



**HAL**  
open science

# Représentation des médecins généralistes sur la délégation de tâches médicales aux pharmaciens : étude qualitative auprès de médecins généralistes de Lorraine

Marie Bernardin

► **To cite this version:**

Marie Bernardin. Représentation des médecins généralistes sur la délégation de tâches médicales aux pharmaciens : étude qualitative auprès de médecins généralistes de Lorraine. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03806028

**HAL Id: hal-03806028**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03806028v1>**

Submitted on 7 Oct 2022

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

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



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**THÈSE**

pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

**BERNARDIN Marie**

le 12 novembre 2020

**REPRÉSENTATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SUR LA  
DÉLÉGATION DE TÂCHES MÉDICALES AUX PHARMACIENS :  
Étude qualitative auprès de médecins généralistes de Lorraine.**

**Membres du jury :**

M. le Professeur Paolo DI PATRIZIO	Président
M. le Professeur Jean PAYSANT	Juge
Mme la Professeure Christine PERRET-GUILLAUME	Juge
M. le Docteur Alexandre DIDELOT	Directeur et juge



UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE



FACULTÉ de MÉDECINE  
NANCY

**Président de l'Université de Lorraine :**  
**Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine**  
**Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyenne**  
**Pr Laure JOLY**

#### **Assesseurs :**

*Premier cycle :* Dr Nicolas GAMBIER  
*Deuxième cycle :* Pr Antoine KIMMOUN  
*Troisième cycle :* Pr Laure JOLY  
*Formation à la recherche :* Pr Nelly AGRINIER  
*Relations Grande Région :* Pr Thomas FUCHS-BUDER  
*CUESim :* Pr Stéphane ZUILY  
*SIDES :* Dr Julien BROSEUS  
*Vie Facultaire :* Dr Philippe GUERCI  
*Etudiant :* Mme Audrey MOUGEL

#### **Chargés de mission**

*Docimologie :* Dr Jacques JONAS  
*Orthophonie :* Pr Cécile PARIETTI-WINKLER  
*PACES :* Pr Mathias POUSSEL  
*Relations internationales :* Pr Jacques HUBERT

*Présidente du Conseil de la Pédagogie :* Pr Louise TYVAERT  
*Président du Conseil Scientifique :* Pr Jean-Michel HASCOET

=====

#### **DOYENS HONORAIRES**

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

#### **PROFESSEURS HONORAIRES**

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - François GUILLEMIN - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER - Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER - Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

#### **PROFESSEURS ÉMÉRITES**

Etienne ALIOT - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Gilbert FAURE - Alain LE FAOU - Thierry MAY - Patrick NETTER - Luc PICARD - François PLENAT - Paul VERT - Jean-Pierre VILLEMOT - Faïez ZANNAD

=====

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

### 42<sup>e</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1<sup>re</sup> sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2<sup>e</sup> sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3<sup>e</sup> sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Guillaume GAUCHOTTE

### 43<sup>e</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1<sup>re</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

2<sup>e</sup> sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ -

Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

### 44<sup>e</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1<sup>re</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

2<sup>e</sup> sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL

3<sup>e</sup> sous-section (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4<sup>e</sup> sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

### 45<sup>e</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1<sup>re</sup> sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2<sup>e</sup> sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3<sup>e</sup> sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

### 46<sup>e</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1<sup>re</sup> sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4<sup>e</sup> sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUSSON - Professeur Nicolas JAY

### 47<sup>e</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1<sup>re</sup> sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2<sup>e</sup> sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Guillaume VOGIN

3<sup>e</sup> sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4<sup>e</sup> sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

### 48<sup>e</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1<sup>re</sup> sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2<sup>e</sup> sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Antoine KIMMOUN

3<sup>e</sup> sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

**4<sup>e</sup> sous-section : (Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie)**

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL

**5<sup>e</sup> sous-section : (Médecine d'urgence)**

Professeur Tahar CHOUIHED

**49<sup>e</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

**1<sup>re</sup> sous-section : (Neurologie)**

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

**2<sup>e</sup> sous-section : (Neurochirurgie)**

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

**3<sup>e</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)**

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

**4<sup>e</sup> sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)**

Professeur Bernard KABUTH

**5<sup>e</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean PAYSANT

**50<sup>e</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>re</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

**2<sup>e</sup> sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

**3<sup>e</sup> sous-section : (Dermato-vénéréologie)**

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

**4<sup>e</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

**51<sup>e</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**1<sup>re</sup> sous-section : (Pneumologie ; addictologie)**

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

**2<sup>e</sup> sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Batic POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

**3<sup>e</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

**4<sup>e</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

**52<sup>e</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1<sup>re</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

**2<sup>e</sup> sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)**

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

**3<sup>e</sup> sous-section : (Néphrologie)**

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

**4<sup>e</sup> sous-section : (Urologie)**

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

**53<sup>e</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE**

**1<sup>re</sup> sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)**

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

**3<sup>e</sup> sous-section : (Médecine générale)**

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

**54<sup>e</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>re</sup> sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Cyril SCHWEITZER

**2<sup>e</sup> sous-section : (Chirurgie infantile)**

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

**3<sup>e</sup> sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

**4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)**  
Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

**55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1° sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)**

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU

**2° sous-section : (Ophtalmologie)**

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

**3° sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**

Professeure Muriel BRIX

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Professeur Walter BLONDEL

**64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

**65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Professeure Céline HUSELSTEIN

**66° Section : PHYSIOLOGIE**

Professeur Nguyen TRAN

=====

**PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

**53° Section, 3° sous-section : (Médecine générale)**

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1° sous-section : (Anatomie)**

Docteur Bruno GRIGNON

**2° sous-section : (Histologie, embryologie, et cytogénétique)**

Docteure Isabelle KOSCINSKI

**44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1° sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

**2° sous-section : (Physiologie)**

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Jacques JONAS

**45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1° sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)**

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

**2° sous-section : (Parasitologie et mycologie)**

Docteure Anne DEBOURGOGNE

**46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1° sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE  
Docteur Arnaud FLORENTIN - Docteur Jonathan EPSTEIN (stagiaire)

**2° sous-section (Médecine et Santé au Travail)**

Docteure Isabelle THAON

**47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1° sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI

**2° sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)**

Docteure Lina BOLOTINE

**3° sous-section : (Immunologie)**

Docteure Alice AARNINK

**4° sous-section : (Génétiq ue)**

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD (stagiaire)

**48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1° sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)**

Docteur Philippe GUERCI

**3° sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)**

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

**49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

**2° sous-section : (Neurochirurgie)**

Docteur Fabien RECH

**3° sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)**

Docteur Thomas SCHWITZER

**4° sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)**

Docteur Fabienne ROUYER-LIGIER (stagiaire)

**50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**4° sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

**51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**3° sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)**

Docteur Fabrice VANHUYSE

**4° sous-section : (Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)**

Docteure Nicla SETTEMBRE

**52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1° sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)**

Docteur Anthony LOPEZ

**54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1° sous-section : (Pédiatrie)**

Docteure Cécile POCHON (stagiaire)

**4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale)**

Docteure Eva FEIGERLOVA

**5° sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)**

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

**55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1° sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)**

Docteur Patrice GALLET

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

**5° Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES**

Monsieur Vincent LHUILLIER

**7° Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES**

Madame Christine DA SILVA-GENEST

**19° Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE**

Madame Joëlle KIVITS

**63° Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES**

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE (stagiaire)

**64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

## 65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Christophe NEMOS

## 69° Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53° Section, 3° sous-section : (*Médecine générale*)

Docteur Cédric BERBE

=====

## DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)  
*Brown University, Providence (U.S.A)*  
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)  
*Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)*  
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)  
*Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)*  
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)  
*Research Institute for Mathematical Sciences de  
Kyoto (JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)  
*Université d'Helsinki (FINLANDE)*  
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)  
*Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*  
Professeur Daniel G. BICHET (2001)  
*Université de Montréal (Canada)*  
Professeur Marc LEVENSTON (2005)  
*Institute of Technology, Atlanta (USA)*

Professeur Brian BURCHELL (2007)  
*Université de Dundee (Royaume-  
Uni)*  
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)  
*Université de Wuhan (CHINE)*  
Professeur David ALPERS (2011)  
*Université de Washington (U.S.A)*  
Professeur Martin EXNER (2012)  
*Université de Bonn (ALLEMAGNE)*

# **REMERCIEMENTS**

À notre Maître et Président du jury :

**Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO,**

*Professeur des Universités de Médecine Générale,*

*Directeur du département de Médecine Générale,*

*Coordonnateur du DES de Médecine Générale.*

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de présider ce travail de thèse.

Nous vous remercions pour votre implication dans la formation des futurs médecins généralistes.

Veillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

À nos Maîtres et Juges :

**Monsieur le Professeur Jean PAYSANT,**

*Professeur des Universités - Praticien Hospitalier en Médecine Physique et de Réadaptation*

Nous sommes honorés de votre participation à notre jury de thèse et de l'attention portée à notre travail. Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profond respect.

**Madame la Professeure Christine PERRET-GUILLAUME,**

*Professeure des Universités - Praticien Hospitalier en Médecine Gériatrique*

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger notre travail. Nous vous sommes reconnaissants de l'intérêt que vous y avez porté. Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

**Monsieur le Docteur Alexandre DIDELOT,**

*Chef de Clinique des Universités de Médecine Générale,*

*Docteur en Médecine Générale.*

Je vous suis profondément reconnaissante d'avoir accepté de diriger mon travail. Je vous remercie pour votre aide, votre soutien et votre disponibilité tout au long de l'élaboration de cette thèse.

À ma famille :

**À mes parents,**

Merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir soutenue dans tous mes projets.

Merci pour votre amour et votre présence. Merci pour tout.

**À mon frère Guillaume, ma belle sœur Alice,**

**À Louis et Élise,**

Merci pour tous ces moments de bonheur partagés.

**À Simon,**

Merci de partager ton quotidien à mes côtés. Merci pour ton soutien et pour tout ce que tu m'apportes. À nous d'écrire la suite de cette belle histoire.

**À mes grands-parents,**

**À tout le reste de ma famille,**

Merci pour votre présence.

**À ma belle-famille,**

Merci pour votre soutien et pour m'avoir si bien accueillie.

À mes amis :

**À l'ensemble de mes amis,**

Merci pour tous ces bons moments partagés à vos côtés et pour tous ceux à venir.

**À tous les médecins ayant participé à l'étude,**

Merci d'avoir si gentiment accepté de participer à mon travail de thèse. Merci pour votre aide et votre disponibilité.

**À toutes les équipes médicales et paramédicales croisées tout au long de mes études,**

Merci pour votre accueil et pour tout ce que j'ai pu apprendre à vos côtés.

**Aux Dr Meyer, Masius, Bouché, Kusy, Gérard, Poyeton et Antoine,**

Merci d'avoir partagé avec moi votre expérience lors de mes stages en médecine générale. Merci pour tout ce que vous m'avez appris dans notre belle spécialité.

**Aux médecins m'ayant fait confiance lors de mes premiers remplacements,**

Merci de m'avoir ouvert la porte de vos cabinets. Merci pour votre confiance.

## SERMENT

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

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

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

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».*

# TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS</b> .....	17
<b>PRÉAMBULE</b> .....	18
<b>1. CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE</b> .....	18
1.1. Des besoins de santé en hausse .....	18
1.1.1. Un vieillissement de la population .....	18
1.1.2. Une progression des maladies chroniques .....	18
1.2. Une démographie médicale en tension .....	19
1.2.1. Une baisse du nombre de médecins généralistes .....	19
1.2.2. Une évolution des modes d'exercice .....	19
<b>2. DÉFINITIONS</b> .....	20
<b>3. LA COOPÉRATION INTERPROFESSIONNELLE ET LA DÉLÉGATION DE TÂCHES</b> ...	21
3.1. Réflexions et expérimentations autour de la coopération interprofessionnelle	21
3.1.1. Les rapports du Professeur Berland .....	21
3.1.2. La loi du 09 août 2004 .....	21
3.1.3. Les recommandations de la HAS .....	22
3.2. La loi HPST .....	22
3.3. Le plan « Ma santé 2022 » .....	23
<b>4. LA COOPÉRATION MÉDECIN-PHARMACIEN</b> .....	23
4.1. Le cadre légal .....	23
4.1.1. La loi HPST .....	23
4.1.2. La loi du 24 juillet 2019 .....	24
4.2. De nouvelles tâches pour les pharmaciens .....	25
4.2.1. La vaccination anti-grippale en officine .....	25
4.2.2. La réalisation des TROD angine .....	26
4.3. Les expériences étrangères .....	27
4.3.1. La vaccination anti-grippale en officine .....	27
4.3.2. Le pharmacien prescripteur .....	28
<b>5. JUSTIFICATION ET OBJECTIF DE L'ÉTUDE</b> .....	29

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>30</b>
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODES .....</b>	<b>31</b>
1. CHOIX DE LA MÉTHODE QUALITATIVE .....	31
2. POPULATION DE L'ÉTUDE .....	31
2.1.Échantillonnage .....	31
2.2. Recrutement .....	31
3. MÉTHODOLOGIE DES ENTRETIENS .....	32
3.1. Choix de l'entretien semi-dirigé .....	32
3.2. Réalisation du guide d'entretien .....	32
3.3. Déroulement des entretiens .....	32
4. ANALYSE DES DONNÉES .....	33
4.1. Retranscription des entretiens .....	33
4.2. Analyse qualitative de l'entretien .....	33
<b>RÉSULTATS .....</b>	<b>34</b>
1. UN INTÉRÊT DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES POUR LA COOPÉRATION INTERPROFESSIONNELLE .....	36
1.1. La coopération intégrée dans la vie professionnelle des médecins .....	36
1.2. Une envie de travailler en équipe .....	36
1.3. Une coopération privilégiée avec les IDE .....	37
1.4. La coopération médecin-pharmacien .....	37
1.4.1. Des relations favorables .....	37
1.4.2. Une communication régulière .....	38
1.4.3. Une représentation hétérogène du rôle du pharmacien .....	40
2. RAPPORT DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES À LA DÉLÉGATION DE TÂCHES	41
2.1. Une expérience limitée .....	41
2.2. Une délégation essentiellement vers les IDE .....	41
2.3. Une réponse insatisfaisante à un problème de santé publique .....	42
2.4. Un intérêt partagé dans la pratique des médecins .....	43
2.5. Une utilité principalement pour les patients .....	44
2.6. Les médecins prêts à déléguer certaines tâches .....	45
3. DES AVIS DISCORDANTS SUR LA DÉLÉGATION DE TÂCHES AUX PHARMACIENS	46
3.1. L'expérience de la vaccination anti-grippale .....	46

