur de Médecine Générale, une Chef de Clinique, et plusieurs Maitres de stage au sein du réseau. L'objectif est maintenant de passer

---

<sup>89</sup> Dépistage des cancers et des maladies chroniques, des personnes ayant des conduites à risques ou dans l'isolement.

<sup>90</sup> DIABLIM, ICARLIM, RHOLIM, COGLIM, réseaux gérontologiques, réseaux de soins palliatifs...

<sup>91</sup> Associations de patients, association de lutte contre les toxicomanies, CLIC (centre local d'information et de coordination pour les personnes âgées), planning familial, protection maternelle et infantile, MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer)...



des conventions de stage et de téléformation<sup>92</sup> avec des écoles ou facultés de santé et accueillir des stagiaires en continu.

Dans le cadre des soins dentaires en milieu institutionnel, des établissements médicaux-sociaux installés sur le PNR travaillent déjà avec la Faculté de Chirurgie-Dentaire de Clermont-Ferrand. Des négociations vont prochainement s'entamer afin d'accueillir des stagiaires. Un interne en Médecine Générale faisant sa thèse sur l'intérêt de l'utilisation du MEOPA<sup>93</sup> en ambulatoire se renseigne actuellement sur les modalités de formation des médecins, du corps infirmier et des pharmaciens afin de permettre son utilisation au sein du réseau<sup>94</sup>.

Comme cité plus haut, le DU d'Education Thérapeutique du Patient sera nécessaire afin de mettre en place des protocoles d'ETP validés par les instances.

Une des préoccupations principales du réseau concerne les programmes de Développement Professionnel Continu qui seront proposés et choisis selon les besoins de santé et les besoins des professionnels. L'objectif est d'optimiser les savoirs et les compétences nécessaires à la prise en charge de nos patients, sur notre territoire d'action.

Les Expérimentations sur les Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR) ont déjà débuté dans le cadre du regroupement pluriprofessionnel encouragé par les pouvoirs publics. Ces nouveaux modes de rémunération concernent des structures proposant une coordination pluriprofessionnelle, l'éducation thérapeutique du patient et des transferts de tâches. Le réseau milleSoins, répondant à ces prérequis, se portera candidat à l'ENMR dès que son entité juridique sera définie (actuellement en cours de réalisation).

### **2.4.2.3. Maintien et coordination de l'offre de soins existante**

Le travail en réseau informel existe depuis longtemps car briser l'isolement et se montrer solidaire en milieu rural est une nécessité vitale. Le but est maintenant de lui donner une entité sur le terrain par la mise en place de nouveaux moyens, de le rendre efficient et de l'adapter aux enjeux de demain.

---

<sup>92</sup> Ou « e-learning », utilisation de l'informatique et du haut-débit afin de pouvoir faire des formations à distance, ceci est déjà développé dans les programmes de Développement Professionnel Continu.

<sup>93</sup> Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote : gaz anesthésiant utilisé par les chirurgiens-dentistes et en milieu hospitalier pour différents soins.

<sup>94</sup> Ce gaz aurait de nombreuses applications afin de faciliter les soins (et pas seulement dentaires) auprès des personnes handicapées, des personnes âgées, et des enfants, car il permet de détendre et d'anesthésier le patient avant la réalisation d'un acte qui pourrait être douloureux.

Dans l'immédiat, les besoins en professionnels de soins primaires ne sont pas extrêmement forts, la Montagne Limousine est plutôt bien couverte par les médecins généralistes et infirmiers. Certes le rythme de travail pour ces professionnels est conséquent et des mesures de soulagement sont attendues avec impatience, mais la carence se concentre surtout sur les kinésithérapeutes et les Chirugiens-dentistes comme nous l'avons vu plus haut.

L'outil informatique commun permet dès à présent la coordination du maillage des sites de soins du territoire et des établissements médico-sociaux adhérents, notamment dans l'accès aux données et à la planification de consultations.

Ces planifications permettent aux professionnels ayant une patientèle répartie sur une large zone du territoire de diminuer le nombre de visites en étant disponible au plus près des patients. De plus, l'accessibilité au Dossier Commun du patient sur une interface dédiée à la pluri professionnalité permet non seulement d'améliorer la prise en charge mais de gagner du temps par une meilleure organisation des données nécessaires au suivi.

La mise en place du réseau est progressive et assez lente car malgré la présence de la coordinatrice du réseau, les professionnels présents au sein de l'instance décisionnelle<sup>95</sup> ont des difficultés à dégager du temps. En effet, ils font aussi partie de l'équipe de proximité dont la priorité reste la prise en charge du patient.

La rédaction des premiers protocoles de coopération et leur validation sont actuellement en cours, comme la construction des MSP.

---

<sup>95</sup> Voir le 2.4.3 concernant l'organisation de l'ADRES Montagne Limousine

#### 2.4.2.4. Point sur les MSP et les étapes à venir

Certaines MSP sont encore en construction, ce qui limite le nombre de sites de soins. Les sites de soins, qui appartiennent aux communes et communautés de communes, sont généralement loués aux praticiens qui souhaitent y exercer. Ces charges peuvent être différentes selon les communes et l'art du praticien. La volonté du réseau étant de mailler au maximum le territoire en utilisant son « pool » de professionnels, un conventionnement avec les communes statuant sur les charges locatives est nécessaire.

Prenons par exemple un médecin louant à temps complet un lieu habituel d'exercice. S'il souhaite pratiquer dans un autre site un jour par semaine, il semble logique qu'il puisse négocier la location de celui-ci au prorata du temps passé<sup>96</sup> ; tout comme un kinésithérapeute voulant exercer à mi-temps dans deux communes différentes puisse payer un loyer identique si aucune plus value matérielle ne justifie de différence<sup>97</sup>.

Ainsi, dans un souci d'harmonisation et d'attractivité, l'objectif du réseau serait de négocier une forme de tarif de location à la journée ou demi-journée, et par profession, afin de proposer aux professionnels des charges locatives équitables concernant les sites partagés.

---

<sup>96</sup> Le décret du 17 mai 2005 venant reformer l'article R. 4127-85 du CSP apporte des précisions sur les conditions d'exercice professionnel en médecine libérale : on ne parle plus de « cabinet principal » et de « cabinet secondaire » mais respectivement de « lieu habituel d'exercice » ou « résidence professionnelle » et de « sites où un médecin exerce son activité professionnelle ». Cette modification de l'article opère quatre changements majeurs : une autorisation doit être sollicitée pour tous les lieux où se déroulent les consultations ou actes techniques, il est possible d'avoir plusieurs sites d'exercices en complément d'un site habituel d'exercice, l'autorisation de site supplémentaire est accordée pour une durée indéterminée et les critères d'installation en plusieurs lieux sont assouplis. Les infirmiers quant à eux sont dans l'obligation de ne disposer que d'un seul lieu d'exercice, toutefois une autorisation délivrée par le directeur régional de l'ARS peut déroger à cette règle (article R 4312-34 du CSP). Des précisions seront apportées dans l'article 76 du projet de code de déontologie qui n'est pas encore entré en vigueur.

<sup>97</sup> Article R4321-129 du CSP : Un kinésithérapeute peut avoir deux sites d'exercice dont la déclaration au conseil départemental de l'ordre est obligatoire. Toutefois selon certains critères (zones géographiques carencées), une autorisation d'ouverture d'un ou plusieurs sites d'exercice supplémentaire peut être accordée.

#### **2.4.2.5. Optimisation des sites de soins vacants**

L'anticipation des départs prévisibles à court terme des médecins, laissant leur cabinet médical vacant, pourrait permettre la mise en place d'un site de soins partagés entre professionnels de santé adhérents au réseau. Ce cabinet pourrait ainsi devenir un site de consultations avancées et planifiées en fonction des disponibilités des professionnels. Ce dispositif permettrait un meilleur équilibre de l'offre de soins dans les communes sous-dotées. De petites communes pourraient même envisager la création ou la réhabilitation d'un local, afin de permettre à des patients qui ont toujours été éloignés des sites de soins de bénéficier du rapprochement des praticiens. Cette optimisation du maillage couplée à une planification des consultations pour des patients chroniques ne pouvant se déplacer permettrait par exemple de diminuer le nombre de visites à domicile qui sont peu efficaces<sup>98</sup> car chronophages, tout en garantissant une permanence pour des consultations en aigu.

#### **2.4.3. Organisation de L'ADRES Montagne Limousine**

Lors de sa constitution, l'organisation de L'ADRES a été calquée sur les recommandations de coordination de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs. Ce calquage n'est qu'un point de départ car la volonté de l'association est d'adapter les missions du management aux évolutions internes et externes et non l'inverse.

Deux conditions sont nécessaires<sup>99</sup> pour participer au fonctionnement :

- adhérer à l'ADRES, donc s'engager à respecter les dispositions des statuts et de la charte de l'association,
- être implanté sur le périmètre de la Montagne Limousine ou y situer une partie de son exercice libéral.

Sont concernés les communes, les établissements médicaux, paramédicaux et médico-sociaux, les associations, les professionnels de santé, dont les intervenants ponctuels, comme les professionnels en formation (ou formateurs) ou en charge des consultations avancées.

---

<sup>98</sup> L'efficacité est le rapport entre les résultats obtenus et les ressources utilisées

<sup>99</sup> Il est à noter que l'achat du système informatique n'est pas une condition nécessaire à l'adhésion à l'ADRES mais qu'il l'est pour l'adhésion au réseau. Mais rien n'empêche un partenariat entre le réseau et un professionnel de santé n'étant pas détenteur du logiciel.

L'organisation interne est divisée en trois parties, l'équipe de proximité, le comité de pilotage et la direction du réseau.

#### **2.4.3.1. L'équipe de proximité**

Ce sont les professionnels de santé chargés de dispenser et de coordonner les soins. Ils ont été choisis par le malade ou sont les référents du malade s'il appartient à une structure. Les missions de ces coordinateurs de proximité s'inscrivent dans des objectifs de continuité, de cohérence, et de qualité des soins. Ils sont en relation avec les structures médico-sociales et hospitalières, les familles, etc, ... Ils sont à l'écoute du patient et de ses proches afin d'apporter un soutien, notamment dans l'accès aux aides sociales.

#### **2.4.3.2. Le comité de pilotage**

C'est l'organe qui, avec la direction du réseau, compose l'instance décisionnelle qui définit les objectifs du réseau. Il est en charge d'animer et de suivre les différents projets.

Ce comité de pilotage se veut collégial, avec des représentations :

- des professionnels de santé libéraux<sup>100</sup>,
- des collectivités territoriales<sup>101</sup>,
- des services à la personne et des soins à domicile,
- des universités ou écoles de formation,
- des établissements publics et privés de santé,

Son « bras armé » est la coordinatrice de réseau, employée par l'association. Les missions de ce comité, par l'intermédiaire de la coordinatrice sont de :

- piloter et développer les différents projets par l'accompagnement et la stimulation des équipes de proximité et élus locaux, par l'écoute et la proposition d'un appui à la coordination auprès des professionnels, ou par l'apport d'une aide méthodologique<sup>102</sup> ;

---

<sup>100</sup> Chaque profession pouvant désigner un représentant.

<sup>101</sup> Cela ne se limite pas aux communes intégrées dès le départ dans les projets de Maisons de santé.

<sup>102</sup> Cette partie du travail nécessite une connaissance spécifique du contexte médical ou politique inhérent à chaque commune ou à chaque professionnel, car malgré les motivations fédératrices de la plupart des adhérents au réseau, la mise en place de celui-ci nécessite parfois de jouer de psychologie.

- participer à l'évaluation du réseau et permettre son évolution. Ainsi le comité de pilotage veille à inscrire l'évaluation dans toute démarche du réseau et participe à l'élaboration des indicateurs de suivi de l'activité du réseau. Il organise l'évaluation des règles et procédures (dans un souci d'adaptabilité et d'ajustement), et recueille puis diffuse les besoins, la satisfaction des usagers et des acteurs du réseau<sup>103</sup> ;

- coordonner les actions de communication interne et externe : dans un premier temps, la coordinatrice participe à l'élaboration des outils de communication et du système d'information du réseau<sup>104</sup>, et dans un second temps à l'élaboration et à la diffusion des règles et procédures liées à son fonctionnement. De septembre à novembre, nous étions en pleins préliminaires à la mise en place de l'outil informatique commun, son rôle a été d'accompagner le responsable d'ICT et de coordonner les audits nécessaires<sup>105</sup> auprès des professionnels acquéreurs du logiciel. En ce qui concerne la communication externe, elle n'est pas encore mise en place à échelle du PNR, mais elle se prépare. La coordinatrice est en lien avec un infographiste en charge de l'élaboration d'un logo et travaille sur les différents supports qui seront diffusés auprès des populations de la Montagne Limousine.

### **2.4.3.3. Direction de l'association**

Deuxième organe de l'instance décisionnelle, la direction de l'association a la responsabilité globale et politique de l'ensemble du réseau. Elle doit faire en sorte que les objectifs du réseau soient atteints et renouvelés.

Les représentants de l'ARS et du Conseil Régional sont conviés mais ne siègent pas au sein de la direction, celle-ci délègue à ses membres les missions :

- stratégiques et politiques,
- d'organisation et de gestion,
- de communication externe,

---

<sup>103</sup> Ces missions viendront dans un second temps, lorsque la mise en place du réseau sera effective

<sup>104</sup> Mise en place d'une boîte mail de l'association et de différentes « mailing-lists » en fonction des acteurs concernés

<sup>105</sup> Certains professionnels de santé ou structures médico-sociales n'utilisaient pas ou utilisaient déjà un logiciel informatique. Le but de ces audits était entre autre de relever les habitudes de travail des professionnels et leurs attentes afin d'apporter éventuellement de nouvelles optionalités au logiciel.

La direction assure donc la gestion administrative, juridique et financière du réseau et détermine avec le comité de pilotage :

- le développement du réseau,
- la formation des acteurs de santé,
- la gestion des ressources humaines,
- la communication externe sur le réseau,
- l'évaluation du réseau.

La création du réseau de santé milleSoins est la suite logique de la création de l'ADRES. Le réseau en lui même, si nous considérons ses objectifs et sa composition, s'oriente vers une structure juridique de type Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) de moyens. Ce GCS étant en cours d'élaboration, je ne le développerai pas ici.

Dans ces deux premières parties, nous avons abordé les enjeux du constat sanitaire et la réponse proposée par les professionnels de santé à travers le réseau milleSoins.