3.1.1. Un besoin d'améliorer la couverture vaccinale .....	47
3.1.2. Des doutes sur l'adhésion des patients .....	47
3.1.3. Des réserves sur la vaccination par le pharmacien .....	48
3.1.4. Des réticences pour la délégation des autres vaccinations .....	50
3.2. Une désapprobation des TROD angine en officine .....	51
3.3. Un renouvellement occasionnel par le pharmacien .....	53
3.4. Des disparités sur la prise en charge des cystites par le pharmacien .....	56
4. DES DOUTES DES MÉDECINS SUR LA DÉLÉGATION DE TÂCHES AUX PHARMACIENS .....	57
4.1. Des préoccupations sur la prise en charge des patients .....	57
4.2. Des craintes des médecins pour leur pratique .....	58
4.3. Des appréhensions liées aux pharmaciens .....	60
5. DES PISTES D'AMÉLIORATION SUGGÉRÉES PAR LES MÉDECINS .....	62
5.1. Dans la prise en charge des patients .....	62
5.2. Pour les médecins .....	63
5.3. Pour les pharmaciens .....	64
<b>DISCUSSION</b> .....	66
1. RÉSULTATS PRINCIPAUX .....	66
2. LA COOPÉRATION MÉDECIN-PHARMACIEN DANS LA LITTÉRATURE .....	67
2.1. Une valorisation du travail d'équipe .....	67
2.2. Un manque d'expérience dans la délégation de tâches .....	67
2.3. Les interactions médecin-pharmacien .....	68
2.4. Un rôle équivoque du pharmacien .....	69
2.5. Les facteurs influençant la coopération médecin-pharmacien .....	69
2.6. Les nouvelles tâches du pharmacien .....	70
2.6.1. Le suivi des traitements par AVK .....	70
2.6.2. La vaccination contre la grippe saisonnière .....	71
2.6.3. La réalisation des TROD angine .....	72
2.6.4. Le pharmacien prescripteur .....	72
3. LES CONDITIONS FACILITANT LA DÉLÉGATION DE TÂCHES MÉDECIN- PHARMACIEN DANS LA LITTÉRATURE .....	74
3.1. Un apport pour les patients .....	74

3.2. Un partage d'information efficace .....	75
3.3. Une redéfinition des rôles .....	76
3.4. Une reconnaissance de la formation et du rôle de chacun .....	76
3.5. Une adaptation des modes de rémunération .....	78
3.6. Une responsabilité partagée .....	79
4. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE .....	79
4.1. Choix de l'étude .....	80
4.2. Population étudiée .....	80
4.3. Les entretiens .....	80
4.4. L'analyse .....	81
5. OUVERTURE .....	81
<b>CONCLUSION</b> .....	83
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	84
<b>ANNEXES</b> .....	92
GUIDE D'ENTRETIEN .....	92
<b>RÉSUMÉ</b> .....	95

# **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**ASALÉE** : Action de Santé Libérale En Équipe

**AVK** : Anti Vitamine K

**CNAM** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

**CNOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins

**COREQ** : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

**CPTS** : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

**DMP** : Dossier Médical Partagé

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

**ESP** : Équipe de Soins Primaires

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HPST** : Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire

**IDE** : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État

**IFOP** : Institut Français d'Opinion Publique

**IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

**IPA** : Infirmier(ère) de Pratique Avancée

**MSP** : Maison de Santé Pluridisciplinaire

**MSU** : Maître de Stage des Universités

**NMR** : Nouveaux Modes de Rémunération

**ONDPS** : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

**SISA** : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

**TDR** : Tests Diagnostiques Rapides

**TROD** : Tests Rapides d'Orientation Diagnostique

# **PRÉAMBULE**

## **1. CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE**

### **1.1. Des besoins de santé en hausse**

#### **1.1.1 Un vieillissement de la population**

Selon l'INSEE [1], au 1er janvier 2020, la France comptait 67,064 millions d'habitants. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 20,5% de la population, leur part ayant progressé de 4,7 points en 20 ans. Celles âgées de 75 ans et plus représentaient près d'un habitant sur dix.

Une étude sur les projections de population à l'horizon 2070 [2] publiée en novembre 2016, indiquait que, si les tendances démographiques se maintenaient, la quasi-totalité de la hausse de la population d'ici 2070 concernerait les personnes âgées de 65 ans ou plus, avec une augmentation particulièrement forte pour les personnes de 75 ans ou plus.

L'amélioration des conditions de vie et les progrès médicaux ont permis d'améliorer l'espérance de vie qui était de 85,6 ans pour les femmes et de 79,7 ans pour les hommes en 2019 [1].

#### **1.1.2. Une progression des maladies chroniques**

Les maladies chroniques touchent environ 15 millions de personnes en France [3]. Avec le vieillissement de la population et l'allongement de l'espérance de vie, la prévalence des maladies chroniques ne cesse d'augmenter avec un nombre croissant de personnes se retrouvant en situation de poly-pathologie, définie comme la présence simultanée de plusieurs pathologies chez le même individu. En 2016, la poly-pathologie concernait au moins 1 personne sur 5 à partir de 65 ans et au moins 1 personne sur 3 à partir de 85 ans [4]. Ces situations nécessitent des prises en charge de plus en plus complexes et demandent donc une adaptation du système de santé pour répondre au mieux aux besoins des patients.

## **1.2. Une démographie médicale en tension**

### **1.2.1. Une baisse du nombre de médecins généralistes**

Contrastant avec ces observations, le nombre de médecins généralistes en activité régulière ne cesse de diminuer. Au 1er janvier 2018, le tableau de l'Ordre recensait 87 801 médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice confondus) ; soit une diminution des effectifs depuis 2010 et 2017 respectivement de 7% et de 0,4% [5]. Selon les projections du CNOM, les effectifs de médecins généralistes en activité régulière devraient baisser jusqu'en 2025 pour atteindre 81 804 médecins généralistes.

Par ailleurs, la pyramide des âges des médecins généralistes confirme un vieillissement connu mais qui tend à se stabiliser, l'âge moyen des médecins généralistes en activité régulière étant de 50,6 ans en 2018 [5] avec 45% des médecins libéraux qui ont plus de 55 ans [6].

À noter qu'il existe au sein de ces effectifs, des disparités inter-régionales mais également intra-régionales, ne garantissant pas le même le même accès aux soins à l'ensemble de la population française.

### **1.2.2. Une évolution des modes d'exercice**

D'autres facteurs sont également à prendre à compte comme la féminisation de la profession (les femmes représentant 48,2% des effectifs de médecins généralistes en activité régulière [5]) et l'évolution des modes d'exercice pouvant entraîner une diminution du temps d'exercice médical effectivement disponible. En effet, dans une étude réalisée en 2013 par l'institut TNS SOFRES, portant sur les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Île-de-France [7], l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie familiale ainsi que la réduction du temps de travail étaient considérés par les jeunes médecins comme des éléments déterminants de leur choix professionnel et de carrière. Les mêmes résultats étaient retrouvés dans l'enquête du CNOM sur les déterminants à l'installation publiée en 2019 [8].

Afin de répondre aux besoins de santé de la population dans un contexte de démographie médicale en tension, une nouvelle approche de l'offre de soins primaires semblait donc indispensable. C'est dans ce contexte que le développement de nouvelles formes de coopération interprofessionnelle a été introduit afin de s'appuyer sur l'ensemble des professionnels de santé en offrant une nouvelle répartition des tâches entre les professionnels médicaux et paramédicaux.

## **2. DÉFINITIONS**

La coopération, au sens de l'article L. 4011-1 du Code de la Santé Publique, est un processus par lequel au moins deux professionnels de santé, volontaires, définissent ensemble leurs nouvelles modalités d'intervention auprès du patient, en maintenant la qualité et la sécurité des soins qui leur est due [9].

Deux logiques sont retrouvées dans la coopération interprofessionnelle : une logique de substitution dans laquelle des tâches antérieurement réalisées par une certaine catégorie de professionnels sont réalisées par une autre catégorie professionnelle et une logique de diversification qui renvoie à une extension des services offerts aux patients grâce au développement ou à la reconnaissance de nouvelles compétences chez certaines catégories de professionnels [10].

La délégation de tâches répond à une logique de substitution. Elle a été définie par la HAS en 2007 comme « l'action par laquelle le médecin confie à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche. La responsabilité du délégant (le médecin) reste engagée du fait de la décision de déléguer, la responsabilité du délégué (le professionnel non médical) est engagée dans la réalisation de l'acte. » [11]

Un acte de soin est un ensemble cohérent d'actions et de pratiques mises en œuvre pour participer au rétablissement ou à l'entretien de la santé d'une personne. Un acte de soin peut se décomposer en tâches, définies et limitées, qui peuvent être indépendantes dans leur réalisation. Dans un même acte de soin, certaines tâches peuvent donc être réalisées par des professionnels différents [11].

Le transfert de tâches est défini comme « l'action de déplacer l'acte de soin, d'un corps professionnel à un autre : les activités sont confiées dans leur totalité, y compris en termes de responsabilité, à une autre profession. Les professionnels non médicaux sont donc autonomes dans la décision et la réalisation. » [11]

La délégation de tâches, au même titre que le transfert de tâches, la création de nouveaux métiers ou l'extension des compétences de certains professionnels, s'inscrit plus globalement dans le cadre des nouvelles formes de coopération entre les professionnels de santé. Les enjeux de ces nouvelles formes de coopération sont multiples [12] : améliorer la qualité des soins, répondre aux tensions de démographie professionnelle, améliorer l'efficacité du système de santé et valoriser les compétences professionnelles.

### **3. LA COOPÉRATION INTERPROFESSIONNELLE ET LA DÉLÉGATION DE TÂCHES**

#### **3.1. Réflexions et expérimentations autour de la coopération interprofessionnelle**

##### 3.1.1. Les rapports du Professeur Berland

Les réflexions autour des différentes formes de coopération entre les professionnels de santé ont débuté en France au début des années 2000.

En 2002, une mission d'étude et de propositions sur la démographie des professions de santé a été confiée au Professeur Yvon Berland. Dans son rapport [13], il proposait un état de lieux de la démographie des différentes professions et introduisait la nécessité d'une évolution des métiers de la santé.

Ces constatations ont été approfondies dans un deuxième rapport, en 2003 [14], qui dressait un état des lieux de la coopération au niveau international, contrastant avec le peu d'expériences françaises. À la suite d'entretiens avec les différents professionnels de santé, le Professeur Berland insistait sur la nécessité d'envisager le transfert de compétences à travers la mise en place d'expérimentations. Ce transfert de compétences répondait à plusieurs objectifs : faire face « à la diminution annoncée de la démographie médicale, mais aussi d'optimiser le système de soins, de régulariser des pratiques existantes non reconnues, d'éviter la mise en place d'organisations parallèles sources de conflits et de baisse de la qualité des soins et d'apporter une légitime reconnaissance à certains professionnels paramédicaux ».

Ces deux rapports ont ainsi permis de mettre en évidence l'importance du développement des coopérations entre les professionnels de santé afin de faire face aux défis que doit relever le système de santé [9].

##### 3.1.2. La loi du 09 août 2004

À la suite de ces rapports, l'article 131 de la loi n°2004-806 du 09 août 2004 [15] dressait une base légale à la mise en place d'expérimentations de coopération entre professionnels de santé et aux possibilités de transfert de compétences entre la profession médicale et les autres professions de santé.

Suite à la mise en place des cinq premières expérimentations, un premier rapport publié par l'ONDPS en juillet 2006 [16] concluait : « Les cinq expérimentations qui sont présentées dans ce rapport même si elles révèlent des limites méthodologiques, ont le mérite de démontrer la faisabilité, en toute sécurité pour les patients, de la délégation de tâches dans les domaines et contextes abordés. Elles démontrent également une très forte motivation des acteurs médicaux et paramédicaux impliqués dans le soin, de voir évoluer nos pratiques vers plus de collaborations entre tous ces acteurs de santé. »

### 3.1.3 Les recommandations de la HAS

Les expérimentations en cours ont ensuite été évaluées en 2008 par la HAS et l'ONDPS afin d'établir des recommandations [12] visant à pérenniser l'activité dérogatoire mise en place dans les sites expérimentateurs. Ces recommandations pointaient des conditions actuelles d'exercice peu propices à une évolution des pratiques et insistaient donc sur la nécessité de repenser les conditions de formation des différents professionnels de santé mais également le cadre juridique de définition des professions et les modes de rémunération des professions de santé afin de créer des conditions favorables au développement des nouvelles formes de coopération dans un objectif d'amélioration de la qualité du système de santé.

## **3.2. La loi HPST**

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 [17] représentait un tournant législatif en permettant aux nouvelles formes de coopération de sortir du cadre expérimental. La coopération y est principalement abordée sous l'angle de la substitution. Ainsi l'article 51 de la loi HPST permettait la mise en place, à titre dérogatoire de leur condition légale d'exercice et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisation des modes d'intervention auprès des patients.

La loi établissait ainsi le dispositif encadrant la coopération interprofessionnelle en suivant les protocoles validés par la HAS et les ARS.

La HAS a par la suite dressé un bilan des protocoles de coopération reçus entre 2010 et 2018 [18] : sur 141 protocoles proposés par 22 régions, 58 avis favorables (avec réserves) et 19 avis défavorables ont été prononcés par le Collège de la HAS. 71% des protocoles validés concernaient une délégation des médecins vers les IDE et la majorité se rapportaient au secteur hospitalier.

### **3.3. Le plan « Ma santé 2022 »**

La coopération entre les professionnels de santé constitue l'un des leviers majeurs de la stratégie « Ma santé 2022 » [19] proposée par le gouvernement. Dans le but de libérer du temps médical et de répondre aux problèmes d'accès aux soins, plusieurs démarches ont été engagées : la création d'une nouvelle fonction d'assistant médical pour assister les médecins et aider au parcours des patients, l'élargissement des compétences de certaines professions, l'extension des pratiques avancées à de nouvelles professions paramédicales et la délégation de tâches des médecins vers d'autres professionnels de santé dans le cadre de protocoles de coopération.

Ainsi, le dispositif des protocoles de coopération entre professionnels de santé, initié par la loi HPST, a été rénové et simplifié par l'article 66 de la loi de transformation du système de santé du 24 juillet 2019 [20] afin de déployer plus largement les coopérations sur tout le territoire national.

Dans ce nouveau dispositif, deux modèles de protocoles de coopération sont possibles [21] :

- des protocoles ayant vocation à être déployés au niveau national, autorisés par arrêté ministériel dont l'élaboration est proposée par un comité national des coopérations professionnelles. Les premiers arrêtés ont été publiés au Journal Officiel en décembre 2019.
- des protocoles expérimentaux locaux au seul usage de l'équipe promotrice.