Sur la base des nouvelles missions définies dans la loi « Hôpital Patient Santé Territoire » et la Convention Pharmaceutique de 2012, nous allons maintenant voir quelles seraient les opportunités d'évolution de l'exercice pharmaceutique au sein du réseau.

**«La difficulté n'est pas de comprendre les idées nouvelles, mais d'échapper aux idées  
anciennes »**

*John Maynard Keynes, Économiste*

Quid du monde pharmaceutique ?



### **3. Le pharmacien dans le réseau milleSoins**

#### **3.1. Rappels sur la profession de pharmacien [21]**

##### **3.1.1. L'acte pharmaceutique [22]**

Il est réalisé par un pharmacien titulaire, adjoint ou remplaçant ou par une personne titulaire du Brevet Professionnel de préparateur en pharmacie mais sous contrôle du pharmacien. Cet acte de dispensation correspond à l'analyse pharmaceutique de plusieurs éléments aboutissant à la délivrance du médicament :

- validité de l'ordonnance,
- contrôle de la durée de traitement et du renouvellement éventuel de l'ordonnance,
- vérification pour chaque médicament de la posologie correspondante à l'indication thérapeutique mentionnée dans l'AMM<sup>106</sup> de celui-ci,
- contrôle du respect des conditions réglementaires de prescription et de délivrance inhérentes aux médicaments prescrits,
- recherche d'interactions médicamenteuses, cela concerne aussi les médicaments prescrits antérieurement,
- information et conseil au patient concernant les spécificités du traitement, l'observance et le bon usage des produits de santé ;
- assurer le suivi des traitements chez des patients qui le sollicitent régulièrement. Ceci afin d'écartier tout mésusage et d'assurer la concordance des quantités délivrées lors des dispensations successives.

A travers cet acte, le pharmacien se doit d'intégrer les particularités propres à chaque patient, de le conseiller, même pour des médicaments ne nécessitant pas de prescription médicale. S'il estime la raison légitime dans l'intérêt du patient, le pharmacien a le devoir de refuser la dispensation du médicament et d'en informer le prescripteur.

---

<sup>106</sup> Autorisation de Mise sur le Marché

### **3.1.2. Rôle historique du pharmacien**

Outre la dispensation et la délivrance de médicaments à usage humain et vétérinaire, les activités du pharmacien sont très variées, elles comprennent entre autres :

- la réalisation et/ou le contrôle de préparations magistrales ou officinales même si nous constatons une forte diminution de ces réalisations compte tenu du nombre de spécialités sur le marché ;
- la gestion et l'approvisionnement des stocks de spécialités médicamenteuses,
- la responsabilité d'encadrement et de formation de l'équipe officinale,
- la participation à la veille sanitaire, aux campagnes de dépistages, aux actions de prévention et d'éducation sur des thèmes de santé publique comme l'obésité, les toxicomanies, les maladies sexuellement transmissibles,
- la participation au système national de pharmacovigilance et de matériovigilance qui permet de notifier des effets indésirables causés par la prise de médicaments ou l'utilisation de dispositifs médicaux,
- comme les médecins, le pharmacien doit obligatoirement participer à la Permanence Des Soins par la mise en place confraternelle de services de garde.

### **3.1.3. Éthique, probité et dignité de la profession**

Le pharmacien se doit d'exercer « dans le respect de la vie et de la personne humaine », quel que soit le patient et avec le même dévouement. Il doit exercer en toute indépendance, faire preuve d'esprit critique et de liberté de jugement quelles que soient les contraintes. Comme toute profession médicale, il respecte le secret professionnel. Le pharmacien doit aussi porter secours à toute personne en danger et ce dans la limite de ses connaissances.

### **3.1.4. Les relations avec les confrères et autres professionnels de santé**

Le pharmacien doit entretenir de bons rapports avec l'ensemble des professionnels de santé en commençant par ses confrères à qui il doit loyauté et solidarité, y compris ceux placés sous son autorité. Il s'engage au libre choix du pharmacien par les patients, au devoir d'aide et d'assistance mutuelle dans la réalisation de ses devoirs professionnels, s'interdit des procédés de sollicitation de patientèle contraires à la dignité de la profession, se plie aux

devoirs d'actualisation de ses connaissances et, pour les maitres de stage, de la formation de leurs jeunes confrères.

Le pharmacien doit respecter l'indépendance professionnelle des autres professionnels de santé comme il exige que l'on respecte la sienne. Il ne doit en aucune façon leur nuire vis à vis de leur patientèle. Selon le code de déontologie des pharmaciens, tout compéragé<sup>107</sup> entre un professionnel de santé et un pharmacien est interdit.

Le pharmacien n'est pas en droit de formuler un diagnostic sur une maladie humaine ou animale et doit inciter ses patients à consulter un praticien qualifié chaque fois que cela lui semble nécessaire.

### **3.1.5. Évolution avec la loi HPST [23]**

#### **3.1.5.1. Présentation de la loi**

Cette loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 aussi dénommée « Loi Bachelot », relative à l'Hôpital, au Patient, à la Santé et aux Territoires a pour projet la mise en place d'un système sanitaire basé sur une offre de soins graduée, de qualité, accessible à tous et répondant à l'ensemble des besoins de santé.

Constituée en quatre parties, elle développe de nouvelles approches concernant la modernisation des établissements de santé, l'amélioration de l'accès aux soins et leur qualité, la prévention, la santé publique, et l'organisation territoriale du système de santé.

Elle aborde prioritairement la lutte contre la désertification médicale, les besoins de coordination entre soins ambulatoires, hospitaliers, secteur médico-social et système de santé en général. Les ARS ont été créées par cette loi et en ce sens.

Sur le plan Pharmaceutique, cette loi a permis de replacer le pharmacien au cœur du système de santé et lui a donné l'opportunité d'élargir ses compétences, chose que n'abordait pas le CSP qui cantonnait le champ d'activité du pharmacien à la dispensation et la préparation de médicaments.

#### **3.1.5.2. Renforcement des missions des pharmaciens d'officine**

L'article 38 de cette loi HPST énonce les missions, obligatoires ou non, octroyées aux pharmaciens d'officine.

---

<sup>107</sup> « L'intelligence entre deux ou plusieurs personnes en vue d'avantages obtenus au détriment de patients ou de tiers ».

**- Missions obligatoires :**

- contribuer aux soins de premier recours,
- participer à la coopération entre professionnels de santé,
- participer à la mission de service public de permanence des soins,
- concourir aux actions de veille et de protection sanitaire.

**- Missions non obligatoires, nécessitant pour la plupart la mise en place de protocoles nécessitant une validation de l'ARS :**

- participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients, surtout ceux atteints de pathologies chroniques,
- assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement de santé ou assimilé ne disposant pas de PUI<sup>108</sup> et n'étant pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une PUI,
- être désigné comme correspondant au sein de l'équipe de soins par le patient, dans le cadre de la coopération inter professionnelle. A 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 médication destinés à en optimiser les effets ;
- pouvoir proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

Des décrets d'application sont en cours d'élaboration concernant les deux dernières missions citées. Ils permettront entre autre de définir le nombre de renouvellements et les posologies minimales et maximales cadrant l'intervention du pharmacien lors de la prise en charge de patients chroniques, et de définir le contenu du protocole lors de la mise en place d'un bilan de médication.

---

<sup>108</sup> Pharmacie à Usage Intérieur : pharmacie limitée à l'usage particulier des malades dans les établissements de santé ou médico-sociaux où elle a été constituée, ou qui appartient à un groupement de coopération sanitaire.

### **3.1.6. La Convention pharmaceutique de 2012 [24]**

#### **3.1.6.1. Définition de la convention dans le PLFSS<sup>109</sup> pour l'année 2012 [25]**

Le PLFSS de 2012, en conséquence de la loi HPST, comporte une section concernant l'évolution des modes de rémunération des pharmaciens. L'article 74 de la loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011<sup>110</sup> définit que :

« Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une (ou plusieurs) organisation(s) syndicales(s) représentative(s) des pharmaciens titulaires d'officine, d'une part, et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, d'autre part. »

La convention détermine notamment :

- les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des pharmaciens titulaires d'officine,
- les mesures tendant à favoriser la qualité de la dispensation pharmaceutique aux assurés sociaux, le bon usage du médicament et les conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent être appelés à participer à la coordination des soins ;
- les mesures tendant à favoriser le développement de la dispense d'avance des frais,
- la participation des pharmaciens au développement des médicaments génériques,
- les modes de rémunération par l'assurance maladie de la participation des pharmaciens au dispositif de permanence pharmaceutique,
- la tarification des honoraires de dispensation dus aux pharmaciens par les assurés sociaux ;
- la rémunération, autre que celle des marges relatives à la vente de médicaments et produits de santé, versée par les régimes obligatoires d'assurance maladie en contrepartie du respect d'engagements individualisés.

Ces engagements peuvent porter sur la dispensation, la participation à des

---

<sup>109</sup> Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

<sup>110</sup> Modifiant l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale

actions de dépistage ou de prévention, l'accompagnement de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que sur toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficacité de la dispensation. La rémunération est en fonction de la réalisation des objectifs par le pharmacien.

De plus, la Convention fixe les objectifs quantifiés d'évolution du réseau des officines, et encadre les mesures et procédures applicables aux pharmaciens dont les pratiques sont contraires aux engagements fixés par la convention.

### **3.1.6.2. Contenu de la convention**

Cette convention nationale fait suite à la loi HPST de 2009 et au PLFSS pour l'année 2012. Elle a été signée le 4 Avril 2012 entre l'UNCAM<sup>111</sup> et les trois syndicats représentants des pharmaciens, la FSPF, l'USPO, et l'UNPF<sup>112</sup>. Elle est entrée en vigueur le 7 Mai 2012 et les mesures à caractère financier ont été appliquées six mois plus tard.

Elle marque un tournant dans l'exercice du métier de pharmacien, qui se voit revalorisé dans son rôle d'acteur de santé publique par la création de nouveaux modes de rémunération portant sur des engagements individualisés de qualité, d'efficacité et de modernisation à l'officine.

Nous allons ici aborder les mesures les plus importantes qui trouveront résonance dans l'adhésion du pharmacien aux projets du réseau milleSoins.

#### **3.1.6.2.1. Promotion de l'exercice pharmaceutique et des nouveaux modes de prise en charge**

Concernant les conditions générales de l'exercice pharmaceutique, la notion de confidentialité est appuyée car les nouveaux modes de prise en charge des patients impliquent un dialogue poussé nécessitant la présence d'une zone dédiée aux entretiens.

---

<sup>111</sup> Union National des Caisses d'Assurance Maladie

<sup>112</sup> Respectivement, la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France, l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine, et l'Union nationale des Pharmacies de France

La réévaluation de la nature et du contenu de l'exercice pharmaceutique souligne l'importance de la coordination et de la concertation entre les pharmaciens d'officine et les autres professionnels de santé afin d'améliorer la prise en charge de leurs patients<sup>113</sup>.

Les pharmaciens s'engagent aussi à promouvoir la qualité de leur exercice quotidien en adhérant à des démarches d'actualisation de leur connaissance et de formation continue.

Enfin, l'intervention du pharmacien dans le cadre du maintien à domicile ou de la dispensation dans les EHPAD est abordée.

#### **3.1.6.2.2. Mesures pour un meilleur accès aux soins et une maîtrise des dépenses**

La convention conforte l'accès au médicament en prévoyant une revalorisation de l'indemnisation des astreintes dans le cadre de la permanence des soins, qui s'alignera désormais sur celle des médecins. Nous sommes également dans l'attente de l'avenant à la convention précisant les mesures permettant une optimisation du maillage territorial officinal, dont l'objectif est de préserver l'accès au médicament dans les zones rurales et de diminuer leur nombre dans les zones de forte densité.

La participation du pharmacien à la maîtrise des dépenses est renforcée. En effet, par une dispensation mieux adaptée aux besoins du patient notamment chronique, une information plus poussée sur le bon usage du médicament et le développement des médicaments génériques, le pharmacien s'inscrit comme acteur de santé économique de notre système de soins.

#### **3.1.6.2.3. Mise en place de nouveaux modes de rémunération pour une valorisation de l'exercice pharmaceutique**

La convention aborde la mise en place d'un honoraire de dispensation qui est destiné à diversifier le mode de rémunération des pharmaciens d'officine actuellement rémunérés à la marge. Cet honoraire serait directement lié à la valorisation de l'acte de dispensation sous réserve qu'il intègre :

- une vérification de la validité de l'ordonnance,
- une vérification de l'admissibilité des renouvellements,
- une vérification de l'adéquation de la posologie prescrite,

---

<sup>113</sup> Ces modes de prise en charge que sont l'entretien, l'accompagnement et le suivi pharmaceutique seront détaillés dans un second temps.

- une vérification du respect des conditions réglementaires de prescription et de délivrance des médicaments à statut ou délivrance particulière,
- un contrôle des interactions au sein de l'ordonnance,
- un contrôle des facteurs de risque et des contre-indications dans les limites des connaissances de l'état de santé du patient,
- un contrôle des prescriptions abusives,
- une vérification de l'absence d'interactions au sein de l'ordonnance et avec les autres ordonnances du patient, connues du pharmacien,
- un choix du conditionnement des médicaments le plus économe en fonction des posologies prescrites compatible avec l'état de santé du patient,
- des conseils aux patients lors de la dispensation :

- le pharmacien doit s'assurer de la compréhension du patient concernant le bon usage et les précautions d'emploi des produits prescrits. Il doit ainsi identifier ses besoins et lui fournir les explications nécessaires ;

- il doit préciser au patient, s'il y a lieu, les modalités particulières de conservation du produit qui lui a été prescrit ;

- il doit également s'assurer que le patient connaît la posologie, la durée du traitement prescrit et le moment recommandé pour la prise des médicaments ;

- il doit aussi reporter toutes les indications utiles de la prescription sur le conditionnement des médicaments prescrits ;

- enfin, il doit informer le patient des effets indésirables possibles ou potentiels des médicaments prescrits.

L'évolution de la marge pharmaceutique déterminée par voie réglementaire conditionne la mise en œuvre de cet honoraire de dispensation. De plus, il doit tenir compte des limites d'évolution des dépenses d'assurance maladie fixées chaque année par l'ONDAM<sup>114</sup>. La convention établit que dans cinq ans au plus, un quart de la rémunération du pharmacien basée sur la marge appliquée aux médicaments remboursables soit basculée sur l'honoraire de dispensation.

---

<sup>114</sup> Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie : c'est un outil de régulation des dépenses de l'assurance maladie basé sur un montant total prévisionnel des dépenses établi chaque année.



La convention introduit aussi un nouveau mode de rémunération basé sur certains objectifs à accomplir :

- **une modernisation et une simplification du fonctionnement de l'officine** à travers une dématérialisation de la facturation et des pièces justificatives, donc par une utilisation majoritaire du dispositif SESAM-Vitale<sup>115</sup> et de la scannérisation des pièces justificatives<sup>116</sup> ;

- **une promotion de la qualité de dispensation, de la prévention et de l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques** :

- le pharmacien doit assurer une stabilité de la délivrance des médicaments génériques chez les patients âgés qui sont davantage exposés aux risques de confusion<sup>117</sup>. Ils s'engagent à garantir aux patients de plus de 75 ans la délivrance sur une année d'un médicament générique de même marque dans les pathologies chroniques en cardiologie et diabétologie ;

- il doit également renforcer la prévention des risques iatrogènes<sup>118</sup> liés aux traitements par AVK<sup>119</sup>. En coopération avec les autres professionnels de santé, les pharmaciens d'officine suivront plusieurs étapes de la prise en charge. Un entretien sera conduit à l'initiation du traitement puis au moins deux entretiens annuels devront être tenus, avec contrôle et réalisation de l'INR<sup>120</sup>. En cas de

---

<sup>115</sup> Ce dispositif permet la transmission d'une feuille de soins électronique contenant les informations nécessaires au remboursement des prestations par l'assurance maladie.

<sup>116</sup> Un scan (ou une copie informatique) de l'ordonnance est transmise sur CD-ROM ou par télétransmission directe via le système SCOR (SCan d'Ordonnance) mis en place par la sécurité sociale.

<sup>117</sup> Notamment liés aux différences de conditionnements ou de forme galénique pouvant exister d'une marque générique à une autre.

<sup>118</sup> Ensemble des conséquences néfastes sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiquée ou prescrit par un professionnel de santé habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé d'un patient.

<sup>119</sup> Classe des Anti-Vitamine-K : anticoagulants oraux dont la mauvaise observance peut générer des effets indésirables thrombotiques ou hémorragiques graves.

<sup>120</sup> International Normalized Ratio : c'est un indicateur de la coagulation sanguine utilisé entre autres dans le cadre de la surveillance des traitements par AVK

besoin et avec l'accord du patient, le pharmacien peut prendre contact avec le prescripteur ;

- il doit aussi accompagner les patients asthmatiques. A terme, plusieurs pathologies chroniques devraient être intégrées, mais dans un premier temps, l'accompagnement devra se traduire par un contrôle de l'observance du traitement de fond, la réalisation d'entretiens pharmaceutiques où sera contrôlée entre autre la maîtrise de la technique d'inhalation ;

- le développement des actions de dépistage et de prévention seront définies par un avenant à la convention

- **une amélioration de l'efficience de la pratique professionnelle** à travers l'instauration d'objectifs individualisés rémunérés portant d'une part sur le taux de substitution <sup>121</sup> et d'autre part sur le développement des conditionnements trimestriels <sup>122</sup>. Parallèlement, afin d'atteindre le taux de 85 % de substitution le dispositif « tiers payant contre générique » est renforcé.

### **3.2. Perspectives d'évolution du métier de pharmacien dans le réseau milleSoins [26]**

Nous allons détailler l'ensemble des missions et nouvelles missions du pharmacien inscrites dans la loi HPST et la convention pharmaceutique de 2012 qui pourraient avoir résonance dans l'exercice pharmaceutique en milieu rural au sein du réseau pluridisciplinaire milleSoins.

---

<sup>121</sup> Par rapport à 32 indicateurs fixés pour 31 molécules individualisées, le dernier portant sur le reste du répertoire.

<sup>122</sup> Leur taux de pénétration doit atteindre 55 %, l'échéance n'est pas fixée mais afin de favoriser leur délivrance, la marge induite correspond désormais à 90 % de celle perçue sur trois conditionnements mensuels.

### 3.2.1. Évolution à travers la dispensation

#### 3.2.1.1. Validité de l'ordonnance par l'e-prescription [27]

L'utilisation des logiciels médicaux en médecine ambulatoire par les praticiens de la Montagne Limousine est effective depuis déjà quelques années. Les ordonnances numériques sont désormais pré-remplies et il est devenu beaucoup plus rare de constater une invalidité de celles-ci. Hormis les avantages indéniables de lisibilité de la prescription qu'ont apporté ces ordonnances électroniques à l'exercice de dispensation pharmaceutique, la mise en place du logiciel commun en laisse entrevoir d'autres.

En effet, les NTIC<sup>123</sup> à l'officine peuvent être appliquées à un autre domaine que la vente de médicaments sur internet. Il apparaît aujourd'hui possible et souhaitable pour des raisons pratiques et économiques de dématérialiser totalement les ordonnances.

D'après l'article 34 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie : « Une ordonnance comportant des prescriptions de soins ou de médicaments peut être formulée par courriel dès lors que son auteur peut être dûment identifié, qu'elle a été établie, transmise et conservée dans des conditions propres à garantir son intégrité et sa confidentialité, et à condition qu'un examen clinique du patient ait été réalisé préalablement, sauf à titre exceptionnel en cas d'urgence. »

Au sein du réseau milleSoins, la mise en place de l'e-prescription serait facile car les solutions informatiques répondant à ces critères existent. Ainsi le médecin, après avoir procédé à l'examen clinique, rédigerait une ordonnance électronique et la signerait par la même voie, puis l'enverrait au pharmacien du réseau milleSoins choisi par le patient via le réseau sécurisé.

Le logiciel commun n'est pas un logiciel de gestion pharmaceutique qui permet la tarification SESAM-Vitale, il faudrait donc dans un premier temps imprimer l'ordonnance<sup>124</sup> avant de la traiter ensuite comme n'importe quelle prescription apportée par un patient.

Des protocoles devront être définis pour encadrer ce type de pratique. Cela devrait être facile à mettre en place, du moins et dans un premier temps pour des traitements ne relevant pas d'une prescription ou dispensation particulière.

Cette e-prescription est déjà expérimentée dans les pays scandinaves et des dispositifs ont été lancés en Grande-Bretagne, en Belgique et en Espagne (Andalousie). La

---

<sup>123</sup>Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication.

<sup>124</sup>On peut envisager une impression automatique dès lors que l'ordonnance est reçue, cette copie sera finalement remise au patient lors de la délivrance du traitement.

mise en place de l'e-prescription est une recommandation du rapport de l'IGAS<sup>125</sup> sur les pharmacies d'officine qui suggère à la CNAMTS<sup>126</sup> d'étendre la dématérialisation aux ordonnances. Le rapport suggère de solliciter les partenaires conventionnels et d'inclure ce sujet dans leurs discussions en imaginant des dispositifs incitatifs. Cette dématérialisation pourrait donc entrer dans le cadre des modes de rémunération sur objectifs.

L'IGAS estime que les gains d'un tel système seraient importants sur un plan économique comme sanitaire.

### **3.2.1.2. Ce qu'apporterait indirectement l'e-prescription**

L'e-ordonnance pourrait apporter une réorganisation de la préparation et du contrôle de l'ordonnance induisant un gain de temps.

Selon une enquête de l'ARS, seulement 22 % des ordonnances préparées par les préparateurs sont systématiquement contrôlées par le pharmacien qui les contresigne. Dans la majorité des pharmacies, les préparateurs font appel au contrôle du pharmacien seulement lorsqu'ils l'estiment nécessaire ou que les médicaments dispensés l'imposent (médicament à dispensation particulière, médicament stupéfiant).

Le principal atout des NTIC est la rapidité. Ainsi, avant même d'avoir quitté le cabinet du médecin, l'e-ordonnance serait déjà transmise à la pharmacie indiquée par le patient. Un pharmacien ou une préparatrice disponible pourrait ainsi la prendre en charge quelques minutes après sa rédaction.

Une première analyse de l'ordonnance pourrait éventuellement être faite par un pharmacien à sa réception, ensuite, une préparatrice sortirait les produits et entamerait une tarification de l'ordonnance<sup>127</sup> qu'elle mettrait ensuite en attente<sup>128</sup>. Les médicaments seraient ensuite entreposés dans des barquettes dans une zone dédiée à cet effet.

Lorsque le patient arriverait, ses médicaments seraient déjà sortis ce qui diminuerait son temps d'attente. Il serait pris en charge par le pharmacien qui finaliserait la tarification avec la carte vitale, procéderait aux différents contrôles liés à la dispensation et aux conseils nécessaires à la délivrance. Celle-ci pourrait se faire dans une petite zone de confidentialité, un « box » de dispensation d'e-ordonnance spécifiquement dédié.

Les avantages seraient entre autres :

---

<sup>125</sup> Inspection Générale des Affaires Sociales

<sup>126</sup> Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

<sup>127</sup> En scannant les différents médicaments après contrôle des quantités prescrites.

<sup>128</sup> Tous les logiciels de gestion et de tarification proposent cette option de « mise en attente » ou « d'interruption de facturation »

- une prise en charge du patient plus rapide : d'une certaine manière, la pharmacie le prendrait en charge dès sa sortie du cabinet médical. Dès son entrée dans l'officine il pourrait être orienté vers une zone d'attente de délivrance d'e-ordonnance ;

- une sécurité de dispensation accrue : la prise en charge de l'ordonnance passerait par 2 professionnels de santé dont obligatoirement le pharmacien. Cette sécurité dépendrait d'un management en amont concernant la répartition des tâches et devrait s'inscrire dans une démarche qualité avec mise en place d'un système de traçabilité ;

- une meilleure répartition des tâches permettrait un gain de temps pour le pharmacien : ce temps pourrait être réinvesti dans l'acte de délivrance et les conseils associés ou dans d'autres tâches.

Concernant les conséquences sur les conditions d'exercice de la fonction de conseil, un gain de temps, ne serait-ce que d'une minute par patient, n'est pas négligeable.

La fonction de conseil est en effet primordiale mais elle est parfois limitée en qualité par les impératifs de gestion de la patientèle. Aux heures de forte fréquentation, l'équipe officinale doit ajuster le temps qu'elle consacre à l'information et au conseil à la longueur de la file d'attente.

Dans une petite pharmacie, s'assurer de la confidentialité des propos échangés est parfois difficile, surtout qu'en milieu rural et dans les petites communes en général, tout le monde se connaît plus ou moins et la santé est sujette aux commérages.

La réglementation impose que : « L'accueil de la patientèle et la dispensation des médicaments doivent pouvoir s'effectuer dans des conditions de confidentialité permettant la tenue d'une conversation à l'abri des tiers », mais en réalité cela reste très difficile à appliquer. La mise en place d'une zone de confidentialité n'est pas forcément évidente et les ARS estiment que 34 % des officines ne bénéficient pas d'un local adapté.

Les pharmacies rurales sont moins soumises aux fortes fréquentations et pourraient à travers de nouveaux outils de gestion et de coordination comme l'e-ordonnance appuyer la fonction de conseil.

A la sortie du cabinet médical, les patients n'ont pas systématiquement assimilé toutes les données apportées par le médecin. Dans un souci de coordination et de coopération, il serait rassurant pour un médecin de savoir que l'économie de temps générée par sa e-prescription puisse se transformer en un temps de conseil adapté au patient favorisant une

bonne observance du traitement<sup>129</sup>. Indirectement, si le médecin peut s'appuyer sur la confiance qu'il accorde au pharmacien, alors lui aussi optimisera ses consultations. Il pourra se focaliser entre autre sur l'examen clinique et la prise d'informations plutôt que sur l'explication du traitement, afin de gagner du temps médical. Il devra néanmoins satisfaire aux questions du patient si celui-ci en emmet.

### **3.2.1.3. Extension du champ de contrôle de l'ordonnance**

La convention pharmaceutique indique dans les prestations nécessaires à l'octroi d'un honoraire de dispensation qu'un « contrôle des facteurs de risque et des contre indications dans les limites des connaissances de l'état de santé du patient » doit être effectué.

L'identification de la pathologie du patient n'est pas toujours évidente. Même si le pharmacien peut souvent la déduire des prescriptions, il nous serait utile d'avoir de plus amples informations afin de pouvoir procéder à une analyse contextuelle de l'ordonnance.

Il sera possible par consentement du patient d'avoir accès à certaines données du dossier médical. La gestion des données qui seraient utiles au pharmacien peut être paramétrée par le médecin et en fonction de la pathologie du patient.

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

Ce partage permettrait d'étendre le champ de contrôle de l'ordonnance, en complément du Dossier Pharmaceutique. Inversement, au vu de l'utilité en terme de santé publique du DP, il devrait selon l'Ordre des médecins leur être étendu.

### **3.2.1.4. Utilisation de l'opinion pharmaceutique [28]**

Lorsqu'une ordonnance pose un problème de dispensation au pharmacien, une intervention par appel du prescripteur est souvent nécessaire afin de compléter, confirmer ou modifier une prescription. La très grande majorité des pharmaciens ne garde aucune trace de ces interventions alors qu'un outil est à leur disposition.

Il y a quelques années, l'Ordre des pharmaciens a mis en place le concept d'opinion pharmaceutique afin de valoriser et de conserver une trace de ces interventions. Ce concept

---

<sup>129</sup> Une enquête de la Haute Autorité de Santé (à travers le relevé de différentes études) concernant la prise en charge de patients atteints d'hypertension artérielle estime que des problèmes d'observance étaient présent dans 18 à 50 % des cas, ce qui a des conséquences néfastes en matière d'efficacité des traitements, de qualité de vie, de sécurité pour les patients sans parler des coûts induits.

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. »

Une étude des ARS a montré que seules 11,3% des officines rédigeaient des fiches d'opinion pharmaceutique et que l'origine de cet insuccès pouvait être mis au compte de l'absence de rémunération associée et du peu d'intérêt des médecins et pharmaciens pour cette formule.

En effet, elle apparaît comme trop contraignante en raison du temps nécessaire à sa rédaction et trop procédurière lorsqu'en général un simple appel du prescripteur suffit à régler les problèmes détectés lors de l'analyse de l'ordonnance.

Cependant, le fait de négliger cette procédure pourrait présenter un risque pour le pharmacien si des effets iatrogènes survenaient chez un patient, puisqu'il ne pourrait pas justifier de son action par manque de traçabilité des interventions.