## **4. LA COOPÉRATION MÉDECIN-PHARMACIEN**

### **4.1. Le cadre légal**

#### **4.1.1. La loi HPST**

Comme pour les autres métiers de santé, l'exercice de la pharmacie est en pleine évolution depuis quelques années avec une participation de plus en plus grande du pharmacien dans la prise en charge des patients.

Si la loi HPST de 2009 permettait de définir un cadre légal à la coopération interprofessionnelle par l'intermédiaire de son article 51, d'autres mesures concernaient plus spécifiquement les pharmaciens. Ainsi, l'article 38 de la loi [17] a attribué aux pharmaciens d'officine de nouvelles missions axées sur la coopération interprofessionnelle dans le cadre du parcours de soins du patient parmi lesquelles :

- la contribution aux soins de premiers recours
- la participation à la coopération entre professionnels de santé
- la participation à la mission de service public de la permanence des soins
- le concours aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé
- la participation à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients
- la possibilité d'être désigné comme correspondant au sein de l'équipe de soins par le patient
- la possibilité de proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

En tant que pharmacien correspondant, et dans le cadre de protocoles de coopération prévus dans le code de la santé publique, les pharmaciens peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets.

#### 4.1.2. La loi du 24 juillet 2019

La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé [20] a renforcé le rôle du pharmacien d'officine dans l'exercice coordonné et la coopération interprofessionnelle.

D'une part, la loi a permis la généralisation du rôle de pharmacien correspondant qui peut, dans le cadre d'un exercice coordonné, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler des traitements chroniques et ajuster, au besoin, leur posologie, en dehors du cadre protocolaire ayant été jugé trop contraignant. D'autre part, les pharmaciens peuvent, par l'intermédiaire de protocoles inscrits dans le cadre d'un exercice coordonné au sein d'une structure pluridisciplinaire, délivrer pour certaines pathologies, et dans le respect des recommandations de la Haute Autorité de santé, des médicaments dont la liste est fixée par arrêté, pris après avis de la Haute Autorité de santé.

Suite à la publication de la loi, des protocoles de coopération entre professionnels de santé autorisés au niveau national ont été publiés au Journal Officiel, parmi lesquels quatre protocoles concernaient une délégation du médecin vers le pharmacien :

- Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'État et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle

- Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'État et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle
- Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'État ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle
- Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'État ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle

Ainsi, les pharmaciens d'officine peuvent désormais, dans le cadre de ces protocoles de coopération au sein d'une structure pluri-professionnelle, délivrer des médicaments à prescription médicale obligatoire pour certaines pathologies jugées fréquentes et relativement bénignes comme la cystite ou l'angine.

## **4.2. De nouvelles tâches pour les pharmaciens**

### **4.2.1. La vaccination anti-grippale en officine**

Le taux de couverture vaccinale contre la grippe saisonnière reste insuffisant en France, en particulier sur la population cible âgée de 65 ans et plus chez qui les risques de complications et de décès sont les plus importants. Il était, par exemple, de 46,8% en population générale lors de la saison 2018-2019, et de 51% dans la population âgée de 65 ans et plus [22], loin des objectifs fixés à 75 % par l'Organisation mondiale de la Santé et la Commission européenne.

Partant de ce constat, afin de favoriser la couverture vaccinale de la population en lui en facilitant l'accès, la vaccination contre la grippe en officine a été autorisée, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, par l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 [23].

Les deux premières régions à participer à cette expérimentation étaient les régions Nouvelle-Aquitaine et Auvergne-Rhône-Alpes lors de la campagne de vaccination 2017-2018.

Seuls les pharmaciens titulaires et adjoints souhaitant y participer, ayant suivi une formation, disposant d'un espace de confidentialité et ayant obtenu une autorisation pour ce faire auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS) ont pu y concourir. Le public initialement concerné était les personnes adultes âgées de 18 ans et plus, ciblées par les recommandations vaccinales en vigueur à l'exception des femmes enceintes et des personnes non antérieurement vaccinées contre la grippe et

de celles présentant une contre indication à la vaccination. L'arrêté du 25 septembre 2018 a permis un élargissement de la population concernée : les personnes majeures n'ayant jamais été vaccinées contre la grippe et les femmes enceintes et supprimait deux restrictions à la vaccination par le pharmacien : patients ayant un terrain immunodéprimé, patients présentant des troubles de la coagulation ou sous traitement anti-coagulant.

La saison de vaccination contre la grippe saisonnière 2018-2019 a été marquée par l'intégration des régions Occitanie et Hauts-de-France dans cette expérimentation.

Suite à ces deux années d'expérimentation, la généralisation de la vaccination contre la grippe saisonnière par les pharmaciens d'officine sur l'ensemble du territoire, prévue par la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2019, a été publiée au Journal Officiel le 25 avril 2019 [24].

La vaccination concerne les « personnes majeures, ciblées par les recommandations vaccinales en vigueur, à l'exception des personnes présentant des antécédents de réaction allergique sévère à l'ovalbumine ou à une vaccination antérieure » [25].

Certaines conditions sont à respecter :

- déclarer l'activité de vaccination par le pharmacien auprès du directeur général de l'Agence Régionale de Santé,
- valider une formation théorique de 3 heures et une formation pratique à l'acte vaccinal de 3 heures également,
- disposer de locaux adaptés pour assurer la vaccination [26] comportant un espace de confidentialité clos, des équipements adaptés et du matériel nécessaire,
- tracer le vaccin administré dans « le carnet de santé, le carnet de vaccination ou le dossier médical partagé de la personne vaccinée » ou à défaut délivrer « une attestation de vaccination qui comporte ces informations » [24].

#### 4.2.2. La réalisation des TROD angine

La réalisation des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) pour les angines à streptocoque du groupe A par les pharmaciens a connu des rebondissements. Les pharmaciens ont, dans un premier temps, été autorisés à pratiquer ces tests par l'arrêté du 11 juin 2013 mais ce dernier a été annulé par le Conseil d'État en 2015. Si un nouvel arrêté publié le 1er août 2016 [27] a

de nouveau autorisé l'exécution de ces tests en officine, en pratique, peu de tests ont été réalisés en raison notamment de l'absence de rémunération prévue par la loi.

L'avenant 18 à la convention pharmaceutique relatif aux TROD ange [28], signé le 18 septembre 2019, a fixé la rémunération des pharmaciens pour la réalisation de ces TROD, à compter du 1er janvier 2020. L'objectif de ce nouvel avenant est « d'accompagner l'évolution des missions de santé publique des pharmaciens et de leur valorisation ».

Deux circuits de prise en charge ont été définis [28] :

- le patient se présente spontanément à l'officine et est directement pris en charge par le pharmacien : en cas de résultat positif, le pharmacien invite le patient à se rendre chez son médecin traitant avec le résultat du test. En cas de résultat négatif, le pharmacien délivre au patient les conseils adaptés pour gérer au mieux les symptômes et l'invite à prendre contact avec son médecin traitant en cas de persistance et d'aggravation des symptômes.
- le patient est orienté vers la pharmacie par son médecin traitant pour la réalisation du test. Le prescripteur établit alors une ordonnance dite conditionnelle d'antibiotiques. En cas de résultat positif, le pharmacien dispense le traitement antibiotique sur la base de l'ordonnance conditionnelle réalisée par le médecin. En cas de résultat négatif, les antibiotiques prescrits sur l'ordonnance conditionnelle ne sont pas délivrés et le pharmacien délivre au patient les conseils adaptés comme dans le premier cas.

Suite à la publication au Journal Officiel de l'arrêté du 08 mars 2020, faisant suite à la loi du 24 juillet 2019, permettant la prise en charge de l'odynophagie par le pharmacien d'officine au sein d'une structure pluri-professionnelle, dans le cadre d'un protocole de coopération, le pharmacien peut, par délégation et en cas de positivité du test, délivrer une antibiothérapie adaptée.

### **4.3. Les expériences étrangères**

#### **4.3.1. La vaccination anti-grippale en officine**

De nombreux pays autorisent depuis plusieurs années la vaccination en officine. Si cette pratique a débuté, dans la majorité des cas, avec la vaccination contre la grippe, dans certains pays, elle a depuis été élargie à d'autres vaccinations.

Aux États-Unis, chaque état a fait tour-à-tour évoluer sa législation depuis 1994. Depuis 2009, les

pharmaciens sont autorisés à pratiquer la vaccination dans les 50 états, bien que les vaccins qui peuvent être administrés et les conditions de vaccination diffèrent dans chaque état. Les pharmaciens peuvent administrer tout vaccin dans 37 états et peuvent l'administrer à tout patient indépendamment de leur âge dans 13 états [29].

Au Canada, la législation diffère selon les provinces, qui fixent elles-mêmes les conditions de vaccination par le pharmacien.

En Europe, plusieurs pays autorisent la vaccination anti-grippale en officine comme le Royaume-Uni à titre privé depuis 2002, le Portugal depuis 2007 ou l'Irlande depuis 2011.

En Suisse, la décision d'autoriser la vaccination en pharmacie ainsi que le choix des vaccins pouvant y être administrés relèvent de la compétence des autorités de chaque canton. Depuis mai 2019, il est possible de se faire vacciner en pharmacie, sans prescription médicale, dans 21 des 26 cantons suisses [30].

#### 4.3.2. Le pharmacien prescripteur

Dans plusieurs systèmes de santé, comme au Royaume-Uni, en Suisse ou au Canada, des programmes de prescription par les pharmaciens ont été mis en place.

Au Royaume-Uni, les pharmaciens sont autorisés à prescrire depuis 2003, dans le cadre de coopérations avec les médecins, en tant que prescripteurs complémentaires : le médecin pose le diagnostic et, dans le cadre d'un plan de prise en charge clinique, le pharmacien délivre le traitement. Depuis 2006, les pharmaciens britanniques peuvent également être des prescripteurs indépendants responsables de l'évaluation et de la prescription des affections non diagnostiquées et diagnostiquées [31].

En Suisse, depuis avril 2012, certaines pharmacies proposent le service NetCare [32], où le pharmacien effectue un triage à l'aide d'algorithmes scientifiques développés en collaboration avec des médecins pour 27 maladies considérées comme fréquentes et relativement bénignes. Il peut décider de délivrer un traitement (y compris des médicaments soumis à ordonnance sous sa propre responsabilité, même en l'absence de prescription médicale), de réaliser une vidéo consultation avec un médecin ou bien d'adresser le patient vers un médecin ou un service d'urgences. Un appel téléphonique de suivi est prévu 3 jours après la consultation pour évaluer l'efficacité du traitement.

Au Québec, la loi 41 de juin 2015 [33], a élargi le rôle du pharmacien dans le système de santé en lui attribuant de nouvelles missions comme la possibilité de prolonger l'ordonnance d'un médecin, de prescrire des analyses de laboratoires, d'ajuster l'ordonnance d'un médecin, de prescrire un médicament quand aucun diagnostic n'est requis (comme pour le sevrage tabagique, la diarrhée du

voyageur, la prophylaxie du paludisme...), de substituer un médicament en cas de rupture d'approvisionnement, d'administrer un traitement afin d'en démontrer l'usage approprié, de prescrire des médicaments pour certains troubles mineurs qui ont déjà fait l'objet d'un diagnostic par un médecin ou d'une évaluation par une infirmière praticienne spécialisée et d'une prescription de médicament pour cette condition diagnostiquée ou évaluée. Le pharmacien, malgré ces dispositions, n'a toutefois pas le droit de poser un diagnostic, activité restant réservée au médecin.

## **5. JUSTIFICATION ET OBJECTIF DE L'ÉTUDE :**

Bien que les premières réflexions sur le sujet aient été initiées il y a une vingtaine d'années en France, la délégation de tâches semble lente à se mettre en place. La coopération interprofessionnelle est récemment revenue au centre de l'actualité en constituant l'un des leviers du plan « Ma santé 2022 ».

Si auparavant la délégation concernait essentiellement le duo médecin-IDE, le pharmacien a vu, ces dernières années, le cadre de ses missions s'élargir dans la prise en charge des patients. Dans les suites de la généralisation de la vaccination anti-grippale en officine, la nouvelle loi santé encourage la délégation de tâches du médecin vers le pharmacien, dans le cadre de protocoles de coopération. La majorité des études françaises s'intéressant à l'opinion des médecins généralistes sur la coopération interprofessionnelle ayant été réalisées il y a plusieurs années, elles concernaient essentiellement la délégation du médecin vers les IDE. Il semblait donc intéressant, dans le contexte actuel, de recueillir la perception des médecins généralistes sur la délégation de tâches aux pharmaciens, afin d'amener à des pistes de réflexion pour la mise en place des délégations de tâches futures.

Si différents termes sont utilisés dans la littérature pour définir la nouvelle répartition des tâches entre les professionnels de santé (transfert de compétences, délégation de tâches, coopération interprofessionnelle..), nous avons choisi dans cette étude d'utiliser le terme « délégation de tâches », étant retrouvé dans le plan « Ma santé 2022 » [6] afin qu'il soit le plus parlant pour les médecins interrogés.

# **INTRODUCTION**

La délégation de tâches médicales aux autres professionnels de santé est ancrée dans la pratique des soins primaires de certains pays, notamment anglo-saxons, depuis de nombreuses années [34]. En France, bien qu'encouragée par les pouvoirs publics depuis le début des années 2000 [14], la délégation de tâches, considérée comme une des nouvelles formes de coopération interprofessionnelle, peine à se développer et reste le plus souvent restreinte au duo médecin-infirmier [35].

Dans un contexte actuel de démographie médicale en tension [5], les besoins de santé ne cessent d'augmenter en raison du vieillissement de la population mais également de la croissance des maladies chroniques [1] [3]. Pour répondre à cette situation et améliorer le parcours de soins des patients, une nouvelle approche de l'offre de soins primaires semble indispensable. Favoriser le développement des coopérations interprofessionnelles apparaît alors comme une des solutions aux nouveaux défis du système de santé en s'appuyant sur l'expérience de tous les professionnels au chevet du patient mais également par l'extension de leurs compétences et par la création de nouveaux métiers.

Considérés comme des professionnels de santé de proximité [36], les pharmaciens ont vu, ces dernières années, leur métier évoluer et leur rôle se renforcer dans la prise en charge des patients. Dans les suites de la généralisation de la vaccination anti-grippale en officine, le plan « Ma santé 2022 » élargit une nouvelle fois les missions du pharmacien d'officine et favorise la délégation de certaines tâches, habituellement exercées par le médecin, au pharmacien, dans le cadre de protocoles de coopération [20].

Ces coopérations médecin-pharmacien ayant vocation à se déployer dans les prochaines années, l'objectif de notre étude était de recueillir la perception des médecins généralistes sur la délégation de tâches aux pharmaciens, afin d'amener à des pistes de réflexion pour la mise en place des délégations de tâches futures.