Au sein du réseau milleSoins, il pourrait être discuté de façon collégiale de l'insertion d'un volet d'opinion pharmaceutique sur le logiciel, dont le contenu serait établi à partir du modèle fait par l'Ordre des pharmaciens. Son remplissage et sa transmission électronique seraient facilités par rapport à l'existant. Une sauvegarde automatique et un accusé de réception pourraient être mis en place afin d'assurer une traçabilité et de s'assurer que le médecin a pris connaissance des détails de l'intervention.

Ce fonctionnement permettrait d'améliorer les modes de prescription et de prise en charge du patient, et donc d'éviter une redondance du problème initial lié à cette intervention.

La question de la rémunération des interventions est recommandée par le rapport de l'IGAS car le bénéfice en terme de prise en charge du patient est bien supérieur au risque d'inflation des coûts liés aux interventions. En effet, le pharmacien n'entend pas contacter le médecin pour des raisons injustifiées au risque de détériorer son image. De plus, la traçabilité offerte par le logiciel permettrait de réaliser des contrôles.

### **3.2.1.5. Dispensation à domicile et extension aux sites de soins partagés [29] [30]**

La dispensation à domicile est déjà encadrée par le code de la santé publique<sup>130</sup> et une enquête des ARS a montré que 57,6% des officines la pratiquent. Elle se différencie du simple portage de médicaments par un conseil et un suivi d'observance qui sont réalisés au domicile du patient.

Elle est généralement mise en œuvre lorsque le patient est dans l'incapacité de se déplacer en raison de son état de santé, de son âge, et/ou d'un fort isolement dû à des conditions géographiques particulières. Elle peut être effectuée par le pharmacien ou le préparateur en pharmacie sous réserve que les instructions d'observance et de bonne compréhension de la prescription lui ait été communiquées afin d'assurer une bonne dispensation au domicile.

Cette dispensation permet de déceler des facteurs de risque de mésusage des traitements pouvant entraîner une iatrogénie médicamenteuse. Chez les personnes âgées isolées, présentant parfois plusieurs pathologies, la difficulté de préparation des traitements et la mauvaise gestion de l'armoire à pharmacie sont une réalité entraînant un fort risque iatrogène par confusion, automédication ou utilisation de médicaments périmés<sup>131</sup>. Le pharmacien peut ainsi participer à la prise en charge du patient par une prise de contact avec les médecins et les paramédicaux en cas de problème. L'information pourrait être relayée par le système d'information commun et un compte rendu de la dispensation à domicile pourrait être rattaché au dossier du patient afin d'améliorer la prise en charge.

Dans le cadre du développement du maintien à domicile lié au vieillissement de la population, l'IGAS recommande l'ouverture aux médecins de la prescription de cette dispensation à domicile, lorsqu'ils l'estiment nécessaire<sup>132</sup>. En considérant la charge de

---

<sup>130</sup> Articles L5125-25, R5125-50 et suivants du code de la santé publique

<sup>131</sup> En fonction des pathologies, certains patients âgés souffrant de pathologies chroniques se retrouvent avec des ordonnances contenant parfois plus de dix médicaments. En milieu rural, la « peur de manquer » que nous retrouvons surtout chez les personnes âgées conduit parfois les patients à des attitudes consuméristes entraînant une accumulation des médicaments. Lorsque je fais une dispensation à domicile, je demande systématiquement l'autorisation de jeter un coup d'œil dans les armoires à pharmacie, ce qui me permet de déceler les inobservances et de faire le tri. Je fais ma dispensation, donne mes conseils et repars avec les médicaments périmés, cette attention est fortement appréciée des patients car elle crée un lien et rompt leur isolement.

<sup>132</sup> Comme pour l'opinion pharmaceutique, la nécessité de prescription de ce service empêchera toute prise en charge non nécessaire à des fins lucratives.



travail et le temps nécessaire à cette dispensation, il sera indispensable de créer un nouveau mode de rémunération pour le pharmacien proposant ce service, et même réfléchir à l'intégration d'une indemnité kilométrique lorsque le territoire couvert est vaste, ce qui est le cas sur la Montagne Limousine<sup>133</sup>.

Dans le cadre de la mise en place de consultations planifiées pour des patients chroniques, on peut envisager une dispensation directement sur le site de soins partagé. En effet, proposer un service de rapprochement du médecin pour les patients ayant des difficultés en terme de mobilité n'a aucun sens si la dispensation de l'ordonnance nécessite un déplacement du patient. Une permanence de dispensation pourrait être envisagée le lendemain des consultations planifiées du médecin, la fréquence de celle-ci est à déterminer en fonction des patients chroniques rattachés à ce site et devrait être de l'ordre d'une fois toutes les deux semaines. L'e-ordonnance le permettant, les traitements pourraient être préparés à l'avance), ceci contribuerait ainsi à une meilleure gestion et une économie de temps à l'officine et cela pourrait aussi permettre aux pharmacies ne disposant pas d'espace de confidentialité de s'investir dans les nouvelles missions.

### **3.2.2. Évolution à travers les nouveaux modes de prise en charge du patient**

La convention pharmaceutique de 2012 introduit la nécessité de mise en place de nouveaux moyens d'action du pharmacien afin d'assurer une prise en charge optimale du patient à travers :

- une contribution aux actions de dépistage et de prévention,
- un accompagnement des patients souffrant de pathologies chroniques,
- une action favorisée dans la continuité et la coordination des soins,
- une amélioration de la pratique professionnelle et de l'efficacité de la dispensation

---

<sup>133</sup> Cette dispensation à domicile pourrait aussi faire l'objet d'un transfert de tâche du pharmacien vers le corps infirmier (celui-ci étant souvent impliqué dans le portage de médicament, dans l'administration des traitements et/ou la préparation des doses à administrer).

### **3.2.2.1. Problématique générale de l'extension des missions du pharmacien selon l'IGAS [31] [26]**

Au niveau international et dès 1970, l'émergence d'une notion de « soins pharmaceutiques » ou « pharmaceutical care » aspirait déjà à une redéfinition du rôle du pharmacien. En 1990 se précise la définition de cette notion : « les soins pharmaceutiques sont chargés de fournir le traitement médicamenteux dans le but d'obtenir des résultats précis qui améliorent ou maintiennent la qualité de vie du patient ».

Ici, le rôle du pharmacien n'est plus abordé à l'égard du produit mais à l'égard du patient et des résultats du processus de soins qui se doivent d'être positifs. Elle traduit la volonté du pharmacien d'être un acteur de santé intégré dans l'équipe de soins de proximité et non pas d'être simplement un professionnel du produit médicament.

L'IGAS estime que cette redéfinition du rôle du pharmacien s'inscrit dans la recherche d'un surcroît de légitimité pour la profession. Elle justifie cela par constat de ce qu'est le métier de pharmacien à l'heure actuelle. L'officine est une entreprise, et le pharmacien titulaire se doit d'être avant tout bon gestionnaire afin de la pérenniser<sup>134</sup>, mais ces tâches de gestion notamment des commandes pourraient être déléguées à une autre profession.

La fabrication des préparations magistrales par lesquelles le pharmacien matérialisait ses compétences n'est plus qu'une fonction résiduelle.

Ainsi, dans certains pays, les soins pharmaceutiques ont eu pour objectifs de faire face à une pénurie de temps médical en soutenant et en accompagnant les patients chroniques, et en promouvant la prévention, mais ces expériences se sont révélées limitées sur le plan des actions concrètes car elles se sont heurtées à d'importantes difficultés :

- l'absence d'une rémunération adaptée bloque la mise en place des différentes actions ;
- le manque de confiance des professionnels en eux-mêmes par manque de formation limite leur capacité à prendre en charge efficacement les nouvelles missions,
- la difficulté de dégager du temps pour s'y consacrer,
- l'obstacle majeur réside dans le fait que le pharmacien d'officine n'est pas impliqué dans l'équipe de soins, qu'il n'a pas accès au dossier médical, et qu'il n'entretient que des relations distantes avec le médecin.

---

<sup>134</sup> Selon une étude des ARS, 65% des vitrines pharmaceutiques ne comportent aucune information sanitaire et sont strictement réservées à la promotion commerciale.

La relation du pharmacien avec le corps médical dans l'optique d'une coopération est actuellement fortement valorisée, mais l'IGAS rappelle à juste titre que la promotion de la coopération oublie que les relations entre les professionnels de santé sont structurées par des relations de concurrence inter et intra professionnelles.

En France, les relations entre médecins et pharmaciens sont plutôt bonnes, le contrôle des ordonnances et les interventions des pharmaciens sont jugées globalement utiles, les relations sont cordiales mais cette cordialité semble liée au respect des frontières entre professions. Car au-delà du contrôle de l'ordonnance et de la fonction de conseil, les médecins ne reconnaissent pas de compétences au pharmacien notamment pour l'adaptation des traitements, et soulignent à juste titre que toute extension du rôle du pharmacien peut être source d'un conflit d'intérêt.

Par ailleurs, l'extension éventuelle du rôle du pharmacien peut être considérée comme une dévalorisation corrélative du rôle du médecin entraînant une désacralisation ou une banalisation de l'acte médical, ce qui pourrait brouiller l'image du médecin auprès du patient.

Ainsi, pour certains, le pharmacien ne devrait pas toucher le malade. Par exemple, une mesure de la tension artérielle préférerait être déléguée vers le corps infirmier car la hiérarchie entre médecin et infirmier est suffisamment admise et qu'elle n'aurait donc pas les mêmes effets symboliques.

L'argument de manque de temps médical avancé en faveur d'une extension du rôle du pharmacien n'est pas reçu par les médecins qui considèrent que soit l'on ne manque pas de temps médical, soit les médecins doivent être soulagés des tâches administratives et ne doivent rien céder de leurs activités médicales. Une inquiétude économique est souvent mentionnée concernant la délégation de tâches qui pourrait priver les médecins d'actes courts relativement bien payés par rapport aux longues consultations.

Les pharmaciens rencontrés par les chargés de mission de l'IGAS sont quant à eux parfaitement conscients des réticences des médecins à voir évoluer les frontières entre professions. Ils y ont répondu par une mise en avant de la notion de coopération plutôt que de la délégation, par une recherche d'accommodements, une dénonciation du corporatisme et un pari sur les relations de proximité afin de dépasser les clivages.

### **3.2.2.2. Les pré-requis de l'exercice pharmaceutique dans le cadre des nouveaux modes de prise en charge [24] [21]**

La convention pharmaceutique de 2012 rappelle un certain nombre de droits, devoirs et interdictions liés aux nouvelles missions que sont l'accompagnement et le suivi du patient à l'officine.

Le pharmacien s'engage avant tout à obtenir du patient son consentement éclairé vis à vis de sa démarche et des actions d'accompagnement, de suivi et de prise en charge à l'officine. Le retrait de ce consentement peut intervenir à tout moment.

D'autre part, le pharmacien doit s'engager à coordonner le cas échéant et avec l'accord du patient son action avec les autres professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient, tant en ville<sup>135</sup> que dans les établissements de soins. Sur ce point précis, le réseau milleSoins apporterait une réelle plus-value car la transmission des remarques et des conclusions de l'entretien (entraînant une adaptation du traitement ou un changement de prise en charge d'un patient en difficulté) seraient facilité par l'outil de communication.

Selon son code de déontologie, le pharmacien doit s'abstenir de formuler tout diagnostic sur l'état du patient et agir uniquement dans son champ de compétence.

Les nouveaux modes de prise en charge ne doivent pas constituer un argument en vue de solliciter la patientèle et aucun avantage ne doit être accordé de façon à pousser à l'établissement ou au renouvellement d'une prescription par le médecin du patient.

De plus, l'utilisation d'un support publicitaire faisant référence aux rémunérations liées à ces nouveaux modes de prise en charge par le pharmacien est interdite. Par contre, dans le cadre de campagnes de prévention et de dépistage, le pharmacien peut remettre gratuitement des brochures ou des guides constituant un support pédagogique s'ils sont basés sur des informations scientifiques prouvées.

La Convention rappelle aussi qu'à tout moment le pharmacien doit satisfaire aux obligations légales ressortissant de son exercice professionnel. Il doit ainsi exercer personnellement sa profession, s'organiser pour accomplir ses actes professionnels ou en surveiller l'exécution et également assurer l'accompagnement et le suivi des patients à l'officine. Il doit donc adapter ses méthodes de travail et son organisation à l'officine.

D'autre part, tout le matériel nécessaire à la mise en place des programmes d'accompagnement ou de suivi des patients doit être à disposition dans l'officine. Un espace de confidentialité doit être aussi aménagé afin de permettre au pharmacien de recevoir un patient de façon isolée, visuellement et phoniquement.

### **3.2.2.3. L'entretien pharmaceutique [31]**

L'entretien pharmaceutique est une forme d'extension de la notion de conseil qui se retrouve appliquée dans le champ du patient et de sa pathologie et non plus dans le champ

---

<sup>135</sup> Le terme de « ville » est utilisé ici pour définir ce qui ne relève pas d'un milieu institutionnel (notamment hospitalier), il n'implique pas une opposition au milieu « rural ».

du produit médicament. Cet entretien serait donc applicable à toutes les dispensations, que le patient ait une ordonnance ou pas, que ce soit dans le cadre d'une première délivrance ou d'un renouvellement, dans un traitement chronique ou aigu. Le dénominateur commun restant la nécessité de l'effectuer dans un espace de confidentialité.

### **3.2.2.3.1. Rappel de la convention [24]**

La convention pharmaceutique définit l'entretien thérapeutique comme étant l'un des principaux moyens permettant au pharmacien d'assurer la prise en charge personnalisée et optimale de ses patients, les objectifs sont de :

- renforcer le rôle de conseil, d'éducation et de prévention auprès du patient,
- valoriser l'expertise du pharmacien sur le médicament,
- évaluer la connaissance par le patient de son traitement,
- rechercher l'adhésion thérapeutique du patient et l'aider à s'approprier son traitement,
- évaluer à terme l'appropriation par le patient de son traitement.

Son principal champ d'application se retrouve dans la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques ou présentant une situation particulière (femme enceinte, approche psychologique nécessaire, antécédents médicaux particuliers, insuffisance organique), pour lesquels nous parlerons alors d'accompagnement pharmaceutique ou de suivi pharmaceutique lorsque le traitement implique une surveillance particulière<sup>136</sup>.