# **MATÉRIEL ET MÉTHODES**

## **1. CHOIX DE LA MÉTHODE QUALITATIVE**

L'objectif de l'étude étant de recueillir la perception des médecins généralistes sur la délégation de tâches médicales aux pharmaciens, la méthode qualitative nous a paru la plus adaptée pour répondre à la question de recherche. En effet, la recherche qualitative a pour but de comprendre ou d'expliquer un phénomène, en recueillant des données verbales permettant une démarche interprétative [37]. Elle est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer objectivement, au contraire des études quantitatives [37].

## **2. POPULATION DE L'ÉTUDE**

### **2.1. Échantillonnage**

La population cible de cette étude était les médecins généralistes installés et exerçant en Lorraine. Contrairement à la recherche quantitative, la représentativité statistique de l'échantillon n'est habituellement pas recherchée dans la recherche qualitative [38] mais il est important de veiller à la diversité des profils des médecins interrogés de sorte à représenter toute la gamme de variations des caractéristiques qui semblent significatives pour le thème étudié [39].

L'échantillonnage a donc été réalisé de manière raisonnée selon des variables pertinentes susceptibles d'influencer les résultats afin d'obtenir un échantillon de médecins aux profils variés.

Pour notre étude, les critères de variabilité étaient les suivants : âge, sexe, département d'exercice, mode d'exercice (seul, cabinet de groupe, MSP), type d'exercice (urbain, semi-rural, rural), la présence ou non d'un secrétariat et le statut ou non de MSU.

Dans une étude qualitative, la taille de l'échantillon n'est pas prédéfinie, mais est déterminée par la saturation des données, obtenue lorsque aucun nouveau thème ne se dégage lors des entretiens.

### **2.2. Mode de recrutement**

Le recrutement a été effectué de deux manières : par connaissance de l'enquêteur et via l'annuaire électronique public des Pages-Jaunes.fr® des médecins généralistes exerçant dans la région

Lorraine.

Le premier contact avec les médecins a été initié par le chercheur, médecin remplaçant, par téléphone ou par mail, en expliquant brièvement le sujet et le déroulement de l'entretien, puis en cas de retour favorable, les modalités pratiques de l'entretien étaient fixées en fonction de la disponibilité des médecins participants.

### **3. MÉTHODOLOGIE DES ENTRETIENS**

#### **3.1. Choix de l'entretien semi-dirigé**

Dans notre étude, le choix s'est porté sur la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés, permettant d'explorer le sujet plus en profondeur et rendant plus facile, pour les médecins interrogés, l'expression libre de leur avis, sans être influencés par les avis des autres participants comme lors de focus group. De plus, ils présentaient, pour les médecins, moins de contraintes logistiques que les focus group.

#### **3.2. Réalisation du guide d'entretien**

Les entretiens se sont déroulés en s'appuyant sur le guide d'entretien réalisé par le chercheur à la suite des recherches bibliographiques.

Le guide d'entretien contenait les différents thèmes à aborder sous la forme de questions ouvertes et des questions de relance permettant la progression des échanges.

Un entretien test, non inclus dans l'étude, a été effectué auprès d'un médecin connu de l'enquêteur, afin d'affiner le guide d'entretien et de familiariser l'auteur de l'étude avec la méthode des entretiens.

Le guide d'entretien a été adapté au fil de l'étude, en fonction des précédents entretiens.

#### **3.3. Déroulement des entretiens**

Les entretiens ont tous été menés par l'auteur de l'étude et se sont déroulés, pour la majorité, au cabinet des médecins généralistes, à l'exception d'un entretien réalisé au domicile du médecin interrogé et de deux entretiens qui ont été menés par téléphone, selon la convenance des médecins.

Les entretiens débutaient par une introduction brève du sujet. Après accord des participants, les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone pour faciliter leur retranscription. Les

participants ont été informés de l'anonymisation des données et leur consentement a été recueilli oralement. Le recueil des variables était réalisé par un questionnaire en fin d'entretien.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données. Dans notre étude, la saturation des données a été atteinte au bout de douze entretiens, confirmée par la réalisation de deux entretiens supplémentaires ne faisant pas émerger de nouveau thème.

## **4. ANALYSE DES DONNÉES**

### **4.1. Retranscription des entretiens**

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot par le chercheur à partir des enregistrements audio, à l'aide du logiciel de traitement de texte Open Office®. Les fichiers ainsi recueillis ont permis de constituer un verbatim servant de base de données pour l'étude. Afin de conserver l'anonymat des participants, certains éléments permettant de les identifier ont été remplacés par des \*\*\*.

### **4.2. Analyse qualitative de l'entretien**

Le codage des données a été réalisé à l'issue de chaque entretien. L'analyse des données a été faite selon une méthode inductive. La première étape du codage a consisté à définir des codes à partir des données du verbatim. Puis un codage « axial » a permis d'établir des liens entre les différents codes obtenus et de les organiser en thèmes plus génériques. Enfin les thèmes récurrents ont été regroupés et structurés afin de constituer une synthèse des résultats. Le travail d'analyse a été réalisé à l'aide du logiciel Nvivo pro 12®.

L'analyse des résultats a été réalisée de manière indépendante par un deuxième chercheur, le directeur de thèse. Une triangulation des deux tiers des données a ensuite été effectuée par une mise en commun des résultats afin d'identifier les différents thèmes et de regrouper les thématiques communes, permettant de limiter la subjectivité de l'interprétation.

# **RÉSULTATS**

## **CARACTÉRISTIQUES DES ENTRETIENS :**

Au total, quatorze entretiens ont été réalisés entre le mois de février et le mois de juin 2020.

La durée des entretiens était comprise entre 11 minutes 31 et 28 minutes 52 avec une durée moyenne de 20 minutes 41.

Deux médecins contactés n'ont pas souhaité participer à l'étude, la raison principale du refus était le manque de temps et cinq médecins n'ont pas répondu aux sollicitations, après contact puis relance auprès de leur secrétariat.

## **CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON :**

L'échantillon final était composé de 14 médecins, 8 hommes et 6 femmes, parmi lesquels 5 exerçaient en Moselle, 5 en Meurthe-et-Moselle, 2 en Meuse et 2 dans les Vosges.

Les participants avaient entre 34 ans et 71 ans avec une moyenne d'âge de 50 ans.

6 médecins travaillaient en cabinet seul, 3 médecins en cabinet de groupe et 5 en maison médicale.

Ils exerçaient pour 5 d'entre eux en zone urbaine, 6 en zone semi-rurale et 3 en zone rurale.

9 médecins sur les 14 interrogés disposaient d'un secrétariat et 5 médecins étaient maîtres de stage des universités.

Les caractéristiques des médecins généralistes interrogés sont résumées dans la tableau 1. Les médecins sont désignés par la lettre M suivie du chiffre correspondant à l'entretien.

**Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon**

<b>Entretien</b>	<b>Sexe</b>	<b>Age</b>	<b>Département d'exercice</b>	<b>Mode d'exercice</b>	<b>Type d'exercice</b>	<b>Secrétariat</b>	<b>MSU</b>
M1	H	[70-79]	Moselle	Cabinet seul	Urbain	Non	Non
M2	H	[30-39]	Meurthe-et- Moselle	Cabinet seul	Rural	Oui	Oui
M3	H	[30-39]	Meurthe-et- Moselle	Maison médicale	Semi-rural	Oui	Non
M4	H	[30-39]	Meurthe-et- Moselle	Maison Médicale	Semi-rural	Oui	Non
M5	F	[60-69]	Moselle	Cabinet seul	Urbain	Non	Non
M6	H	[30-39]	Moselle	Maison médicale	Urbain	Oui	Non
M7	H	[60-69]	Vosges	Maison médicale	Semi-rural	Oui	Oui
M8	F	[50-59]	Vosges	Cabinet seul	Semi-rural	Non	Oui
M9	H	[60-69]	Meuse	Maison médicale	Urbain	Oui	Oui
M10	F	[50-59]	Moselle	Cabinet de groupe	Semi-rural	Oui	Non
M11	F	[40-49]	Meurthe-et- Moselle	Cabinet seul	Urbain	Non	Non
M12	H	[40-49]	Meuse	Cabinet de groupe	Rural	Oui	Non
M13	F	[30-39]	Moselle	Cabinet de groupe	Semi-rural	Non	Non
M14	F	[40-49]	Meurthe-et- Moselle	Cabinet seul	Rural	Oui	Oui

# 1. UN INTÉRÊT DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES POUR LA COOPÉRATION INTERPROFESSIONNELLE

## 1.1. La coopération intégrée dans la vie professionnelle des médecins

Pour l'ensemble des médecins généralistes interrogés, la **coopération interprofessionnelle** était **essentielle** : « *Moi personnellement j'y attache beaucoup d'importance, beaucoup de coopération [...] c'est vraiment très important pour moi.* » (M10) ; « *C'est 100% du métier.* » (M6) et **nécessaire** à leur activité : « *Je pense que c'est nécessaire aujourd'hui pour un médecin généraliste installé de travailler avec ses collègues autour de lui.* » (M3)

Leurs **contacts** avec les autres professionnels de santé étaient **quotidiens** : « *Tous les jours, les infirmières, les pharmaciens, les kinés, c'est rare que l'on n'ait pas un contact avec au moins l'un d'eux par jour.* » (M2)

La coopération interprofessionnelle était également vue comme un **besoin** : « *On en a souvent « besoin ».* » (M12), permettant d'avoir un **avis complémentaire** ou un autre regard sur leur patient de la part d'un autre professionnel de santé : « *On a besoin de beaucoup d'avis spécialisés [...] comme les délais sont longs on essaye de les raccourcir par un avis téléphonique.* » (M11)

Bien que pour l'instant restant quelque peu informelle, la coopération interprofessionnelle semblait être **amenée à se développer** de manière plus structurée : « *Je pense que ça va faire que se développer obligatoirement parce qu'on travaille de plus en plus en équipe, en réseaux et de manière beaucoup plus formalisée, les réunions interdisciplinaires etc donc voilà quelque chose d'essentiel mais qui se fait un peu à l'arrache pour le moment.* » (M2)

Toutefois, un des médecins pointait quelques **difficultés** dans cette coopération : « *Difficile, parce que des fois le courant peut plus ou moins bien passer et difficile aussi sur les modes de communication, comment on se contacte, par quel biais, comment on se transmet les infos.* » (M2)

## 1.2. Une envie de travailler en équipe

Les médecins exprimaient pour la plupart leur **volonté de travailler en équipe** et de **coopérer** afin de garantir une meilleure prise en charge globale de leurs patients : « *Moi j'ai la plus grande envie de travailler en équipe et ça me paraît tout à fait évident.* » (M7)

Cette volonté semblait **renforcée** chez les médecins exerçant en **structure pluridisciplinaire** : « *Coopération depuis toujours [...] après, à partir du moment où on est en maison de santé et où*

*on a une SISA, ça va quand même renforcer les liens, disons au moins entre les associés. » (M9)*

Et même pour les médecins exerçant seuls, la **distance géographique n'était pas un frein** à ce travail en équipe : *« On travaille forcément en équipe, malgré tout même si on est tout seul dans son cabinet on travaille quand même avec tout le temps plein de monde. » (M2)*

Enfin, pour les médecins interrogés, la **connaissance des autres professionnels de santé** de leur secteur était indispensable afin de garantir un environnement propice à un meilleur travail en équipe : *« Quand on est en médecine générale, on est attaché à un secteur géographique donc il faut connaître tout le monde dans son secteur géographique je pense pour faire du bon boulot. » (M6)*

### **1.3. Une coopération privilégiée avec les IDE**

Même si, pour les médecins interrogés, la **coopération** s'appliquait avec **tous les professionnels de santé** au chevet de leurs patients : *« C'est que ça la médecine générale, c'est de discuter avec ses collègues, voilà que ce soit les pharmaciens, les infirmiers, les autres collègues médecins, les structures gériatriques, le réseau, de connaître les assistantes sociales c'est le cœur du métier. » (M6)*, elle apparaissait **majoritairement développée avec les IDE**, professionnels de santé au contact quotidien de leurs patients : *« Surtout avec les infirmières qui sont au chevet de nos patients, c'est vraiment nos interlocutrices, interlocuteurs et interlocutrices, privilégiés. » (M10)* ; *« Nous, on travaille beaucoup avec les infirmières du secteur. » (M13)*. Leurs échanges avec les IDE étaient d'ailleurs **les plus fréquents** : *« Oui c'est nos infirmières [...] les échanges sont encore plus réguliers, pour les ordonnances, des échanges pour un patient qui n'est pas bien etc donc la c'est très très régulier effectivement. » (M12)*

### **1.4. La coopération médecin-pharmacien**

#### **1.4.1. Des relations favorables**

La majorité des médecins interrogés entretenait de **bonnes relations avec les pharmaciens** : *« Les pharmaciens du secteur.. Moi je pense que j'ai de très bonnes relations. » (M10)* ; *« Oui ça se passe bien avec les pharmaciens. » (M8)*

Certains médecins **connaissaient même personnellement** les pharmaciens de leur secteur : *« Je les connais tous personnellement, je m'entends bien, c'est pas compliqué. » (M6)* ou avaient **décidé de**

**les rencontrer** : « *J'ai choisi assez rapidement d'aller les rencontrer, de parler avec eux, de mettre un visage sur la voix que j'ai au téléphone.* » (M3)

Les relations semblaient **plus étroites avec les pharmaciens installés à proximité** des cabinets médicaux : « *Alors on a une pharmacie juste à coté, évidemment c'est notre interlocuteur privilégié.* » (M3)

Pour d'autres médecins, en revanche, les relations apparaissaient **plus restreintes**, bien que restant cordiales : « *On les connaît pas beaucoup, après elles sont confraternelles.* » (M4)

Si la plupart des médecins entretenaient une **relation de confiance** avec le pharmacien de leur secteur : « *Oui, c'est la famille, je suis leur médecin traitant, c'est mon pharmacien.* » (M6), un des médecins était plus mitigé : « *Confiance, j'irais peut être pas jusque là, j'ai déjà eu des meilleures relations de confiance avec d'autres pharmaciens ailleurs.* » (M4)

#### 1.4.2. Une communication régulière

Pour l'ensemble des médecins interrogés, les **échanges** étaient **réguliers** avec les pharmaciens : « *On a beaucoup, beaucoup d'échanges avec les pharmaciens.* » (M12) ; « *Si il y a quoi que ce soit on se contacte.* » (M11)

La communication avec les pharmaciens se faisait essentiellement par **téléphone** : « *Tout se passe quand même plutôt par téléphone.* » (M9). Certains utilisaient également les **mails** : « *Oui téléphone, mails maintenant [...], ils nous envoient des messages, on relance.* » (M12) ou **se déplaçaient à l'officine** : « *La pharmacie de mon village j'y passe assez souvent donc on se voit et on discute de patients de manière informelle en fait.* » (M2)

Les échanges étaient le plus souvent **initiés par le pharmacien** : « *En général c'est plutôt eux qui me contactent.* » (M8)

Les pharmaciens prenaient contact avec le médecin :

- pour une précision sur une ordonnance : « *Surtout quand on fait des bêtises sur les ordonnances (rires) ou quand il y a des choses qui ne sont pas bien claires.* » (M9)
- pour demander l'accord du médecin avant de délivrer un traitement : « *Le pharmacien dit « Est ce que je peux avancer etc », bon on se met d'accord sur tel traitement et voilà.* » (M12)
- pour substituer un médicament manquant : « *De plus en plus on a des soucis de manque de médicament [...] ils nous appellent et ils nous disent ben non on ne l'a plus, qu'est ce qu'on peut mettre d'autre à la place ?* » (M12)

- pour adresser au médecin un patient qui s'était spontanément présenté à l'officine : « Ça m'arrive de temps en temps que le pharmacien m'appelle pour me demander si je peux prendre un patient en urgence qui s'est présenté à l'officine et voilà parce qu'il a bien perçu qu'il y avait un truc important qui nécessitait une ordonnance. » (M11)
- en cas de doute sur une ordonnance : « [Ils] me préviennent aussi par téléphone quand il y a des suspicions, enfin ce n'est même plus des suspicions, quand ils ont des ordonnances trafiquées, voilà quand il y a des trucs un peu louches. » (M11)

Les médecins initiaient eux aussi les échanges avec les pharmaciens : « C'est vrai qu'on les contacte régulièrement par rapport à nos patients. » (M10)

- pour connaître les traitements de nouveaux patients : « Je les contacte aussi parfois quand j'ai des nouveaux patients qui arrivent sans rien, qui ne connaissent pas leur traitement, j'appelle la pharmacie pour qu'ils me donnent le traitement chronique. » (M11)
- en cas de substitution d'un médicament par le pharmacien : « La personne elle revient, elle me dit « Le pharmacien il m'a changé ça pour ça parce qu'il n'y avait pas », ben j'appelle pour voir ce qu'il en est. » (M14)
- pour faire le lien avec les prescriptions des spécialistes : « C'est souvent le pharmacien qui fait le lien et on arrive à savoir effectivement ce qui a été prescrit ou pas prescrit. » (M12)
- pour transmettre une ordonnance au pharmacien : « Après c'est aussi pour des petits problèmes logistiques, je vous dis, d'ordonnances, la personne ne peut pas se déplacer [...] j'appelle pour savoir si c'est bien la bonne pharmacie, le mail etc. » (M11)
- en cas de besoin de médicament ou de matériel : « Je les contacte plus quand je suis de garde et qu'il me faut un truc spécial ou quand j'ai une urgence et que je veux savoir s'ils ont le bon produit. » (M8)
- pour mettre en place du matériel médical : « On a besoin d'un lit médicalisé etc, nos pharmaciens ici vont apporter le matériel des choses comme ça. » (M12)

Pour les médecins interrogés, la communication avec les pharmaciens était jusqu'à présent essentiellement **informelle** : « La coopération elle se fait surtout de manière informelle, tiens j'ai vu monsieur untel, c'est bizarre il est venu en retard pour son renouvellement, je l'ai encore dépanné d'une boîte ou des trucs comme ça, c'est surtout de manière informelle, non sécurisée et non tracée probablement enfin dans la plupart des cas je pense. » (M2)

### 1.4.3. Une représentation hétérogène du rôle du pharmacien

Les médecins interrogés s'accordaient sur **l'importance du rôle du pharmacien** dans la prise en charge des patients : « *Je pense qu'ils sont quand même des acteurs privilégiés, ils sont le dernier barrage avant que le patient ne prenne un traitement donc je pense qu'il faut vraiment, non c'est un rôle extrêmement important.* » (M10)

Certains médecins soulignaient d'ailleurs leur rôle de **professionnel de santé de proximité** : « *Tout le monde n'est pas suivi par une infirmière non plus, par contre tout le monde va chez le pharmacien.* » (M5), des patients s'adressant **en premier au pharmacien** en cas de problème de santé : « *Il y a quand même beaucoup de gens qui consultent la pharmacie avant nous.* » (M2)

Le pharmacien était ainsi vu comme **un des acteurs du suivi des patients**, à travers ses différents domaines d'intervention. Tout d'abord, les médecins mentionnaient son **rôle dans le contrôle de leurs ordonnances**, permettant une double vérification et ainsi la sécurisation de leurs prescriptions : « *Parfois notre garde fou aussi, là aussi pour le suivi de nos prescriptions, l'attention qu'il apporte peut-être de manière plus fine sur nos prescriptions, voilà tout ça c'est un gain de temps pour le médecin et un gain de sécurité pour le patient.* » (M3)

Le pharmacien possédait également un **rôle d'alerte**, pour adresser un patient au médecin dans les situations où il jugeait qu'une consultation médicale était nécessaire : « *Le pharmacien peut aussi être alerté par un patient sur un symptôme, il faut qu'il nous contacte, ils les encouragent parfois à venir en consultation donc ils ont un rôle à tenir.* » (M10)

Le pharmacien tenait également un **rôle dans la surveillance des patients** : « *Je pense que des fois ça peut être pas mal pour la prise de tension, les choses comme ça, la surveillance, ça peut être bien si le patient ne veut pas revenir.* » (M13) ainsi qu'un **rôle de conseil** pour les patients, en particulier pour les traitements non soumis à prescription médicale : « *Alors du conseil, quand ils conseillent sur de l'homéopathie ou de la phytothérapie.* » (M8)

Certains médecins ont fait remarquer la **complémentarité des rôles** du médecin généraliste et du pharmacien dans le suivi du patient : « *Moi je pense que le travail du médecin et du pharmacien sont complémentaires, je ne vois aucune concurrence dans le travail du médecin et du pharmacien, c'est un complément, c'est un acteur du suivi du patient, si c'est bien fait, je pense que c'est très productif pour le patient, très positif.* » (M10)

Toutefois, contrastant avec ces observations, **certaines réserves** ont été émises par les médecins quant à l'activité du pharmacien. Ce dernier reflétait pour certains médecins une **image plus péjorative** : « *Moi j'ai encore une vision du pharmacien qui est encore un peu péjorative.* » (M7)

Plusieurs médecins ont mis en avant le **côté « commerçant »** du pharmacien contrastant avec son statut de professionnel de santé : « *D'ailleurs je finis par caricaturer le pharmacien qui de temps en temps est un pur commerçant.* » (M7) ; « *Le pharmacien il veut juste vendre ses boites en étant très clair.* » (M14)

D'autres trouvaient certains pharmaciens parfois trop **entreprenants** : « *Parfois, ils sont un peu pro-actifs quand même.* » (M3) ; « *Il ne faut pas qu'il ait l'impression d'être calife à la place du calife et ça, ça peut arriver, chez certaines personnes, forcément il y a des personnes qui ont envie de jouer un peu plus le rôle de thérapeute.* » (M8), pouvant entraîner des **désaccords** : « *Il y a des pharmaciens qui veulent faire les médecins et ça se passe pas bien.* » (M8)

## **2. RAPPORT DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES À LA DÉLÉGATION DE TÂCHES**

### **2.1. Une expérience limitée**

Le concept de délégation de tâches semblait demeurer **obscur** pour un grand nombre de médecins : « *C'est tellement flou.* » (M1) ; « *Comme délégation qu'est ce qu'on entend par là, moi c'est un truc, je ne vais pas dire ça me fait peur mais c'est tellement nébuleux.* » (M14)

Pour la plupart des médecins, leur **expérience** concernant la délégation de tâches restait donc **limitée** pour le moment, n'étant pas habitués à cette forme de coopération : « *Non, moi je n'ai pas d'expérience.* » (M7) ; « *On a pas été habitué à ça.* » (M1)

A l'exception d'un des médecins pour qui la délégation était d'ores et déjà ancrée dans sa pratique quotidienne : « *Toute la journée je délègue, je veux dire nous on fonctionne comme ça.* » (M6)

### **2.2. Une délégation essentiellement vers les IDE**

En évoquant la délégation de tâches, les médecins mentionnaient spontanément la **délégation vers les IDE** : « *Enfin je parle surtout des infirmières parce que c'est surtout avec elles qu'il y a la délégation.* » (M2)

Cette délégation vers les IDE était motivée non seulement par le **temps disponible des IDE** auprès de leurs patients, chez qui leur passage quotidien permettait une surveillance rapprochée : « *Il y a des suivis qu'on peut faire faire par une infirmière, délégation de tâches, par exemple je pense à*

*une dame diabétique qui revenait avec son insuline, là c'était tout le rôle de l'infirmière d'être la pour l'éducation thérapeutique et gestuelle [...] là c'est une bonne délégation et je sais qu'elle le fait, et qu'elle le fait bien et qu'elle a le temps de le faire. » (M14) mais également en raison de la **formation et des compétences propres des IDE** : « Délégation ben les infirmières si [...] elles ont pas besoin de nous pour monter ou descendre les insulines donc ça je pense que c'en est une.. Mais ça, ça fait partie aussi de leur protocoles, elles savent le faire donc elles l'ont toujours fait. » (M13) permettant une **relation de confiance au sein du duo médecin-IDE** : « On délègue aussi aux infirmières libérales, elles gèrent bien les INR, les choses comme ça, elles le font sous couvert de notre responsabilité mais si on a confiance, c'est vrai qu'on les laisse gérer ce genre de choses. » (M4)*

Cette délégation leur semblait **encourageante** : « L'évolution du travail infirmier a été importante également donc je pense que la délégation de tâches, en particulier vis à vis des infirmières, me semble très très prometteur. » (M10)

Trois des médecins interrogés avaient une **expérience de délégation avec une IDE ASALÉE** au sein de leur structure pluridisciplinaire, mettant en avant sa disponibilité et sa formation permettant d'approfondir certains points difficiles à intégrer dans le temps d'une consultation de médecine générale : « On a une infirmière ASALEE ici, moi je délègue beaucoup de choses à mon infirmière ASALEE parce que clairement, elle me fait gagner du temps, c'est surtout ça et puis je pense de la qualité de prise en charge pour les patients, parce que, vu qu'elle a plus de temps, elle a le temps de faire des choses qu'on n'a pas le temps de faire et pour lesquelles elle est bien sûr formée. » (M4)

Certains médecins évoquaient également leur **expérience à l'étranger**, où la délégation de tâches était installée depuis de nombreuses années : « J'étais parti faire un séjour de huit jours dans un cabinet médical en Écosse, il y a très très longtemps et j'avais remarqué que les infirmières mâchaient le travail du médecin c'est à dire qu'elles prenaient la tension, qu'elles pesaient les patients, elles notaient plein de choses, le médecin ne faisait quasiment rien, il prenait une décision médicale, de temps en temps, il examinait le patient mais pas forcément. » (M7)

### **2.3. Une réponse insatisfaisante à un problème de santé publique**

Pour les médecins interrogés, la délégation de tâches était essentiellement vue comme une **mesure compensatoire à une démographie médicale en tension** : « Je pense que c'est une réponse à la baisse de la démographie médicale. » (M10)

Cependant, cette réponse ne leur apparaissait que comme une **solution provisoire** : « Il y a un défaut structurel, c'est une mesure de compensation partielle et provisoire, de délestage, voilà

*c'est un itinéraire bis foireux. » (M6) et leur semblait **inadaptée sur le long terme** : « Je pense que ce sont de fausses bonnes idées parce que je pense que pour essayer de, comment dire, d'améliorer le quotidien des médecins généralistes entre guillemets en souffrance [...] on trouve des petites rustines à droite, à gauche, qu'on colle aux autres professions moyennant un peu de financement mais le jour où on fera moins de choses, on aurait été bien contents de continuer à faire nos TROD pour les angines et de suivre nos patients. » (M2)*

La véritable solution pour les médecins étant d'**augmenter le nombre de médecins généralistes** sur le long terme : « *Le vrai problème, c'est pas la délégation de tâches, ça c'est un palliatif à une défaillance du système, la seule réponse normalement, c'est d'avoir plus de médecins généralistes en libéral, point barre. » (M6)*

La délégation de tâches était également vue par les médecins comme une réponse apportée pour **diminuer les dépenses de sécurité sociale** : « *Je pense effectivement, peut être que ça a un coût global moindre et ça on comprend effectivement que ça peut avoir un intérêt et je le comprends. » (M12) ; « On va en profiter pour payer tout le monde moins pour faire en sorte qu'il y ait moins de dépenses de sécurité sociale, c'est ça l'objectif. » (M1)*

#### **2.4. Un intérêt partagé dans la pratique des médecins**

Certains médecins voyaient dans la délégation de tâches une **nécessité et un soutien** dans le système de santé actuel : « *Je suis pour et je pense qu'il faut le faire parce qu'on arrive plus, moi à moins qu'on nous augmente la proportion de médecins généralistes sur le terrain et qu'on valorise notre travail différemment, je pense qu'il faut de toute façon déléguer des tâches, je pense que c'est indispensable. » (M10)*. La délégation apparaissait alors comme une **adaptation nécessaire à l'évolution de la médecine générale** : « *On s'oriente vraiment vers la consultation complexe de médecine générale poly-pathologique, poly-médicamentée, poly-fragilité et poly-problème social donc c'est malheureux à dire mais les choses les plus simples, moi je les délègue tous les jours. » (M6)*

D'autres médecins étaient quant à eux plus **mitigés** sur l'apport de la délégation de tâches dans leur exercice : « *Je ne sais pas si il y a vraiment une plus-value, je vois pas quelle plus-value hormis le fait effectivement d'améliorer un peu nos contacts et la synergie qu'on a déjà et le travail en équipe, moi je suis tout seul, en cabinet isolé, à l'ancienne mais comme j'ai déjà cette synergie la, je pense pas que j'aurais un énorme impact, une modification de mes pratiques. » (M2)*, l'impact de la délégation sur le long terme risquant d'être **délétère pour la médecine générale** : « *Je pense que*

*dans 15-20 ans on s'en mordra les doigts de ne pas avoir été contre ou du moins de ne pas avoir contrôlé ça, si on laisse tout faire et que l'on ne fait plus rien , concrètement, il ne va plus rien nous rester. » (M2)*