Selon la convention, l'accompagnement pharmaceutique dont l'objectif est de « garantir les meilleures conditions d'initialisation, de suivi, d'observance et d'évaluation du traitement », est nécessaire dans :

- la dispensation des traitements au long cours,
- la dispensation des traitements à des femmes enceintes, des nourrissons et nouveau-nés,
- la dispensation des traitements à des personnes âgées,
- le suivi des patients sous traitements particuliers,

---

<sup>136</sup> La surveillance est intimement liée à la prévention des accidents iatrogènes liés à certains traitements. Elle peut conduire à un échange avec le prescripteur afin de modifier un traitement ou une posologie.

- la dispensation de médicaments ou de dispositifs médicaux soumis à des conditions de prescription et de délivrance particulières.

### **3.2.2.3.2. La notion d'éducation thérapeutique<sup>137</sup> du patient**

Nous savons désormais que les résultats obtenus dans la prise en charge des patients souffrant de pathologies chroniques dépendent essentiellement du patient lui-même, de l'appropriation de sa maladie par sa compréhension et de ses comportements :

- à l'égard du système de soins : par exemple à travers la régularité de ses contacts avec son médecin traitant,
- à l'égard des médicaments : adhésion ou non à l'observance des traitements,
- à l'égard des règles de vie adaptées à sa pathologie : adhésion ou non au respect des règles hygiéno-diététiques.

Certains patients ont donc besoin d'un accompagnement adapté tant en terme d'informations et d'acquisition de savoirs que de soutien à leur motivation pour adhérer aux changements nécessaires à l'amélioration ou au maintien de leur état de santé.

L'acquisition des informations et l'appropriation de sa maladie par le patient appartiennent au domaine de l'éducation thérapeutique<sup>138</sup>. Or, les médecins s'accordent pour affirmer qu'ils manquent de temps pour assurer pleinement cette fonction et que le problème devrait s'aggraver avec la réduction prévisible du temps médical lié au vieillissement de la population.

Un transfert de tâches est donc souhaitable, l'éducation thérapeutique du patient pouvant être relayée vers le pharmacien, l'infirmier, un réseau spécialisé ou une association de patients.

---

<sup>137</sup> Je parle ici de notion car l'éducation thérapeutique du patient au sens le plus abouti du terme renvoie à la mise en place de protocoles validés par l'ARS sous la direction d'un professionnel justifiant d'une formation d'ETP

<sup>138</sup>Le réseau milleSoins a comme objectif opérationnel de faire passer le Diplôme Universitaire d'éducation thérapeutique à un ou plusieurs adhérents (médecin, infirmier ou pharmacien)

### **3.2.2.3.3. L'entretien pharmaceutique d'accompagnement du patient chronique dans le réseau milleSoins**

Par sa connaissance des médicaments, sa facilité d'accès et sa proximité avec les patients, le pharmacien pourrait tenir une place de choix dans la prise en charge des patients atteints de maladie chronique en leur promulguant une éducation thérapeutique adaptée lors d'entretiens pharmaceutiques.

L'entretien pharmaceutique peut être réalisé à l'instauration du traitement ou à tout autre moment et affiche différents objectifs :

#### **- aider le patient à comprendre sa maladie et son traitement**

Par des moyens adaptés au patient, le pharmacien peut expliquer les mécanismes et caractéristiques de sa maladie, le mode d'action des traitements, les bénéfices attendus, les effets indésirables pouvant survenir mais surtout comment les prévenir et comment réagir s'ils apparaissent.

Le but de cette démarche est d'apporter les informations nécessaires à l'appropriation de la maladie et d'obtenir une adhésion thérapeutique du patient.

Le recours à différents supports<sup>139</sup> peut aider à la transmission d'informations adaptées, claires, et faciles à retenir pour le patient.

#### **- promouvoir le bon usage des médicaments**

Un schéma de prise peut être donné par écrit au patient. Le pharmacien veille à ce qu'il soit bien compris et peut éventuellement l'adapter aux contraintes et habitudes de vie du patient. Il peut aussi lui expliquer comment adapter ses prises en fonction de situations particulières notamment lors d'un oubli.

Il doit aussi insister sur la nécessité d'une bonne observance afin de maintenir un effet thérapeutique même si le patient ne ressent pas les symptômes de sa maladie comme cela peut être le cas dans certaines pathologies chroniques<sup>140</sup>.

Enfin, il sensibilise le patient sur les risques que représente l'automédication sans avis médical préalable car certains médicaments d'usage courant peuvent interagir avec ceux de son traitement chronique et entraîner une iatrogénie.

---

<sup>139</sup> Dessins, schémas, brochures, notices ...

<sup>140</sup> Notamment dans l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, les hyperlipidémies ...

### **- transmettre et renforcer les techniques particulières d'administration de certains traitements**

Des compétences particulières sont parfois nécessaires afin d'assurer une administration correcte et donc une efficacité de certains traitements<sup>141</sup>. Le pharmacien peut réaliser une démonstration en développant chaque étape, puis le patient effectue lui-même l'opération, guidé par le pharmacien. Il se doit de vérifier régulièrement si ces gestes sont acquis et se maintiennent dans la durée.

### **- aider le patient à s'auto-surveiller**

En fonction de la pathologie, certains appareils peuvent être utilisés par le patient afin d'effectuer un suivi régulier et à domicile des marqueurs d'évaluation de sa maladie<sup>142</sup>. Toute délivrance doit donc s'accompagner d'une information sur la fréquence et les conditions de mesure et d'une formation pratique sur le mode d'utilisation de cet appareil.

A partir des résultats de ces appareils d'auto-mesure ou suite à l'apparition de symptômes cliniques, le patient doit être capable de reconnaître les signes d'un mauvais contrôle thérapeutique de sa maladie ou d'effets indésirables. Ainsi, il doit savoir rapidement les interpréter afin de déterminer la conduite à tenir<sup>143</sup>.

### **- informer sur les facteurs pouvant influencer la maladie**

L'amélioration ou l'aggravation d'une pathologie est intimement liée au respect de règles hygiéno-diététiques dont le patient se doit d'être informé. Cette démarche peut être facilitée par l'utilisation de supports d'information délivrant des conseils pratiques concernant l'alimentation et les activités physiques adaptées en fonction des pathologies.

### **- soutenir et accompagner les patients**

Le pharmacien doit rester à l'écoute du patient concernant d'éventuelles difficultés liées au traitement, à des complications liées à la pathologie ou un événement survenu, une baisse de confiance en soi ou de motivation à l'égard du traitement.

---

<sup>141</sup> Collyres, dispositifs d'inhalation des médicaments à visée bronchique, injection d'insuline ...

<sup>142</sup> Lecteurs glycémiques pour les diabétiques, auto-tensiomètre pour les patients souffrant d'hypertension artérielle, débitmètre de pointe pour les patients atteints de pathologies bronchiques ...

<sup>143</sup> Prise d'un rendez-vous médical, consultation en urgence ou autre (ressucrage chez un diabétique par exemple)



Il doit encourager le patient à exprimer ses inquiétudes et ses doutes liés à la maladie, l'écouter sans minimiser les problèmes, chercher les bonnes solutions, rassurer en valorisant ses efforts.

Un des champs de l'éducation thérapeutique, notamment difficile à intégrer dans la prise en charge coordonnée en ambulatoire, est l'approche psychologique du patient selon son stade d'acceptation de la maladie chronique.

L'évaluation du stade d'acceptation de la maladie chronique par le patient et donc de son adhésion au traitement est primordiale mais cette prise en charge requière des compétences spécifiques, ainsi le pharmacien pourra prendre contact avec l'équipe de proximité, des associations de patients ou une structure d'éducation thérapeutique afin de la compléter le cas échéant.

Pour que cet entretien d'accompagnement s'inscrive dans une démarche coordonnée, il est souhaitable qu'il soit effectué sur recommandation ou prescription du médecin<sup>144</sup> qui apporterait les garanties que les entretiens soient réalisés pour des patients qui en ont réellement besoin.

Nous pouvons aussi imaginer que dans le cadre du réseau milleSoins, les outils d'éducation thérapeutique soient créés par l'équipe de proximité et validés par le comité de pilotage dans un souci de coordination et d'harmonisation des pratiques qui éviteraient la divergence des messages transmis par les professionnels. De plus, des comptes rendus pourraient être rédigés et intégrés au dossier médical du patient

La conduite et surtout l'efficacité de ces entretiens seront conditionnées par les données disponibles sur le patient. L'alimentation et la gestion des données du dossier médical électronique seront donc primordiales afin d'optimiser le bénéfice en terme de prise en charge de cet accompagnement pharmaceutique.

Si les entretiens ne nécessitent pas de fortes compétences en matière de médicaments et de dispositifs médicaux, des entretiens similaires pourraient être effectués par les infirmiers, qui sont des acteurs au domicile du patient et apporteraient leurs compétences dans le secteur médico-social. Il appartiendra à l'équipe de proximité de choisir le bon professionnel selon les circonstances.

Pour pouvoir réaliser de tels entretiens, les professionnels doivent justifier d'une formation adaptée et disposer d'un local de confidentialité. Pour les pharmaciens n'en

---

<sup>144</sup> Ce qui n'empêche pas l'équipe de proximité de signaler au médecin (dont le rôle de coordonnateur est légalement reconnu) un patient qui aurait un profil candidat à des entretiens d'accompagnement

disposant pas, l'utilisation des sites de soins partagés apparaît comme une solution permettant d'effectuer ces entretiens en les planifiant.

Un des objectifs opérationnels de l'ADRES est d'organiser la candidature d'un (ou plusieurs) professionnel du réseau milleSoins au Diplôme Universitaire d'éducation thérapeutique afin qu'il soit le référent dans ce domaine.

Des partenariats avec des réseaux de spécialité ou des associations de patients pourraient aussi être mis en place sous forme de permanence dans les MSP et les sites de soins partagés comme cela a été abordé dans la partie concernant les objectifs du réseau.

#### **3.2.2.4. Le pharmacien correspondant [32] [26]**

L'article 38 de la loi HPST et le décret d'application relatif au pharmacien correspondant permettent désormais au pharmacien de renouveler des traitements en adaptant éventuellement les posologies et la réalisation d'un bilan de médication.

Ce transfert de tâche s'inscrit dans le cadre d'un protocole de coopération détaillé qui doit être rédigé par le médecin et le pharmacien puis soumis à l'ARS et la HAS<sup>145</sup>. S'il est approuvé, les professionnels doivent enregistrer leur demande d'adhésion à l'ARS puis s'engagent à suivre la mise en œuvre de ce protocole. Les informations concernant ce suivi doivent être transmises à ces instances pendant un an.

Un patient peut alors désigner le pharmacien signataire comme pharmacien correspondant et le médecin peut ainsi lui rédiger une ordonnance comprenant les posologies maximales et minimales et la durée totale du traitement comprenant les renouvellements et les prestations pouvant être associées à celui-ci. Le pharmacien peut ainsi renouveler ou adapter le traitement après réalisation d'un bilan de médication dont le compte-rendu sera transmis au médecin.

Un bilan de médication comprend essentiellement une évaluation de l'observance et de la tolérance du traitement, un recensement des effets indésirables ainsi que la vérification de différents éléments prévus avec le médecin dans le cadre du protocole et de son suivi.

Malgré le caractère peu répandu de ce dispositif dû aux problèmes qu'il soulève, il conviendrait de discuter des avantages et des inconvénients de sa mise en place dans le cadre du réseau milleSoins. Plusieurs éléments peuvent être avancés :

---

<sup>145</sup> Ces instances vérifient qu'il correspond à un besoin de santé et qu'il est pertinent en terme de qualité de soins.

- la réalisation, la mise en place et le suivi des protocoles est une procédure administrative lourde pour les praticiens libéraux mais qui pourrait être allégée par la coordinatrice de réseau qui travaille déjà sur des protocoles communs ;

- il convient d'évaluer le nombre de patients stabilisés pour lesquels une adaptation de posologie est exceptionnelle, ce qui représenterait un fort bénéfice en terme d'économie de temps médical, associé à un très faible risque d'atteinte qualitative de leur prise en charge ;

- la consultation parallèle du dossier médical personnel interne au réseau et du dossier pharmaceutique est un argument fort dans la réalisation optimale des bilans de médication ;

- comme le recommande l'Académie Nationale de Pharmacie, l'intégration d'un programme de formation en pharmacie clinique pourrait être intégré au programme du DPC coordonné interne au réseau. Une bonne connaissance de la pharmacie clinique permettrait une meilleure exploitation des données du Dossier Commun du patient, et augmenterait la capacité du pharmacien à déceler les symptômes nécessitant une réorientation chez le médecin, qui lui accorderait ainsi une confiance optimale.

Un dispositif alternatif nommé le « Bilan Pharmaceutique » est proposé dans le rapport de l'IGAS comme une alternative possible au pharmacien correspondant. Elle s'organiserait autour du schéma suivant :

- pour certaines pathologies chroniques et chez des patients stabilisés avec un traitement simple, un protocole national co-rédigé par la HAS et les représentants des professions concernées pourrait définir le contenu d'un bilan pharmaceutique à réaliser par le pharmacien. Ce dernier comporterait des questions et des prises de mesures qui conduiraient au renouvellement de la prescription par le pharmacien ;

- dès lors que le protocole est établi, le médecin peut prescrire une ordonnance pour plusieurs mois, renouvelable une ou plusieurs fois après réalisation d'un ou plusieurs bilans pharmaceutiques et pour une durée qui ne doit pas excéder douze mois ;

- sur la base des prescriptions et en fonction du résultat du bilan pharmaceutique, soit le pharmacien renouvelle et délivre la prescription initiale soit il

réoriente le patient vers le médecin. Dans tous les cas, un compte rendu du bilan pharmaceutique doit être transmis au médecin ;

- ce bilan préalable au renouvellement serait rémunéré par un honoraire spécifique basé sur une estimation du temps nécessaire à la réalisation de celui-ci. Dans une logique économique, il doit être inférieur au tarif d'une consultation ;

- une formation spécifique doit être justifiée par le pharmacien pour réaliser ces bilans, qui devront de surcroît être réalisés dans un espace de confidentialité ;

Ce dispositif diffère de celui du pharmacien correspondant car ici la modification de posologie n'est pas accordée au pharmacien. Cette modification étant le signe d'une instabilité de l'état clinique du patient.

Le principal bénéfice attendu serait un gain de temps médical en évitant une consultation aux médecins qui ne jugeraient pas utile de revoir leurs patients stabilisés, dès lors qu'aucun signe de dégradation de leur état clinique ne se manifeste.

### **3.2.2.5. Dépistage et prévention à l'officine**

Les professionnels de santé et les pouvoirs publics s'accordent sur le fait que la prévention et le dépistage des maladies permettent à la fois de réduire leur incidence et de les prendre en charge plus précocement, ce qui permet de les traiter ou de ralentir leur évolution plus efficacement.