L'intérêt principal de la délégation de tâches cité par les médecins pour leur pratique était de **libérer du temps médical** en se déchargeant de certains actes : *« Il y a un intérêt, en fait un gain de temps sur des tâches dont notre expertise n'est pas nécessaire. » (M3)*, afin de pouvoir mettre ce temps médical libéré **au profit des tâches les plus complexes** et donc chronophages : *« Moi j'estime avoir plus besoin de travailler avec un insuffisant cardiaque, avec un diabétique, à faire des diagnostics parfois plus embêtant en consultation, avoir ce temps là pour le patient et déléguer effectivement certaines tâches aux autres collaborateurs de santé. » (M10)*

## **2.5. Une utilité principalement pour les patients**

Si les médecins restaient divisés sur l'intérêt de la délégation de tâches dans leur pratique, ils semblaient en revanche se rassembler sur **l'intérêt de la délégation dans la prise en charge des patients** : *« C'est bien pour le patient, surtout, c'est pour la prise en charge de manière globale du patient. » (M4)*

Ils citaient le **côté « pratique »** pour les patients : *« C'est surtout dans le sens de faciliter la vie des patients dans des pathologies, voilà des problèmes qui peuvent être réglés très rapidement, qui ne nécessitent pas vraiment notre avis spécialisé, je pense qu'effectivement ça peut rendre service. » (M10)*. La délégation permettait notamment **d'améliorer le confort des patients** en réduisant leur temps d'attente : *« Le bénéfice c'est surtout pour leur confort personnel, pour éviter les files d'attentes à l'hôpital ou en ville, ici si vous prenez un rendez-vous c'est un mois et si vous prenez pas rendez-vous vous venez attendre 3 heures. » (M1)*. Elle permettait également une **prise en charge plus rapide pour les patients**, les autres professionnels de santé étant généralement plus facilement accessibles : *« De dire ben oui il faut attendre 17h ou autre horaire fixe, la pharmacie étant ouverte plus facilement à des horaires plus larges peut leur faciliter effectivement une prise en charge plus rapide et plus agréable. » (M12)*, tout en **évitant un retard dans leur prise en charge** : *« Éviter un retard de prise en charge du traitement ce qui peut être bien dans certains cas. » (M12)*

Si certains médecins pointaient le **risque** de déléguer des tâches médicales à des professionnels n'ayant pas la même formation : *« C'est de la délégation palliative de gens quelque part qui sont moins bien formés et ce n'est que des portes ouvertes à d'autres problèmes. » (M6)*, d'autres

médecins, au contraire, mettaient en avant l'importance de s'appuyer sur les **compétences de chacun des professionnels** dans la prise en charge des patients, en déléguant chaque acte au professionnel le mieux formé pour l'accomplir : « *On délègue certaines tâches aux infirmières, on délègue certaines tâches aux pharmaciens, encore une fois, c'est une équipe qui entoure le patient, moi je ne me sens pas lésée du tout , pas du tout, je pense qu'effectivement chacun à son professionnalisme.* » (M10)

## **2.6. Les médecins prêts à déléguer certaines tâches**

Un certain nombre de tâches ont été évoquées par les médecins lors des entretiens comme des actes qu'ils déléguaient déjà ou qu'ils seraient prêts à déléguer dans l'avenir.

Les médecins interrogés se disaient favorables à la délégation des actes où l'**expertise du médecin n'était pas nécessaire** : « *Des problèmes qui peuvent être réglés très rapidement, qui ne nécessitent pas vraiment notre avis spécialisé.* » (M10) et pour les actes qu'ils jugeaient **chronophages** : « *Moi ce que j'aurais tendance à déléguer c'est ce qui prend du temps et qui n'est pas forcément très valorisé dans notre rémunération.* » (M9)

Si tous les médecins s'accordaient sur l'**importance de la prévention** dans la prise en charge de leurs patients, pour certains médecins, la délégation prenait tout son sens dans ce domaine en raison du **manque de temps** qu'ils pouvaient y accorder : « *Ce serait une bonne idée effectivement d'avoir une délégation de tâches dans cette optique là, tout le côté préventif qui est à mon avis plus qu'essentiel, ça prend beaucoup de temps.* » (M7). Au contraire pour d'autres, la prévention devait rester leur **rôle propre** : « *Notre rôle principal c'est la prévention et le suivi des patients et je trouve que notre rôle de prévention est primordial donc je suis pas prêt à déléguer.* » (M4)

Les médecins étaient prêts à déléguer des **actes de dépistages** : « *Je fais du dépistage de BPCO et d'asthme par spirométrie [...] c'est quelque chose que je déléguerais parce qu'il n'y a pas besoin d'être médecin pour faire ça.* » (M11)

Pour la **surveillance des paramètres**, les avis étaient plus partagés. Pour certains, elle pouvait être facilement déléguée : « *La prise de la tension oui, la prise de la saturation oui chez des gens qui sont insuffisants respiratoires.* » (M5), alors que pour d'autres cela faisait partie de la relation avec leur patient : « *La prise de tension, enfin des constantes, des paramètres, qui pourrait être fait en amont de la consultation, comme ça se fait à l'hôpital et ailleurs [...] pour moi ça fait partie de la consultation et de la relation avec le patient.* » (M11)

Les médecins ont évoqué certains **suivis qu'ils déléguaient déjà** : « *Le suivi du diabète, ça m'arrive de le déléguer, le réglage des INR c'est un acte médical mais je le délègue aussi.* » (M4)

La délégation de la **prescription de matériel** était également envisagée : « *Du matériel aussi, c'est pas forcément facile de les prescrire, on est pas très au clair de ce côté là, moi la délégation de tâches je la laisserai plutôt dans ce genre de choses.* » (M7)

Pour certains actes, ils admettaient même que d'autres professionnels étaient mieux formés qu'eux, comme pour la **prise en charge des plaies** : « *Parfois l'expertise des autres professionnels de santé est même plus importante que la nôtre : soins de plaies, suivi de plaies parce que techniquement, c'est à nous de le faire mais on est vraiment pas bons là-dedans, faut être quand même honnête.* » (M3)

Toutefois, pour certains médecins, cette délégation devait rester **limitée** : « *Déléguer des petits actes techniques comme je fais moi mais qui restent quand même très marginaux dans les cabinets de médecine générale, voilà les petits actes techniques, ça me pose pas de soucis, ça on peut le faire faire mais c'est tout quoi.* » (M11)

### **3. DES AVIS DISCORDANTS SUR LA DÉLÉGATION DE TÂCHES AUX PHARMACIENS**

Plusieurs médecins sont revenus sur l'exemple **du suivi des patients sous AVK** par les pharmaciens, constatant le manque de succès de cette mesure : « *On avait aussi inventé qu'ils allaient suivre les traitements anticoagulants, ça n'a rien donné.* » (M1)

De manière générale, les **avis des médecins interrogés étaient partagés** quant à la délégation de tâches envers les pharmaciens.

#### **3.1. L'expérience de la vaccination anti-grippale**

En introduisant le sujet des nouvelles tâches confiées aux pharmaciens, la majorité des médecins interrogés avait évoqué en premier lieu **la vaccination contre la grippe saisonnière** : « *Effectivement quand vous parlez de la délégation de tâches, au niveau des pharmaciens, il y a des sujets qui fâchent comme la vaccination et autres, moi personnellement ça ne me fâche pas du tout.* » (M10)

### 3.1.1. Un besoin d'améliorer la couverture vaccinale

La plupart des médecins se disaient **favorables** à la vaccination anti-grippale par les pharmaciens, l'argument principal énoncé étant la **nécessité de faire progresser le taux de couverture vaccinale** : « *Moi j'y vois une bonne idée parce que bon, je pense que la couverture vaccinale en France est très très largement inférieure à ce qu'elle devrait être.* » (M7)

L'important pour les médecins était de donner au patient **tous les moyens** de se faire vacciner : « *Après l'important c'est que le patient il n'ait aucune excuse de ne pas avoir de compliance, si mon médecin n'est pas accessible, je vais chez le pharmacien le chercher, j'ai l'infirmière qui peut venir, [...] après si il le veut pas, c'est qu'il le veut pas mais il a aucune excuse de ne pas avoir les moyens.* » (M6)

Pour certains médecins, il semblait évident de **vacciner à l'endroit même de la délivrance** : « *C'est normal de piquer au même endroit où on délivre, on est quand même obligé d'y aller quoi.* » (M6). Le fait de vacciner directement à l'officine permettait de **diminuer le nombre d'étapes du processus vaccinal** favorisant l'adhésion du patient : « *Oui comme ça on est sûr que si ils l'ont en stock, que c'est fait parce que nous on le prescrit après est ce qu'ils vont chez le pharmacien et ils reviennent ici ? Moins il y a d'agents dans la chaîne et mieux c'est suivi.* » (M5). Certains médecins insistaient également sur l'avantage de la **réalisation immédiate** de la vaccination par le pharmacien évitant ainsi le découragement ou l'oubli pour le patient : « *Je pense qu'un patient qui a décidé de se faire vacciner s'il peut le faire rapidement je pense que c'est très bien, sinon il va laisser traîner le vaccin dans son frigo et il ne va pas venir en consult ou il va dire je vais avoir un rendez-vous dans 15 jours, trois semaines, un mois, il va oublier.* » (M10)

Quelques médecins indiquaient avoir **adressé d'eux même leur patient au pharmacien** pour la réalisation de la vaccination : « *Les patients qui me l'ont demandé quand je leur ai fait leur ordonnance, je leur disais « écoutez quand vous allez chercher le vaccin à la pharmacie, demandez au pharmacien de le faire » donc je le proposais et j'en ai certains qui l'ont fait et certains qui sont revenus me voir.* » (M4)

### 3.1.2. Des doutes sur l'adhésion des patients

Cependant certains médecins émettaient des **doutes sur l'adhésion des patients** à la vaccination par le pharmacien et donc sur le gain effectif au niveau de la couverture vaccinale : « *Je suis pas sûre qu'il y ait plus de monde qui le fasse grâce aux pharmaciens.* » (M13). Ils exposaient notamment les **résultats** obtenus suite aux **expérimentations régionales** des années précédentes :

*« Au final les stats ont montré qu'il n'y avait pas une augmentation majeure des vaccinations de la grippe par rapport aux autres années. » (M11)*

Si quelques médecins avaient constaté que leurs patients s'étaient rendus en officine pour se faire vacciner : *« Je pense qu'il y a plus de patients vaccinés, il y en a qui y sont allés parce qu'ils pouvaient se faire vacciner en pharmacie je pense. » (M10)*, d'autres au contraire indiquaient que peu de leur patients s'étaient fait vacciner par le pharmacien : *« Moi je n'ai pas l'impression qu'il y ait beaucoup de mes patients qui se soient fait vacciner par le pharmacien. » (M14)*

Certains patients, d'après eux, préférant tout de même être vaccinés par le médecin : *« Après il y a des gens qui veulent être piqué par le médecin, ça c'est personnel. » (M5)*

Les médecins ont également évoqué **les retours** qu'ils avaient eu de la part **de leurs patients** vaccinés par le pharmacien. Si certains avaient eu des retours positifs : *« Le retour a été très positif. » (M10)*, d'autres évoquaient des retours plus mitigés de certains patients : *« J'étais surpris, j'en ai plusieurs qui m'ont dit que ce n'était pas forcément leur rôle, qu'ils n'étaient pas forcément à l'aise avec tout ça, et que l'année prochaine, certains viendront se faire vacciner plutôt au cabinet. » (M7)*

### 3.1.3. Des réserves sur la vaccination par le pharmacien

Quelques médecins semblaient quant à eux plus **réfractaires** à la vaccination par le pharmacien : *« Moi, je ne suis pas contente que les pharmaciens aient le droit de vacciner. » (M11)*

Tout d'abord, les médecins mettaient en avant que les consultations pour la vaccination étaient souvent l'occasion pour eux de faire de la **surveillance et prévention** : *« Ceux qu'on voit jamais, ça nous permet de prendre une tension, d'écouter le cœur en même temps et de faire un peu de prévention. Moi je profite quand il y a un vaccin pour faire de la prévention voilà. » (M13)*

La consultation pour la vaccination anti-grippale permettait également de **faire le point sur les autres vaccinations**, les médecins interrogés redoutant que le sujet ne soit pas abordé par les pharmaciens : *« Quand on fait la vaccination de la grippe, c'est aussi un moment pour reparler des autres vaccins, chez les personnes âgées, il y a le zona, il y a les revaccinations DTPolio éventuelles, en fonction de leur âge, enfin voilà il faut aussi les re-sensibiliser à certaines choses alors que le pharmacien n'aura certainement pas le même discours. » (M11)*

Autre point abordé par les médecins, celui du retour d'information sur les vaccins réalisés par les pharmaciens. La plupart des médecins interrogés regrettaient **l'absence de retour de la part des pharmaciens** : *« Ça c'est le gros défaut, on en a pas, c'est à dire qu'on ne sait pas si le patient est vacciné ou pas [...] de manière spontanée on a pas de retour. » (M3)*. Le plus souvent, le retour leur

était fait **par les patients** à la consultation suivante : « *C'est les patients qui nous le disaient lors d'une consultation.* » (M11). Ils précisait que l'absence de retour d'information posait **problème pour le suivi des vaccinations** : « *Le problème c'est qu'après on ne sait jamais si le patient a été vacciné ou pas, donc c'est plus le suivi post vaccination, dossier.* » (M4)

Pour nuancer ces propos, quelques médecins avaient tout de même eu des **retours spontanés de la part des pharmaciens** : « *Chaque patient a reçu un certificat de vaccination qui nous a été remis, pour les patients vaccinés en pharmacie.* » (M10), tout en précisant que les oublis étaient possibles : « *Je ne suis pas à l'abri qu'il ait oublié de m'en dire un par exemple.* » (M2). Un des médecins s'était même **organisé en amont** avec les pharmacies de son secteur pour récupérer la liste de ses patients vaccinés, regrettant toutefois de ne pas avoir pu récupérer l'ensemble des informations : « *On s'était mis d'accord au moins avec ceux qu'on travaille qu'ils nous donneraient les listes à chaque médecin des patients qu'ils avaient vaccinés mais bon je pense qu'il y en a deux qui ont joué le jeu pour l'instant.* » (M9)

Les médecins précisait également que la vaccination, en dehors de leur cabinet, était **déjà réalisée par les IDE** : « *Les infirmières aussi le font parce qu'il y a beaucoup de patients où c'est fait directement par les infirmières.* » (M10). Le risque, selon eux, étant de déporter ces vaccinations, avec donc un **risque de perte d'activité pour les IDE** : « *Ça prend aussi le rôle de l'infirmière, et nos infirmières libérales ça leur prend des patients aussi et donc je suis pas forcément pour à la pharmacie.* » (M13). Certains médecins semblaient d'ailleurs **plus favorables à la vaccination par les IDE** que par les pharmaciens : « *Autant ça va pas me gêner avec une infirmière qui a vraiment une formation technique, des bases vraiment solides [...] autant avec un pharmacien, c'est compliqué quoi parce que ça va plus être intellectuel sur tel médicament que sur des actes techniques.* » (M8)

Sur l'**impact de la délégation sur leur pratique de la vaccination**, les médecins étaient divisés, certains n'ayant pas constaté de baisse de la vaccination dans leur cabinet : « *J'ai l'impression d'avoir toujours autant vacciné.* » (M14) alors que pour d'autres, la baisse semblait évidente : « *Moi j'en ai moins vacciné au cabinet.* » (M10). Un des médecins ajoutant tout de même : « *C'est les études qui avaient été menées, les gens qui sont vaccinés chez le pharmacien c'est des gens qui au final n'allaient pas chez le médecin ni les infirmières en majorité.* » (M2)

Bien que, pour les médecins interrogés, la **vaccination soit rarement le motif unique** d'une consultation chez le médecin généraliste : « *Pour nous le vaccin on le fait toujours dans le cadre du suivi, c'est rarement un patient qui vient juste pour le vaccin ou alors il a rien d'autre.* » (M3), pour plusieurs médecins, la vaccination par le pharmacien était **nécessaire** lors des périodes hivernales, où la charge de travail pour les médecins généralistes était la plus importante : « *Le pharmacien,*

*bien sur moi en pleine épidémie d'hiver et autres, je peux pas vacciner tout le monde et voir tout le monde donc les infirmières vaccinent, le pharmacien vaccine. » (M6)*

#### 3.1.4. Des réticences pour la délégation des autres vaccinations

L'éventuelle possibilité de déléguer dans l'avenir les rappels des autres vaccinations aux pharmaciens avait également été évoquée au cours des entretiens.