En 2009, l'article 38 de la loi HPST a affirmé le rôle du pharmacien dans les soins de premier recours aux patients en y introduisant le dépistage et la prévention. Ces actions ont leur place à l'officine car c'est un lieu facile d'accès, où le professionnel de santé est rapidement disponible en particulier pour les personnes ne suivant pas de traitement.

Ceci peut prendre la forme de tests de dépistage<sup>146</sup>, de conseils de prévention divers<sup>147</sup>, de suivi vaccinal et d'incitation aux rappels.

De nombreux outils et initiatives issus de différentes organisations pharmaceutiques<sup>148</sup> appuient déjà les pharmaciens dans leurs actions de dépistage et de prévention. Mais leur

---

<sup>146</sup> Hypertension artérielle, diabète, insuffisance rénale chronique, hyperlipidémies, maladies respiratoires, surpoids/obésité ...

<sup>147</sup> Règles hygiéno-diététiques, cancers liés au tabac et à l'alcool, activité physique, équilibre nutritionnel, gestion du stress ...

<sup>148</sup> Conseil de l'Ordre des Pharmaciens, groupements pharmaceutiques ...

pertinence est difficile à estimer car le choix des pathologies et/ou de la méthodologie utilisée ne s'inscrit pas forcément dans les priorités régionales ou locales, et les campagnes sont souvent soutenues financièrement par des industriels.

Certains groupements ont introduit des actions de dépistage payantes qui pénalisent leurs accès aux personnes socialement défavorisées, et qui pourtant présentent généralement des facteurs de risques plus importants comme nous avons pu le voir.

Par ailleurs, un patient ayant déjà participé à une campagne de dépistage en officine peut être de nouveau dépisté par son médecin ou dans une autre officine ce qui conduirait à une multiplication de tests inutiles.

Dans le cadre du réseau milleSoins, les objectifs de dépistage et de prévention pourraient être discutés de manière critique entre professionnels, et adaptés au constat sanitaire propre au PNR. Afin d'éviter la redondance, tout professionnel pratiquant un dépistage le mentionnerait sur le Dossier Commun du patient. Des formations adaptées et indépendantes pourraient être proposées à l'ensemble des pharmaciens adhérents<sup>149</sup>, et les dépistages réalisés toute l'année et non de manière discontinue comme c'est le cas lors des campagnes nationales ou régionales.

En ciblant les pathologies ou les facteurs de risques dépistés et en adoptant une traçabilité informatique des actions menées, les données épidémiologiques permettraient une réelle évaluation qualitative des actions de prévention et de dépistage et donc de leur pertinence.

### **3.2.3. Autres transferts de tâches [26]**

Dans les nouvelles missions du pharmacien, le renouvellement des prescriptions serait possible grâce au dispositif du pharmacien correspondant ou du bilan pharmaceutique. Ce renouvellement constitue en soi un transfert de tâche mais qui reste assez lourd à mettre en œuvre, contrairement à ceux qui vont suivre.

#### **3.2.3.1. Tests de dépistage rapide**

Dans le cadre de la politique de réduction de la consommation d'antibiotiques, un test de dépistage rapide des angines streptococciques est gracieusement mis à disposition des médecins, ce qui peut faciliter le diagnostic clinique et l'orientation vers une thérapeutique adaptée.

---

<sup>149</sup> Notamment par le biais de réseaux de spécialité.

Ce test est réalisé à partir d'un prélèvement de gorge et s'il est positif conduit à une prescription d'antibiotiques. La durée de réalisation de ce test est de 7 minutes, ce qui peut présenter un frein à sa réalisation par les médecins.

Au sein du réseau milleSoins, tout patient appelant le standard téléphonique commun pour une prise de rendez-vous avec un médecin concernant un mal de gorge pourrait être directement réorienté vers la pharmacie de son choix afin de subir ce test de dépistage rapide.

En cas de résultat positif, le patient serait réorienté vers le médecin traitant avec le résultat du test. Si le test est négatif, le pharmacien informerait le patient qu'*a priori* son infection n'est pas bactérienne mais qu'il doit se rendre chez le médecin si les symptômes persistent ou s'aggravent.

Une formation préalable du pharmacien sur le diagnostic clinique associé au test de dépistage rapide est indispensable, et la réalisation de celui-ci devra s'effectuer dans une zone de confidentialité.

Le recours au médecin pour des angines virales sans facteur de gravité serait alors réduit, tout comme le recours aux antibiotiques.

Grâce à l'e-prescription, un protocole prédéfini par le comité de pilotage pourrait cadrer une dispensation d'antibiotique en cas de test positif.

### **3.2.3.2. La vaccination**

La vaccination est généralement réalisée par les médecins traitant et les pédiatres pour les jeunes enfants mais peut l'être aussi par les services de médecine du travail et les centres de santé pour les adultes. Le corps infirmier et les sages-femmes sont aussi autorisés à la pratiquer.

L'Académie Nationale de Pharmacie a relevé l'intérêt d'associer les pharmaciens à la vaccination car les pharmacies accueillent entre trois et quatre millions de personnes chaque jour et pourraient vérifier à cette occasion le statut vaccinal des personnes et leur indiquer les rappels à pratiquer.

Le Dossier Commun du patient, interne au réseau, pourrait servir de support au suivi vaccinal compte tenu de l'utilisation limitée du carnet de santé.

Le circuit vaccinal en ambulatoire est compliqué. Le patient doit se faire prescrire le vaccin, se le faire délivrer dans une pharmacie puis retourner voir le médecin pour se faire vacciner.

Dans un souci de simplicité, le pharmacien pourrait effectuer l'acte vaccinal sur (e-) prescription médicale comme c'est déjà le cas pour le corps infirmier. Et de leur propre initiative, ils pourraient également réaliser les rappels de vaccination pour les adultes.

Ce transfert de tâche devra s'effectuer sous réserve d'une formation qualifiante et de l'utilisation d'un local adapté. Les vaccins étant soumis à la chaîne du froid, un des avantages de ce dispositif serait de la garantir par traçabilité optimale.

### **3.2.3.3. La Préparation des Doses à Administrer (PDA) par le pharmacien [33]**

Sur le territoire du PNR, la PDA est quasi-exclusivement réalisée par le corps Infirmier en structure médico-sociale et parfois au domicile du patient.

La PDA permet d'améliorer l'observance et de limiter les risques iatrogènes chez les patients âgés ou handicapés. Dans le cadre du développement du maintien à domicile lié au vieillissement de la population, il est fort probable que les besoins en PDA augmentent, sachant qu'ils sont déjà forts sur le territoire du PNR car rappelons-le, il y a environ 1200 places en institutions pour lesquelles une PDA est en place, mais sans présence d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI). Elle y représente un temps Infirmier considérable, et de surcroît, n'est pas soumise au contrôle d'un pharmacien<sup>150</sup>.

Dans le cadre du réseau milleSoins, je pense que les Médecins seraient intéressés par l'extension du service de PDA hors institutions. Ils pourraient alors prescrire ce service aux patients ayant des difficultés d'observance, ou des comportements consuméristes vis à vis du médicament. L'avantage serait double : une meilleure efficacité du traitement par une meilleure observance et une forte efficience par une diminution du gaspillage et des risques iatrogènes. La problématique reste : comment répondre territorialement à un besoin en PDA. La préparation manuelle des doses à administrer est chronophage et nécessite un investissement matériel<sup>151</sup>. Le rapport sur la PDA de l'Académie Nationale de Pharmacie recommande entre autre : « d'envisager des mutualisations de préparations de doses dans le cadre des partages d'activités entre établissements de santé et/ou officines d'un même territoire de santé ». La mutualisation étant un des fondements du réseau milleSoins, je pense que les pharmaciens adhérents auraient un rôle à jouer, dès que les dispositions réglementaires permettront la mise en place d'un système mutualisé de PDA (si elles le permettent un jour).

---

<sup>150</sup> Elle ne répond donc pas aux exigences des bonnes pratiques de dispensation

<sup>151</sup> Certes moins conséquent qu'un système automatisé mais suffisant pour limiter son acquisition dans les petites officines rurales adhérentes au réseau milleSoins.

**« Deviens le changement que tu veux voir dans le monde »**

*Mahatma Gandhi*

Je m'ajoute « pharmaceutique » après le monde.



## RÉFLEXIONS, PERSPECTIVES ET CONCLUSION

Les propos qui vont suivre n'engagent que moi et s'inscrivent dans une démarche d'autocritique professionnelle et de remise en question.

Dans la première partie, nous avons vu que l'enjeu territorial est complexe car multifactoriel ; que le découpage administratif est un réel handicap où le peuple<sup>152</sup> est transformé en population, qui doit se soumettre à une gestion<sup>153</sup>. Cette pensée rejoint celle de Michel Foucault qui considère que le territoire est sans doute une notion géographique, mais avant tout une notion juridico-politique, donc un enjeu de gouvernementalité où s'exerce un certain type de pouvoir.

Dans les faits, la mise en place du réseau et de l'offre de soins est en partie tributaire des politiques locales, s'égarant plus à des querelles de clochers qu'à la réappropriation d'une carte sanitaire<sup>154</sup>. Mais, à l'image du Plateau de Millevaches qui a été un haut lieu de la résistance, ce réseau de soins pourrait se définir comme un espace territorial de contre-pouvoir pour les usagers, à condition qu'ils le considèrent comme d'intérêt commun. La communication sur la politique du réseau milleSoins, l'implication et son appropriation<sup>155</sup> par les usagers sera donc déterminante afin qu'ils puissent passer d'un état de population à un état de peuple. Je suis bien conscient que l'ambition de reconquête de l'espace de soins peut être polémique mais elle est nécessaire.

Je me suis aussi penché sur la marchandisation de la santé abordée par l'essayiste et philosophe Ivan Illich, dans son livre intitulé « *Némésis médicale, l'expropriation de la santé* ».

Il y aborde les mécanismes contre-productifs liés à la iatrogénèse d'une médicalisation industrialisée de la vie. Nous y retrouvons les notions de surdiagnostic, de surmédicalisation et de surtraitement, qui prennent leur sens lorsque la santé devient une valeur marchande, un capital individuel.

---

<sup>152</sup> Soit l'ensemble des citoyens usagers

<sup>153</sup> La gestion de la PDSA sur le territoire de la montagne limousine en est un exemple absurde.

<sup>154</sup> Seules les politiques du PNR dont nous avons obtenu un financement dans le cadre du PER sont à mes yeux l'expression d'un contre-pouvoir, mais la question des élus siégeant à la fois dans leur commune et au PNR se pose, car dans le cas présent ils sont en position de conflits d'intérêts.

<sup>155</sup> Par une réflexion sur la place des soignants dans la société.

En ce sens, nous constatons que certains aspects de la pharmacie d'officine sont à l'heure actuelle communs à la grande distribution<sup>156</sup> :

- rentabilité par chiffre d'affaire à croissance positive nécessaire, et fortement liée au nombre de boîtes vendues ;
- prix de vente exorbitant des officines productives,
- augmentation perpétuelle de la surface de vente,
- concurrence<sup>157</sup>, gaspillage, publicité aguichante, etc.

Certes, nous revendiquons et favorisons un lien social que la grande distribution ne permet pas, mais cette fonction ne fait pas partie de l'objet de nos six années d'études.

Toute la contradiction est là : alors que nous sommes les gardiens de nombreux et coûteux poisons dont nous devons prévenir la iatrogénie induite par notre dispensation, nous devons en délivrer toujours plus afin de maintenir un système de santé industrialisé, basé sur une croissance économique infinie.

Le terme de « disease mongering » ou « façonnage de maladies » est un bel exemple de marchandisation de la santé<sup>158</sup> : les budgets marketing de certains laboratoires pharmaceutiques sont bien supérieurs aux budgets de recherche car il est plus facile de créer des hypochondriaques consommateurs ou d'inventer une maladie que de trouver une molécule ayant une balance bénéfique/risque apportant une réelle ASMR<sup>159</sup>. A l'heure où le consommateur veut tout soigner et tout de suite, surtout si cela s'inscrit dans la gratuité de « l'ayant droit », c'est à se demander quelle est la proportion de « béquilles chimiques » que nous délivrons. La vie n'est pas une maladie d'avenir tout comme le *soma*<sup>160</sup> n'est pas la solution au bonheur universel.

Je ne veux pas me sentir complice. Mais ai-je le choix ? Personne ne m'a prévenu que le métier de pharmacien comporte un conflit d'intérêt originel, lié à un système mis en place bien avant ma naissance, mais dois-je me refuser d'y réfléchir et m'interdire de bousculer l'ordre établi ? Et que dois-je faire de mes états d'âme ?

Que ce soit clair, ma vocation n'est pas de désigner des coupables au sens individuel, mais d'orienter mon indignation vers un projet qui pourrait aller à l'encontre d'un système de

---

<sup>156</sup> C'est peut-être aussi pour ça qu'elle s'y intéresse tant.

<sup>157</sup> Dans un objectif commun prioritairement axé sur la rentabilité.

<sup>158</sup> Agissant surtout dans le champ de la psychiatrie où la manipulation des lobbies est forte.

<sup>159</sup> Amélioration du Service Médical Rendu : outil d'appréciation d'un médicament utilisé par la Haute Autorité de Santé.

<sup>160</sup> En référence au livre d'Aldous Huxley, « Le meilleur des mondes »

santé industrialisé tout en remplissant certains objectifs (notamment d'efficacité), fixés par des instances de santé publique<sup>161</sup>.

Si j'ai choisi de m'engager dans ce projet et d'en faire mon sujet de thèse, c'est pour relever un défi de productivité en santé, orienté contre la marchandisation de celle-ci : les nouvelles missions et les nouveaux modes de rémunérations sont des moyens de se libérer en partie de la rémunération à la boîte.

Invertissons le système. Pourquoi ne sommes nous pas rémunérés en fonction du nombre de boîtes que nous ne vendons pas<sup>162</sup>, dès lors que notre plus-value réside dans le développement d'une prise en charge efficiente car coordonnée? Sur cette base, je pense que le pharmacien serait plus impliqué dans la prévention réelle par analyse des facteurs de risques environnementaux ; l'analyse critique et indépendante des molécules sur le marché ; la prise en charge pluridisciplinaire en vue d'améliorer l'état de santé du patient, sans passer systématiquement par une prescription, etc.

De petites choses pourraient rapidement se mettre en place, comme par exemple la prescription généralisée en multiples de semaines et non plus en mois afin de mieux adapter la prise en charge médicamenteuse aux conditionnements<sup>163</sup> (et donc d'améliorer le suivi et l'efficacité des traitements à l'officine) ; nous pourrions choisir des programmes de Développement Professionnel Continu indépendants et adaptés à notre territoire ; accueillir les visiteurs médicaux en groupe et d'un point de vue critique ; nous pourrions collégalement débattre de l'intérêt d'utilisation de telle ou telle molécule, et harmoniser nos pratiques sur la base de références, elles-aussi indépendantes.

Car le moindre petit gain d'efficacité est déjà une bataille gagnée<sup>164</sup>. Ce qui à mon sens fait la force de ce réseau, c'est l'engagement qu'il implique. Il attirera naturellement à lui des professionnels soucieux de s'impliquer, mais pas à n'importe quel prix.

---

<sup>161</sup> Les parties concernant le fonctionnement du réseau et la place du pharmacien répondent clairement à certains enjeux ou recommandations de la DGOS, du SROS, et de l'IGAS.

<sup>162</sup> Pour une population standardisée et un diagnostic territorial de santé donné.

<sup>163</sup> La plupart des conditionnement son composés de 14, 28, ou 30 unités de prises. Les différents mois de l'année étant composés de 28, 29, 30 ou 31 jours (jusqu'ici je ne vous apprend rien), la prescription en mois chez les patients chroniques est parfois source de désagréments pour le patient (confusion, panne d'un médicament qui entraîne souvent une volonté de stockage et donc de risques iatrogènes).

<sup>164</sup> Il me suffit par exemple d'expliquer aux patients et aux prescripteurs que je refuse de délivrer des formes effervescentes chez des patients hypertendus car c'est contre-productif (quitte à perdre un patient). Elles contiennent une forte quantité de sel responsable de l'hypertension artérielle. Dans le

Le partage des moyens décentralisés va avoir un impact énorme sur les pratiques.

Concernant les pharmaciens, la mise en place de l'e-ordonnance permettrait de dégager du temps pour développer les nouvelles missions et leurs protocoles<sup>165</sup>. Le pharmacien aurait aussi un rôle clé dans le développement de l'esprit critique du réseau s'il acceptait une remise en question, comme le nécessite n'importe quelle profession médicale ou paramédicale.

Sur un tel projet, la concurrence est le facteur limitant de l'innovation en terme de services. Un pharmacien proposant un service novateur en ambulatoire pourrait se faire accuser de sollicitation de patientèle même si cette initiative est d'intérêt de santé publique<sup>166</sup>. Comment anticiper ce genre de situation ?

Dans le cadre du réseau, les pharmaciens pourraient en discuter afin de développer en parallèle de nouveaux services en fonction de leurs moyens respectifs<sup>167</sup>.

Le service de Préparation des Doses à Administrer est pour moi un enjeu majeur qui serait un premier pas pour une politique pharmaceutique territoriale commune. D'abord parce que la PDA présente de nombreux avantages en terme de qualité et d'efficacité de la prise en charge, mais aussi car elle serait un moyen de verrouiller le marché du territoire<sup>168</sup>.

Dans la lutte contre la désertification médicale du PNR, deux batailles sont déjà gagnées :

- la mise en place du système informatique commun et le partage des données du patient, qui deviendront accessibles dans les nombreux sites de soins partagés du PNR.

- l'attraction avérée du réseau milleSoins puisqu'une jeune médecin généraliste projette de s'installer<sup>169</sup>, tout comme d'autres jeunes professionnels, infirmiers et pharmaciens, sont en passe de s'engager dans le projet.

---

cadre des conseils hygiéno-diététiques le pharmacien doit conseiller au patient de ne pas saler ses aliments.

<sup>165</sup> Qui permettrait d'anticiper les décrets d'application concernant les nouvelles prises en charge par le pharmacien, les actions de dépistage et prévention.

<sup>166</sup> Exemple, la dispensation au patient dans un site de soins partagé sur une commune suffisamment éloignée, où 2 pharmacies se partagent historiquement la patientèle.

<sup>167</sup> Par exemple, présence ou non du zone de confidentialité dans leur officine.

<sup>168</sup> Ce protectionnisme n'a de sens que s'il sert des intérêts de santé publique et non mercantiles, à l'image d'une Pharmacie à Usage Intérieure.

<sup>169</sup> Son témoignage a été publié sous forme d'un article dans l'Antidote (trimestriel de l'ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes en Médecine Générale). Je l'ai placé en annexe page suivante.

Il advient donc de réfléchir et d'agir ensemble, en tant que peuple du plateau, afin qu'il ne s'éteigne pas tel un vieux dinosaure ou ne soit capturé malgré lui dans une réserve pacifiée...

**« Et vive les loutres »**

## **ANNEXE : Témoignage de Lénaïc MAZÉ, Interne en 5<sup>ème</sup> semestre à LIMOGES**

La consigne : faire un article sur mon souhait d'exercice sur le Plateau de Millevaches...pas évident, car si mon souhait est clair, mes raisons le sont un peu moins.

Depuis le début de mes études, j'ai en tête de faire de la médecine rurale. Cette idée s'est confirmée au fil des stages (in)hospitaliers. Je n'ai jamais été très bien dans ma blouse d'externe. Un peu comme un poisson d'eau douce dans un bain d'eau de mer.

Je me souviens d'un professeur, qui, un jour, nous avait demandé, au sujet de la démographie médicale : « *Qui a l'intention de s'installer en Creuse ?* », attendant une réponse négative. J'avais, mi-timidement, mi-fièrément, levé la main, et je revois encore son regard déconcerté. « *La Creuse, vraiment ?* »

Vraiment. Enfin, la Creuse, peut-être, le plateau de Millevaches, sûrement ! Le « Plateau » comme l'appellent les locaux, contrefort du Massif Central regroupant un petit bout de Creuse et de Haute-Vienne et un gros bout de Corrèze. En quelques chiffres : 18 habitants au km<sup>2</sup>, 14% de plus de 75 ans. Pour le paysage : rivières, forêts, landes et tourbières.

J'ai grandi un peu plus bas, en- tendant parler du « Plateau » sans vraiment le connaître, et n'en n'ayant comme souvenir que les voitures couvertes de neige qui en descendaient l'hiver.

Plus grande, j'ai compris que ce « Plateau » n'était pas seulement un coin paumé où l'on se chauffe dix mois sur douze, mais bien un lieu vivant et dynamique où habitants du « pays » et nouveaux venus se battent pour redonner vie aux villages, et conserver - ou recréer - un tissu social. Alors, à l'envie de faire de la médecine générale en milieu rural s'est ajoutée celle de la faire sur le « Plateau » et de participer à cette dynamique.

Une fois interne, j'ai passé trois semestres dans un hôpital périphérique, Ussel, jouxtant le « Plateau ». J'y ai travaillé avec des médecins qui m'ont beaucoup apporté, mais, quand je regardais par les fenêtres, je me disais : « *Qu'est-ce que tu fous là ?* ». Bref, j'avais besoin d'air !

Alors quand le moment du stage chez le praticien est arrivé, j'ai naturellement choisi de le faire sur le plateau de Millevaches. Imaginez, si j'avais été déçue ! Heureusement ça n'a pas été le cas. J'ai rencontré des médecins très attachés à « leur Plateau », mais ils avaient bien conscience qu'il était illusoire d'imaginer que chacun d'entre eux trouverait un successeur, cette région isolée n'étant pas la destination première des jeunes médecins du

Limousin. De ce constat est née l'envie d'offrir de nouveaux modes de fonctionnement adaptés aux nouvelles aspirations de la jeune génération. Ainsi, un réseau de soin est en construction, avec pour but l'amélioration des conditions de travail et d'accueil des candidats à l'installation pour maintenir à tout prix l'offre de soins de proximité (toute relative) pour les habitants du plateau. L'idée de me greffer à ce réseau fait son chemin, je ne sais pas encore sous quelle forme (collaboration libérale ?) mais il tombe à pic, car s'il est clair que je veux faire de la médecine en rural, je n'ai pas les épaules pour travailler 6 jours sur 7, 12h par jour, et ce réseau pourrait me permettre d'avoir plus de libertés quant à l'organisation de mon travail. J'ai bien conscience que j'ai la chance d'avoir un conjoint qui veut – et qui peut – aussi s'installer sur le « Plateau », mais le réseau pourrait permettre à ceux qui ont envie d'exercer en rural sans pour autant vouloir (ou pouvoir) s'installer à la campagne, d'y consacrer un peu de temps. C'est peut être une des pistes à suivre pour régler le problème de la démographie médicale, j'ose espérer que ce système fonctionnera et en inspirera d'autres.

En ce qui me concerne, alors que je n'ai encore jamais vécu sur le « Plateau », il est une chose curieuse : lorsque je le traverse, je m'y sens déjà chez moi !

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] PARC NATUREL RÉGIONAL DE MILLEVACHES EN LIMOUSIN. Réseau de santé territorialisé de la Montagne Limousine, candidature au Pôle d'Excellence Rurale (PER) 2010, 2ème vague.
- [2] PNR DE MILLEVACHES EN LIMOUSIN. « Parc Naturel Régional de Millevaches en Limousin ». Disponible sur : < <http://www.pnr-millevaches.fr/> > (consulté le 12 septembre 2013)
- [3] SOPHY. « Données climatologiques moyennes Période 1948-1999 à Peyrelevade ». Disponible sur : < <http://sophy.u-3mrs.fr/poscli/B172.html> > (consulté le 18 septembre 2013)
- [4] « Insee - Populations légales 2010 - Populations légales 2010 pour les départements et les collectivités d'outre-mer ». Disponible sur : < <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/France-departements.asp?annee=2010#departements> > (consulté le 9 septembre 2013)
- [5] « Atlas régionaux 2011 | Conseil National de l'Ordre des Médecins ». Disponible sur : < <http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-regionaux-2011-1128> > (consulté le 18 septembre 2013)
- [6] OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE SANTÉ DU LIMOUSIN. « Cartothèque : Etablissements de soins et médico-sociaux - Observatoire Régional de la Santé du Limousin ». Disponible sur : < <http://www.ors-limousin.org/spip.php?article60> > (consulté le 2 octobre 2013)
- [7] AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DU LIMOUSIN. « Votre structure médico-sociale ». Disponible sur : < <http://www.ars.limousin.sante.fr/Votre-structure-medico-sociale.82357.0.html> > (consulté le 1 octobre 2013)
- [8] CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES PHARMACIENS. « Annuaire des pharmaciens Ordre National des Pharmaciens ». Disponible sur : < <http://www.ordre.pharmacien.fr/annuaire/pharmacien> > (consulté le 18 septembre 2013)
- [9] MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ DU LIMOUSIN. « Maisons de Santé Pluridisciplinaires | Région Limousin ». Disponible sur : < <http://www.region-limousin.fr/Maisons-de-Sante> > (consulté le 1 octobre 2013)
- [10] AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DU LIMOUSIN. « Permanences des soins ». Disponible sur : < <http://www.ars.limousin.sante.fr/Permanences-des-soins.82356.0.html> > (consulté le 2 octobre 2013)
- [11] OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE SANTÉ DU LIMOUSIN. « Observatoire Régional de la Santé du Limousin ». Disponible sur : < <http://www.ors-limousin.org/> > (consulté le 2 octobre 2013)
- [12] OBSERVATOIRE RÉGIONALE DE LA SANTÉ DU LIMOUSIN. « Rapports : Etat de santé global - Observatoire Régional de la Santé du Limousin ». Disponible sur : < <http://www.ors-limousin.org/spip.php?article136> > (consulté le 4 octobre 2013)
- [13] OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE SANTÉ DU LIMOUSIN. « Cartothèque : Toutes pathologies confondues - Observatoire Régional de la Santé du Limousin ». Disponible sur : < <http://www.ors-limousin.org/spip.php?article101> > (consulté le 4 octobre 2013)



- [14] « Fiches thématiques : Problèmes de santé et pathologies - Observatoire Régional de la Santé du Limousin ». Disponible sur : < <http://www.ors-limousin.org/spip.php?article33> > (consulté le 4 octobre 2013)
- [15] OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ DU LIMOUSIN. « Chiffres-clés : Données de morbidité - Observatoire Régional de la Santé du Limousin ». Disponible sur : < <http://www.ors-limousin.org/spip.php?article64> > (consulté le 5 octobre 2013)
- [16] OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ DU LIMOUSIN. « Analyse territoriale multivariée - Observatoire Régional de la Santé du Limousin ». Disponible sur : < <http://www.ors-limousin.org/spip.php?article18> > (consulté le 5 octobre 2013)
- [17] DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS. « Guide méthodologique des réseaux de santé - Ministère des Affaires sociales et de la Santé - [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) ». Disponible sur : < <http://www.sante.gouv.fr/les-reseaux-de-sante.html> > (consulté le 12 octobre 2013)
- [18] ADRES MONTAGNE LIMOUSINE. Projet de santé du réseau de soins primaires de la Montagne Limousine. 9 septembre 2013.
- [19] Code de la santé publique - Article L1110-4.
- [20] Code de la santé publique - Article L1111-8.
- [21] CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES PHARMACIENS. « Code de déontologie - Nos missions - Ordre National des Pharmaciens ». Disponible sur : < <http://www.ordre.pharmacien.fr/Nos-missions/Assurer-le-respect-des-devoirs-professionnels/Code-de-deontologie> > (consulté le 10 octobre 2013)
- [22] « Code de la santé publique | Legifrance ». Disponible sur : < [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=AA34A0DD5B18E2118024E14074C755C5.tpdjo%2012v\\_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120721](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=AA34A0DD5B18E2118024E14074C755C5.tpdjo%2012v_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120721) > (consulté le 10 octobre 2013)
- [23] LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009.
- [24] Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.
- [25] LOI n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012. 2011.
- [26] « Pharmacies d'officine : rémunération, missions, réseau ». Disponible sur : < <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000355-pharmacies-d-officine-remuneration-missions-reseau> > (consulté le 06 octobre 2013)
- [27] LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004.
- [28] ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS. Guide de stage de pratique professionnelle en officine (6e année). 19e édition 2012.
- [29] Code de la santé publique - Article L5125-25.
- [30] Code de la santé publique - Article R5125-50.