Certains médecins pensaient que le pharmacien avait un **rôle à jouer dans la surveillance des vaccinations**, permettant de relancer les patients afin d'améliorer l'observance : *« Si ça peut apporter une meilleure observance ou les relancer, pourquoi pas [...] tout ce qui est relancer je dirais que ce n'est pas inutile, quand on dit et on répète, c'est encore mieux. » (M12)*

De même, la **prescription et la délivrance** immédiate des vaccins par le pharmacien permettait d'éviter les allers-retours pour le patient : *« Je trouve que la prescription c'est même bien parce que nous souvent ils nous appellent avant, il faut qu'on mette une ordonnance, ce serait aussi bien qu'ils puissent aller directement en pharmacie. » (M13)*

Cependant ils étaient plus **divisés sur la réalisation** des autres vaccins par le pharmacien.

Si pour certains la vaccination ne devait **pas être réservée aux médecins** : *« Le vaccin c'est clairement quelque chose qui ne doit pas nous être réservé que à nous [...] c'est ce qu'il faut pour les pharmaciens à tout prix, si on veut augmenter la couverture vaccinale à un moment, on ne passera que par la donc c'est totalement judicieux. » (M2)*, pour d'autres, au contraire, la vaccination devait **rester un acte médical** : *« Pour moi ça doit rester un geste médical, c'est important la vaccination, il ne faut pas que ce soit galvaudé. » (M8)*

La raison principale citée par les médecins défavorables à cette délégation était l'absence de retour d'information où **l'impact négatif sur le suivi ultérieur** était majoré par rapport au vaccin annuel contre la grippe : *« Je crois que le vaccin malheureusement c'est saisonnier grippal, voilà c'est plus facile que les autres vaccins où il faut avoir une coordination, une tenue du carnet de vaccination pour savoir où on en est, que quelqu'un détienne l'information. » (M6)*. D'autant plus que, pour les médecins, contrairement à la vaccination anti-grippale qui devait être réalisée à un moment précis de l'année, les rappels vaccinaux pouvaient, dans la plupart des cas, attendre la prochaine consultation médicale : *« REPEVAX® c'est quelque chose qui peut se reprendre donc c'est pas grave si tu ne fais pas ton vaccin en septembre, tu le fais en décembre ou dans les six mois qui suivent derrière, ça n'a pas du tout le même impact. » (M7)*

Un des médecins a également pointé du doigt le **risque d'effet inverse** sur la vaccination, craignant que cela ne crée de la confusion en raison de la méfiance de certains patients envers les laboratoires

pharmaceutiques : « *Quand vous voyez tous les soucis qu'il peut y avoir avec certaines vaccinations avec ce qu'en ont les gens, ils ont déjà en plus dans cette idée des lobbys pharmaceutiques qui essayent de se faire du fric avec les vaccins, si on délègue ça aux pharmaciens on va avoir l'effet inverse.* » (M8)

Si les médecins s'accordaient sur leur préférence à réaliser eux mêmes les autres vaccins, certains restaient tout de même ouverts à cette proposition **si la preuve de l'augmentation de la couverture vaccinale leur était apportée** : « *Dans le but d'augmenter la couverture vaccinale, je comprends, si les statistiques nous montrent que c'est efficace, moi je me plierais à ce genre de choses mais personnellement j'aime bien moi vacciner mes patients moi-même.* » (M7)

Pour finir, quelques médecins émettaient des **doutes sur l'envie des pharmaciens de vacciner** : « *Pour en avoir discuté avec eux, je sais qu'ils ne sont pas spécialement pour parce qu'ils ont pas le temps et puis ils me disent chacun son métier.* » (M13) et sur leur **ressenti** par rapport à l'acte vaccinal : « *Je ne suis pas sûre que tous les pharmaciens se sentent à l'aise de faire des vaccins.* » (M8)

### **3.2. Une désapprobation des TROD angine en officine**

La plupart des médecins généralistes interrogés **réalisaient un TDR** aux patients les consultant pour une angine, ceux qui ne le faisait pas évoquaient essentiellement un **manque de temps** : « *Moi ça me gonfle les tests, en général on le fait quand on est deux parce que sinon on a pas le temps [...] et puis une angine bactérienne on le voit bien quand même.* » (M8)

La majorité des médecins semblait **réfractaire aux tests diagnostiques** en officine. Ils insistaient sur le fait que le TDR, en dehors du geste en lui même, devait s'accompagner obligatoirement d'un interrogatoire et d'un examen clinique afin d'aboutir à un diagnostic et en ce sens devait être **réalisé par un clinicien** : « *Le TDR doit être, pas pour les médecins forcément, mais pour des cliniciens, clinicien qui veut, peu importe [...] et ça vient accompagner un examen clinique, un interrogatoire.* » (M6). Ce qui, pour certains médecins, **s'éloignait du rôle du pharmacien** : « *Je pense que c'est plus tout à fait le rôle du pharmacien de faire des tests diagnostiques.* » (M12)

De plus, en dehors du résultat du TDR, ils soulignaient **l'importance de l'instinct du médecin** dans le diagnostic des angines : « *La médecine, c'est pas une science exacte, on vous l'a dit, donc des fois l'instinct du médecin c'est important aussi et puis c'est vrai que des fois quand on l'impression que c'est une belle angine bactérienne qui commence à devenir phlegmoneuse, on fait pas forcément le test, c'est l'instinct qui prime.* » (M8). Les médecins craignaient ainsi de **passer à côté d'éventuelles**

**complications** : « *Il va faire le test, il va dire il est négatif, si c'est une angine ça devient un gros phlegmon et que le patient est faussement rassuré, ça risque d'être un peu catastrophique.* »(M8) ou de **diagnostics différentiels** : « *Pour faire le diagnostic différentiel de plein d'autres choses, bon un début de phlegmon pourquoi pas, une angine de Vincent ou je sais pas quoi, pleins d'autres trucs qu'on voit pas déjà nous tous les jours mais qu'on a quand même en tête.* » (M2)

Le **caractère jugé invasif** du TDR avait également été mentionné comme un facteur limitant : « *Dès que c'est quelque chose qui est un peu agressif ou un peu invasif, voilà c'est le côté invasif, je pense que ça doit limiter.* » (M8), pouvant même s'avérer **dangereux pour le pharmacien** s'il était mal réalisé : « *Après c'est dangereux pour eux [...] s'ils ne savent pas bien le faire, qu'ils se prennent plein de truc dans la tronche, parce qu'ils auront pas forcément le réflexe*» (M8)

Les médecins pointaient également du doigt l'aspect **mercantile** dans la prise en charge des odynophagies par les pharmaciens : « *Si on parle du TDR, il y a le côté commercial derrière, parce qu'il y a quand même de la vente de médicaments non remboursés qui est en arrière fond [...] la partie commerciale de la pharmacie qui m'a toujours un peu dérangée.* » (M10), le traitement de cette pathologie directement en pharmacie risquant d'aboutir à la **vente de traitements** jugés « inutiles » par les médecins interrogés : « *Je pense qu'il y a de la surconsommation de médicaments inutiles je pense en pharmacie, c'est là qu'est un peu le biais quoi, c'est à dire que le recrutement du pharmacien va déboucher sur de la vente de médicaments parfois un peu, voilà, inutiles dans ce domaine là.* » (M10). Cependant, pour certains des médecins, la réalisation du TDR en officine permettait tout de même **d'adapter le traitement délivré par le pharmacien** : « *Alors ça peut être leur rôle entre guillemets si parce que quand c'est juste quelqu'un qui dit j'ai besoin de ça etc, plutôt qu'ils donnent juste un anti-inflammatoire ou quelque chose et qu'il y ait réellement une angine ben pourquoi pas effectivement.* » (M12)

Pour certains médecins, c'était la possibilité de **prescription du pharmacien** en cas de positivité du test, dans le cadre des protocoles de coopération, qui leur posait problème : « *Pour des choix de traitement, je pense que c'est un rôle qui devrait quand même être assuré par un médecin.* » (M12).

Certains médecins redoutaient que cela entraîne **une sur-consommation d'antibiotiques**, craignant que les pharmaciens soient soumis à la pression des patients : « *Est ce que sous la pression même si c'est négatif est ce qu'ils vont pas donner des antibiotiques ? [...] si c'est négatif, je ne mets pas d'antibiotique, est ce que derrière ils ne vont pas le faire ?* » (M13) ou que des antibiotiques soient prescrits pour des angines qui n'en nécessitaient pas obligatoirement : « *Augmentation de la prescription d'antibiotiques parce que je sais pas peut être qu'on récupérera dans la foulée peut être plus de streptococques positifs qui seraient peut être passés tranquillement en 48 heures mais qu'on va quand même balancer sous antibiotiques maintenant selon les dernières recommandations.* »

(M2)

Certains médecins ne voyaient tout simplement **pas d'intérêt** à cette délégation, pensant que le patient serait tout de même ré-adressé au médecin : « *Ça peut avoir un intérêt en période d'épidémie mais en dehors de ça, ça n'a aucun intérêt parce que le patient consultera quand même et que le pharmacien l'enverra quand même consulter.* » (M3)

Pour ces médecins, le TROD fait par le pharmacien devait rester un **débrouillage** et en cas de positivité du test, le patient devait être **adressé au médecin** pour la prise en charge : « *Je pense que si il y a un débrouillage qui pouvait être fait, oui, oui effectivement pour le débrouillage, après je pense que c'est le médecin quand même qui doit faire la prescription.* » (M10), cela permettant tout de même un **gain de temps** pour les médecins dans leur consultation : « *Si le pharmacien nous envoie son patient avec un TDR positif, donc j'ai pas besoin de le refaire déjà, et ça me donne l'autorisation de le mettre sous antibiotiques direct.* » (M7)

Toutefois quelques médecins **acceptaient la réalisation** de ces tests en pharmacie, les estimant trop chronophages pour leur consultation : « *Qu'ils fassent des TROD dans la gorge et ben c'est tant mieux s'ils ont du temps à perdre, moi je trouve que 6 minutes c'est trop énorme, je suis désolé je ne peux pas.* » (M1) mais en insistant sur la nécessité de **formation clinique** du pharmacien : « *Si le pharmacien est formé, qu'il a une formation clinique, qu'il a fait un semestre dans son parcours d'internat aux urgences et que le mec il a vu des gorges et il sait ausculter et il sait éliminer devant une odynophagie une douleur foireuse et autres et qu'après il fait le truc, il peut déléguer ce qu'il veut, il peut faire ce qu'il veut.* » (M6)

### **3.3. Un renouvellement occasionnel par le pharmacien**

Sur la possibilité de renouvellement des traitements chroniques par le pharmacien, dans le cadre d'un exercice coordonné, les médecins avaient un avis quasi unanime, pour eux le **renouvellement par le pharmacien devait rester exceptionnel** : « *Ça doit rester très ponctuel.* » (M10). Le renouvellement devait, pour eux, se limiter à un **dépannage** dans le cas où le patient n'avait pas de rendez-vous disponible rapidement chez son médecin, afin de ne pas interrompre son traitement : « *Dépanner si ils n'ont plus de PREVISCAN ® ou des choses comme ça, comme c'est fait actuellement, pas de soucis mais que nous on voit quand même régulièrement tous les trois mois les patients.* » (M13), mais toujours **sous réserve de voir le patient** en consultation dans les suites : « *Alors les renouvellements je fais quand, parce que des fois c'est vrai qu'on a des rendez vous à distance [...] donc je dis vous allez voir le pharmacien il vous renouvelle, je vous vois dans trois jours.* » (M8).

Les médecins soulignaient d'ailleurs que c'était **déjà ce qui était fait en pratique**, de manière non coordonnée : « *C'est déjà ce qu'on fait en pratique quand on est entre guillemets surchargés et que le patient ne peut pas venir à telle date.* » (M12)

Le renouvellement par le pharmacien devait par ailleurs rester **cadre et limité** à certains traitements : « *Il faut fixer le cadre et la limite, tout renouveler ben non, évidemment que non.* » (M1) et certains médecins précisait qu'il devait, avant tout, se faire avec **accord du médecin** : « *C'est sûr ça demandera à chaque fois un accord du médecin.* » (M6)

Sur la possibilité de **l'ajustement éventuel de la posologie**, les médecins étaient catégoriques : « *L'ajustement de posologie, clairement sans avis médical, enfin sans contact médical, sans examen physique, voir le patient, enfin au téléphone c'est quand même chaud je pense, pour moi ce serait vraiment une ligne que je ne pourrai pas franchir.* » (M2)

Les médecins interrogés ne voyaient pas, en dehors du contexte de dépannage, l'intérêt du renouvellement par le pharmacien puisqu'ils adaptaient eux même la **fréquence des renouvellements de leurs patients en fonction des pathologies présentées** : « *Moi j'adapte la fréquence de consultation aux types de traitements qu'ils ont [...] certains patients viennent tous les six mois quand c'est des sujets jeunes qui n'ont aucun problème de santé [...] les chroniques à potentiel de décompensation, on les fait venir plus souvent.* » (M10).