- [31] MAZALEYRAT S., FAGNERE C. Le pharmacien d'officine, véritable acteur de santé publique: mise en place de différents outils pour la prise en charge du patient à l'officine et la coopération interprofessionnelle. Limoges, France : S.C.D. de l'Université, 2013.
- [32] Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants. 2011.
- [33] ACADÉMIE NATIONALE DE PHARMACIE. « La préparation des doses à administrer - PDA : la nécessaire évolution des pratiques de dispensation du médicament ». Disponible sur : <  
<http://www.acadpharm.org/publications/index.php?zn=40&lang=fr&rub=23&id=> >  
(consulté le 16 octobre 2013)

## TABLE DES MATIÈRES

<b>1. ETAT DES LIEUX « SANTE ET TERRITOIRE » DE LA MONTAGNE LIMOUSINE.....</b>	<b>14</b>
<b>1.1. Le territoire .....</b>	<b>14</b>
<b>1.2. Les contraintes.....</b>	<b>16</b>
1.2.1. Géographiques.....	16
1.2.2. Climatiques.....	17
1.2.3. Réseau routier.....	18
<b>1.3. La démographie.....</b>	<b>19</b>
1.3.1. Présentation de la zone d'étude.....	19
1.3.2. La densité démographique.....	20
1.3.3. Évolution brute de la population.....	21
1.3.4. Évolution démographique des pôles « structurants » .....	22
1.3.5. Taux de variation annuel par commune.....	24
1.3.6. Solde migratoire et solde naturel en Montagne Limousine .....	25
1.3.7. Répartition de la population par tranches d'âges.....	25
<b>1.4. La démographie médicale .....</b>	<b>27</b>
1.4.1. Les secteurs médicaux.....	27
1.4.2. Les secteurs médicaux 2019.....	28
1.4.3. Synthèse des évolutions de l'offre de soin 2009-2019.....	29
<b>1.5. Organisation des services de soins .....</b>	<b>31</b>
1.5.1. Structures.....	31
1.5.1.1. Hospitalières et institutionnelles .....	31
1.5.1.2. Cabinets médicaux, Pharmacies, et Laboratoires d'analyses .....	33
1.5.2. Permanence Des Soins en médecine Ambulatoire.....	35
1.5.3. Services d'urgence et d'intervention .....	36
<b>1.6. Diagnostic territorial de santé.....</b>	<b>39</b>
1.6.1. Données de mortalité .....	39
1.6.1.1. Mortalité générale .....	39
1.6.1.2. Mortalité prématurée .....	40

1.6.1.3.	Principales causes de mortalité prématurée .....	41
1.6.1.4.	Mortalité prématurée évitable .....	42
1.6.1.4.1.	<i>Mortalité liée à la consommation d'alcool et de tabac</i> .....	43
1.6.1.4.2.	<i>Mortalité par suicides et accidents de la route</i> .....	44
<b>1.6.2.</b>	<b><i>Données par pathologie</i></b> .....	<b>45</b>
1.6.2.1.	Les cancers.....	45
1.6.2.2.	Maladies de l'appareil circulatoire .....	47
1.6.2.3.	Le diabète de type 1 et de type 2 (ALD 8) .....	48
1.6.2.4.	Maladie d'Alzheimer et autres démences (ALD 15) .....	48
1.6.2.5.	Affections psychiatriques de longue durée (ALD 23).....	48
<b>1.6.3.</b>	<b><i>Les inégalités sociales et la santé</i></b> .....	<b>49</b>
<b>2.</b>	<b>PROJET DE RESEAU COORDONNE EN SOINS PRIMAIRES MILLESOINS</b> ..	<b>54</b>
<b>2.1.</b>	<b>Inscription du réseau dans la démarche de la DGOS et ses orientations</b>	
	<b>stratégiques</b> .....	<b>54</b>
<b>2.1.1.</b>	<b><i>Contexte</i></b> .....	<b>54</b>
2.1.1.1.	Un besoin d'appui à la coordination des soins .....	54
2.1.1.2.	L'environnement des réseaux en évolution .....	56
2.1.1.3.	Des réseaux de santé hétérogènes avec des bilans contrastés .....	57
<b>2.1.2.</b>	<b><i>Perspectives d'évolution des réseaux de santé</i></b> .....	<b>57</b>
2.1.2.1.	Objectifs.....	57
2.1.2.1.1.	<i>Contenu et organisation de la fonction d'appui à la coordination</i> .....	57
2.1.2.1.2.	<i>Les objectifs auxquels les réseaux de santé doivent répondre</i> .....	58
2.1.2.2.	Renforcer la polyvalence et l'ancrage territorial.....	59
<b>2.2.</b>	<b>Inscription du projet de réseau de soins dans une démarche territoriale</b> .....	<b>60</b>
<b>2.3.</b>	<b>Définition territoriale du réseau de soins</b> .....	<b>60</b>
<b>2.4.</b>	<b>Responsable de projet : L'ADRES Montagne Limousine</b> .....	<b>62</b>

2.4.1. Introduction de l'outil commun : réseau et logiciel informatique .....	62
2.4.1.1. Cadre législatif du partage des données de santé .....	63
2.4.1.2. Fonctionnement .....	64
2.4.1.3. Trois niveaux de sécurité .....	65
2.4.1.3.1. La gestion du consentement du patient, des droits d'accès au dossier patients et des droits d'accès aux données.....	65
2.4.1.3.2. La gestion des utilisateurs et leur droit au traitements de l'application .....	65
2.4.1.3.3. La traçabilité des accès au logiciel et aux données .....	66
2.4.2. Déclinaison des objectifs du réseau de soins primaires milleSoins .....	67
2.4.2.1. Création d'un pôle d'excellence universitaire .....	67
2.4.2.2. Déclinaison des objectifs opérationnels à travers les politiques d'attractivité .....	69
2.4.2.2.1. Attractivité par des moyens et un fonctionnement innovant .....	69
2.4.2.2.2. Attractivité par un projet global de soin valorisant .....	70
2.4.2.3. Maintien et coordination de l'offre de soins existante .....	73
2.4.2.4. Point sur les MSP et étapes à venir .....	75
2.4.2.5. Optimisation des sites de soins vacants .....	76
2.4.3. Organisation de L'ADRES Montagne Limousine .....	76
2.4.3.1. L'équipe de proximité .....	77
2.4.3.2. Le comité de pilotage .....	77
2.4.3.3. Direction de l'association .....	78
<b>3. LE PHARMACIEN DANS LE RESEAU MILLESOINS .....</b>	<b>81</b>
<b>3.1. Rappels sur la profession de pharmacien .....</b>	<b>81</b>
3.1.1. L'acte pharmaceutique .....	81
3.1.2. Rôle historique du pharmacien.....	82
3.1.3. Éthique, probité et dignité de la profession .....	82
3.1.4. Les relations avec les confrères et autres professionnels de santé.....	82
3.1.5. Évolution avec la loi HPST .....	83
3.1.5.1. Présentation de la loi.....	83
3.1.5.2. Renforcement des missions des pharmaciens d'officine .....	83

<b>3.1.6. La Convention pharmaceutique de 2012 .....</b>	<b>85</b>
3.1.6.1. Définition de la convention dans le PLFSS pour l'année 2012 .....	85
3.1.6.2. Contenu de la convention .....	86
3.1.6.2.1. <i>Promotion de l'exercice pharmaceutique et des nouveaux modes de prise en charge</i> .....	86
3.1.6.2.2. <i>Mesures pour un meilleur accès aux soins et une maîtrise des dépenses</i> .....	87
3.1.6.2.3. <i>Mise en place de nouveaux modes de rémunération pour une valorisation de l'exercice pharmaceutique</i> .....	87
<b>3.2. Perspectives d'évolution du métier de pharmacien dans le réseau milleSoins ..</b>	<b>90</b>
<b>3.2.1. Évolution à travers la dispensation.....</b>	<b>91</b>
3.2.1.1. Validité de l'ordonnance par l'e-prescription.....	91
3.2.1.2. Ce qu'apporterait indirectement l'e-prescription .....	92
3.2.1.3. Extension du champ de contrôle de l'ordonnance .....	94
3.2.1.4. Utilisation de l'opinion pharmaceutique .....	94
3.2.1.5. Dispensation à domicile et extension aux sites de soins partagés.....	96
<b>3.2.2. Évolution à travers les nouveaux modes de prise en charge du patient.....</b>	<b>97</b>
3.2.2.1. Problématique générale de l'extension des missions du pharmacien selon l'IGAS .....	98
3.2.2.2. Les pré-requis de l'exercice pharmaceutique dans le cadre des nouveaux modes de prise en charge .....	99
3.2.2.3. L'entretien pharmaceutique.....	100
3.2.2.3.1. <i>Rappel de la convention</i> .....	101
3.2.2.3.2. <i>La notion d'éducation thérapeutique du patient</i> .....	102
3.2.2.3.3. <i>L'entretien pharmaceutique d'accompagnement du patient chronique dans le réseau milleSoins</i> .....	103
3.2.2.4. Le pharmacien correspondant.....	106
3.2.2.5. Dépistage et prévention à l'officine .....	108
<b>3.2.3. Autres transferts de tâches .....</b>	<b>109</b>
3.2.3.1. Tests de dépistage rapide.....	109
3.2.3.2. La vaccination .....	110
3.2.3.3. La Préparation des Doses à Administrer (PDA) par le Pharmacien .....	111

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1: Maisons ou réseaux de santé et territoires sur la région Limousin en 2010.....	15
Figure 2: Carte physique du PNR de Millevaches en Limousin .....	16
Figure 3: Données climatologiques moyennes relevées à Peyrelevade (alt +/- 800m) entre 1948 et 1999 .....	17
Figure 4: Carte des isochrones pour l'année 2009 .....	18
Figure 5: Densité démographique moyenne en 2006 .....	20
Figure 6: Evolution de la population entre 1990 et 2006.....	21
Figure 7: Évolution démographique des pôles structurants de 1990 à 2013 .....	22
Figure 8: Taux de variation annuel des pôles structurants de 1990 à 2013 .....	23
Figure 9: Taux de variation annuel par commune, comparatif des périodes 1990-1999 et 1999-2006.....	24
Figure 10: Répartition de la population par tranche d'âge en Montagne limousine sur l'année 1999 et 2006 .....	25
Figure 11: Répartition de la population par tranches d'âges entre 50 ans et plus en Montagne limousine sur l'année 1999 et 2006 .....	26
Figure 12: les secteurs médicaux de la Montagne limousine en 2009 .....	27
Figure 13: Densité de patients de plus de 60 ans par Médecin .....	28
Figure 14: Offre de soins en 2009.....	29
Figure 15: Offre de soins en 2019.....	30
Figure 16: Répartition des Centres Incendies et Secours et des Médecins Sapeurs Pompiers sur la Montagne Limousine.....	37
Figure 17: Taux standardisé moyen selon les bassins de vie de la mortalité prématurée en Limousin entre 2000 et 2007 .....	40
Figure 18: Répartition des décès prématurés en Limousin selon la cause de décès, sur la période 2000-2009, nombre de décès annuel moyen .....	41
Figure 19: Répartition standardisée sur le sexe des décès prématurés évitables en Limousin selon les causes de décès sur la période 2000-2009, nombre de décès annuel moyen	42
Figure 20: Taux standardisé moyen de mortalité liée à la consommation d'alcool par bassin de vie entre 2000 et 2007 .....	43
Figure 21: Taux standardisé moyen de mortalité liée à la consommation de tabac par bassin de vie entre 2000 et 2007 .....	43
Figure 22: Taux standardisé moyen de mortalité par suicide selon les bassins de vie entre 2000 et 2007 .....	44
Figure 23: Taux standardisé moyen de mortalité par accident de la route selon les bassins de vie entre 2000 et 2007 .....	44

Figure 24: Taux standardisé moyen de mortalité par cancer pour 100 000 habitants selon les bassins de vie entre 2000 et 2007 .....	45
Figure 25: Taux standardisés de mortalité en Limousin, chez les hommes de 25-54 ans, selon la cause de décès et la catégorie socioprofessionnelle, sur la période 1991-2005, taux pour 100 000 personnes .....	49
Figure 26: Analyse multidimensionnelle des inégalités socio-sanitaires par canton en Limousin sur l'année 2007 .....	51
Figure 27: Le Plateau de Millevaches maillé et coordonné par un réseau de santé territorialisé .....	61



## **SERMENT DE GALIEN**

**Je jure en présence de mes Maîtres de la Faculté et de mes condisciples :**

**- d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;**

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

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

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

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

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



## THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

**Titre :** RÉSEAU DE SANTÉ PLURIDISCIPLINAIRE MILLESOINS : RÔLE DU PHARMACIEN DANS LES ENJEUX TERRITORIAUX DE SANTÉ PUBLIQUE.

**Auteur :** Antoine PRIOUX, né le 23 Juillet 1985 à LIMOGES (87)

**Date :** 2 Décembre 2013

### Résumé :

Le Parc Naturel Régional (PNR) de Millevaches en Limousin est une zone de montagne où l'isolement des patients est favorisé par des contraintes géographiques et climatiques.

De nombreuses personnes âgées y résident déjà et les données démographiques annoncent une augmentation prochaine des besoins en soins due au vieillissement de la population. Parallèlement, une diminution de l'offre liée aux départs en retraite des professionnels de santé risque d'intensifier la désertification médicale de ce territoire.

En 2010, plusieurs acteurs de santé se sont regroupés au sein de l'Association pour le Développement d'un Réseau de Soins primaires de la Montagne Limousine (ADRES) afin d'anticiper ce phénomène. L'achat d'un outil informatique commun et la création de sites de soins partagés ont été subventionnés après élaboration d'une stratégie territoriale de santé en partenariat avec le PNR.

Ces nouveaux modes d'exercice et de coordination pluriprofessionnels devraient permettre de favoriser l'attractivité territoriale par un fonctionnement innovant et un projet de soin valorisant.

La promulgation de la loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoires » en 2009 et la Convention pharmaceutique en 2012 permettent aux pharmaciens de renforcer leur rôle de professionnel de santé par l'attribution de nouvelles missions et de nouveaux modes de rémunération. Ces missions concernent principalement l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques, la prévention des risques iatrogéniques, mais aussi des actions de dépistage et de gain d'efficience.

Dans ce contexte, l'intégration du pharmacien dans le réseau milleSoins nécessite l'utilisation de nouveaux outils et de nouvelles méthodes de travail qui ouvrent une remise en question du métier et de ses fondements.

**Mots-clés :** désertification médicale, réseau de santé, territoire, NTIC, maison de santé pluriprofessionnelle, coordination, attractivité, pharmacie d'officine, nouvelles missions, loi HPST, convention pharmaceutique, efficience.