Il était par ailleurs important pour les médecins de **rencontrer leur patient** pour leur renouvellement : « *J'aime bien voir mes patients tous les trois mois pour pouvoir faire leur renouvellement, c'est un plaisir aussi.* » (M4). L'ensemble des médecins interrogés insistait sur le fait que le renouvellement n'était pas seulement un acte administratif mais un **moment d'échange avec leur patient** : « *Souvent derrière tout ça on oublie que la consultation du renouvellement d'ordonnance c'est pas que le renouvellement d'ordonnance pur et dur avec une feuille qu'on donne et qu'on tend au patient, il y a aussi un échange, il y a aussi des paroles rassurantes, il y a aussi un examen clinique, toute une série de choses comme ça.* » (M7). Ce moment d'échange leur permettait de **mieux connaître** leur patient afin de l'appréhender dans sa globalité : « *Ça nous permet aussi le suivi chronique de bien connaître nos patients et quand ils ont quelque chose d'aigu c'est comme ça qu'on détecte mieux aussi, c'est en connaissant le patient.* » (M13) et de **renforcer la relation** du médecin avec son patient : « *C'est aussi le fait que le médecin prenne des nouvelles du patient mais aussi de sa famille, c'est plein de choses comme ça en fait, il y a plein de choses comme ça, il ne faut pas oublier ce côté là.* » (M7). Certains médecins avaient ainsi peur de perdre la **dimension humaine** de la consultation : « *J'ai peur moi qu'on oublie le côté humain de la prescription, du renouvellement d'ordonnance.* » (M7)

La consultation de renouvellement était également l'occasion de **faire un point général** sur l'état de

santé du patient : « *On voit les gens tous les trois mois [...] il peut s'en passer des choses, on va discuter avec eux, on ne va pas faire que le renouvellement, dire comment ça va, qu'est ce qu'il s'est passé, on va poser les questions qu'on sait utiles. Pensez vous que le pharmacien, qui n'a pas de notion de sémiologie, ou très peu, il va avoir ce réflexe ?* » (M8). Elle était également vue comme un moment privilégié pour faire de la **prévention et du dépistage** : « *On peut aller au delà nous, alors qu'il va venir à la pharmacie, le patient il va demander un renouvellement de son traitement et puis basta quoi, basta, alors que nous médecin généraliste on est vraiment la pour prendre en compte l'ensemble de sa problématique et moi je fais de la spirométrie, je vais peut être lui proposer un dépistage si il a jamais eu, [...] enfin c'est un peu plus large quand même qu'un simple renouvellement.* » (M11), mais aussi de s'assurer de l'**observance** des patients : « *Peut être que la personne elle ne le prend pas elle aussi le traitement, plutôt que d'augmenter et tout ça, et je pense que c'est à nous en consultation de fouiller ça.* » (M14)

Les médecins interrogés pointaient également le **manque de suivi de leur patient** en cas de renouvellement par le pharmacien : « *Si ils vont voir le pharmacien et tout, parce que les chroniques, par exemple les diabétiques, il faut vérifier qu'il y a la prise de sang, même les hypertendus, si il y a la prise de sang annuelle donc à chaque fois je vérifie quand est ce que ça a été fait mais eux ils n'auront pas le résultat.* » (M13). Les patients risquant de se tourner par **facilité** vers le pharmacien pour leur renouvellement : « *Il y en a quand même beaucoup qui y prendraient goût et qui trouvent que c'est bien pratique d'appeler la pharmacie et qu'on vienne leur livrer les médicaments.* » (M9), certains médecins évoquaient même un **danger** lié à ce manque de surveillance : « *Si pour lui il va juste chercher à la pharmacie, ce sera comme des bonbons, comme ses courses toutes les semaines, il va chercher ses médicaments à la pharmacie et on surveille pas, je pense que ça peut être dangereux même.* » (M13)

Cependant quelques médecins émettaient des **doutes sur l'adhésion des patients** au renouvellement par le pharmacien, pensant que les patients avaient plus confiance en leur médecin : « *Maintenant je sais pas si les gens sont vraiment prêts à ça parce que les gens je pense qu'on les rassure peut-être plus nous ou il y a peut-être plus, je crois que c'est un peu chacun son métier, ils ont peut-être plus confiance dans le médecin.* » (M5)

Autre point évoqué par les médecins, le renouvellement et le suivi de leurs patients était une partie importante de leur activité, déléguer cette tâche serait pour eux une **perte d'activité** et donc un **manque à gagner** : « *Je pense qu'il y a beaucoup de peur qu'on nous pique notre travail, clairement. Si demain je ne fais plus de renouvellement, je ferme le cabinet, c'est malheureux mais c'est comme ça.* » (M2)

Enfin, comme pour la vaccination, certains médecins disaient être **plus favorable au**

**renouvellement par les IDE** que par le pharmacien : « *Moi j'aurais plus tendance à déléguer pas aux pharmaciens mais à une infirmière ces tâches la, infirmière de pratique avancée ou infirmière ASALEE, je pense qu'elles ont des formations bien plus pointues là dessus que malheureusement le pharmacien.* » (M3)

### **3.4. Des disparités sur la prise en charge des cystites par le pharmacien**

Pour évoquer la question de la possibilité de délivrance de traitement à prescription médicale obligatoire par le pharmacien, l'exemple de la cystite a été retenu, s'agissant d'un protocole de coopération publié au Journal Officiel.

Les médecins reconnaissaient que, pour cette pathologie, les patientes s'adressaient **souvent en premier au pharmacien** : « *Souvent effectivement les patientes sont allées à la pharmacie, prendre des probiotiques, des trucs, des machins, des cranberries et tout ça et ils m'appellent parce que ça ne passe pas.* » (M11)

Pour les médecins favorables à la délégation de la prise en charge de la cystite par le pharmacien, il s'agissait de **répondre à la demande urgente des patientes** : « *Ce qui m'intéresse en fait, c'est [...] le fait qu'il soit bien soigné et qu'on puisse répondre rapidement à quelque chose d'urgent, [...] la patiente qui a une cystite et qui a besoin d'un traitement à dose unique, ça me paraît une bonne idée.* » (M7) et ainsi d'**éviter un retard dans leur prise en charge** : « *Je pense qu'effectivement si on est débordés [...] pourquoi pas parce qu'il ne faut pas qu'il y ait de retard dans la prise en charge.* » (M12). Toutefois, les médecins précisaient qu'ils arrangeaient leur planning de consultation afin de **conserver des créneaux disponibles dans la journée** pour ces pathologies urgentes : « *Nous si ils disent aux secrétaires, qu'il y a un message, j'ai une cystite, c'est des symptômes aigus etc on arrive à les intégrer dans la journée.* » (M12), la prise en charge de la cystite étant vu comme un **acte non chronophage** : « *Je suis content d'avoir une cystite, la femme jeune elle vient, ça me prend cinq minutes.* » (M6)

Pour ces médecins, cette prise en charge par le pharmacien devait toutefois là aussi **rester ponctuelle** : « *Ça me choque pas ponctuellement comme ce qui se fait déjà maintenant en garde [...] mais que ça devienne régulier, permanent pour tout le temps, je trouve que c'est compliqué.* » (M2) et pour certains médecins, une des conditions préalable à la délivrance par les pharmaciens était la **réalisation systématique d'un examen d'urines** : « *Oui, à condition que ce soit couplé avec une analyse d'urine systématique.* » (M5)

Toutefois, les médecins mettaient en garde sur la **banalisation** de cette pathologie : « *Le nombre de cystites qu'on voit qui ne sont pas des cystites est incroyable.* » (M3)

Pour certains, **les connaissances et l'expertise du médecin** étaient d'ailleurs essentielles pour poser le diagnostic : « *Je parlais d'expertise du médecin généraliste, du médecin en général, c'est quand même le diagnostic et là il y a un problème diagnostic.* » (M3). Ils insistaient sur la nécessité de la réalisation d'un **examen clinique** afin de poser le diagnostic avant tout traitement : « *Il faut une formation de clinicien, effectivement il faut quand même prendre une température, voir si il y a des signes autres de complications, de diagnostics différentiels, poser deux trois questions, palper un petit coup.* » (M6). Pour les médecins, déléguer cette prise en charge entraînait un **risque de passer à coté d'un diagnostic différentiel**, les symptômes d'autres pathologies pouvant faire évoquer à tort ce diagnostic : « *Est ce que le pharmacien il va demander quel est le type de brûlure et tout et si ça se trouve c'est une mycose, si ça se trouve c'est un calcul qui est en train de migrer et c'est les micro-calculs et les gens ils vont repartir avec leur sachet de MONURIL ®*» (M14)

Certains médecins remettaient également en cause la possibilité de **prescription des pharmaciens**, risquant d'entraîner, comme pour les angines, une augmentation de la délivrance d'antibiotiques : « *C'est la porte ouverte aussi à la fosfomycine à tout le monde* » (M1)

Les médecins insistaient également sur la nécessité de se **méfier des cystites récidivantes** : « *La surveillance, moi ça fait peut être 5 fois qu'elle vient me voir pour une cystite en 3 mois et elle a peut être fait en fait deux ou trois pharmacies différentes et ils sont peut être pas au courant de tout ça.* » (M2) et en cas de prise en charge par le pharmacien, de **rediriger les patientes concernées vers leur médecin** : « *Est ce qu'on leur dit ben il déjà eu une récurrence le mois dernier ben cette fois ci direction médecin parce que de toute façon on veut que ce soit le médecin.* » (M12)

Pour l'impact sur leur pratique, la cystite étant un **acte fréquent** en médecine générale : « *C'est quand même une grosse part de mon activité malgré tout, la cystite c'est un acte hyper fréquent.* » (M11), cette délégation risquait d'entraîner également une **perte d'activité** pour les médecins : « *Moi j'aurais une perte d'activité clairement.* » (M11)

## **4. DES DOUTES DES MÉDECINS SUR LA DÉLÉGATION DE TÂCHES AUX PHARMACIENS**

### **4.1. Des préoccupations sur la prise en charge des patients**

Pour certains des médecins, la délégation de tâches aux pharmaciens pouvait entraîner au contraire une **diminution de la qualité des soins pour leurs patients** : « *Une moins bonne prise en charge de l'ensemble de la santé du patient.* » (M11) notamment en raison d'un **manque de surveillance** :

*«Le patient il va croire qu'il va bien et tout ça et justement il n'y aura pas de surveillance. » (M13)*

Ils relevaient également les **difficultés dans la gestion du suivi** de leurs patients en raison du manque de retour entraînant une **perte d'information** : *« Il y a une perte d'information, c'est une évidence. » (M14)*, ce risque étant, selon eux, majoré par la **multiplication des acteurs** pour la réalisation d'un même acte : *« Je pense qu'il va y avoir une perte d'information si on démultiplie l'information, il y a une perte d'information, là pour le coup, c'est pas démultiplier l'information, c'est démultiplier les acteurs de soins. » (M4)*. Tout cela allait à l'encontre du **rôle de coordonnateur du médecin généraliste** : *« Le problème c'est que le coordonnateur, le médecin traitant, vers qui on va se retourner quand le gosse on va lui demander un certificat de vaccination ou d'aptitude et autre, c'est pas au pharmacien, c'est pas à l'infirmier, c'est au médecin traitant, donc quelque part pour l'instant pour être sûr d'avoir les infos, il faut une chasse gardée sur certains trucs. » (M6)*

Cette multiplication des acteurs risquait en outre de se traduire par une **confusion pour les patients** : *« Démultiplier les acteurs de soins pour un acte qui est le même, je ne vois pas trop l'intérêt hormis mettre de la confusion dans la tête des patients. » (M4)*

Si certains médecins doutaient de **l'acceptation des patients** de cette délégation, argumentant que leur relation avec le pharmacien n'était pas la même qu'avec leur médecin : *« On connaît les gens, parce qu'ils nous confient quand même beaucoup de choses, je ne pense pas qu'ils aient cette relation avec le pharmacien, ils vont chercher leurs médicaments, ils en profitent pour acheter leur écran solaire et leur machin, c'est pas pareil, vous voyez ce que je veux dire, le relationnel est pas le même. » (M8)*, d'autres au contraire craignaient de **perdre de vue** certains de leurs patients : *« Il y a des personnes qui prendraient vite goût à ne plus avoir besoin de venir. » (M10)*

#### **4.2. Des craintes des médecins pour leur pratique**

Un des objectifs de la délégation de tâches était de libérer du temps médical, or pour les médecins ce **gain de temps restait limité** car les actes pouvant être délégué étaient généralement **intégrés dans des consultations plus globales** : *« Je suis pas sûr que ça nous change en temps de consultation [...] c'est souvent intégré dans nos consultations donc ça va pas nous soulager réellement parce que ces patients là on les voit quand même pour d'autres choses. » (M12)*. De plus, en cas de délégation, le **travail de coordination** à faire en aval pour le médecin s'avérait **chronophage** : *« Je pense que la délégation des tâches, ça peut être bien mais il faut que ce soit coordonné, ce qui demande encore du temps, de l'investissement pour nous donc au final si c'est pour gagner du temps d'un coté en donnant tel ou tel acte à d'autres professions et au final en*

*perdre derrière parce qu'il faut rechercher si ça a bien été fait, il faut le rentrer dans l'ordinateur et tout ça, je pense que ça sert peut-être à rien. » (M2).* Pour certains médecins, cela risquait même d'entraîner au final une **perte de temps** car le patient prendrait tout de même l'avis du médecin : « *Le patient reviendra nous voir ou nous passera un coup de fil donc au final, ce sera encore pire parce que ça va être une perte de temps pour lui expliquer qu'il lui a donné ça probablement pour ça mais on en saura même rien parce qu'on ne saura pas ce qui a été fait derrière, une perte de temps. » (M4)*

Les médecins redoutaient également **de perdre le côté humain** de leur métier : « *On perd quand même quelque chose effectivement de la consultation médicale et de la sensation du médecin traitant avec le patient et le vivre avec, poser les questions etc d'avoir un ressenti. » (M12)* avec un risque de devoir **gérer leurs patients à distance** dans l'avenir : « *Le contact avec le patient bientôt ce sera de la téléconsultation, on ne l'aura même plus physiquement. » (M12).* Les médecins ne voulaient pas être **limités** à leur simple rôle de **coordination** : « *On ne peut pas être réduit à simplement tenir des dossiers de ce que les autres font. » (M9)*

Concernant leur exercice, les médecins interrogés appréhendaient **de perdre une partie de leur activité** : « *Pour moi ça fait une perte d'activité éventuelle. » (M11)* craignant que cela ne fasse que **s'amplifier** dans l'avenir : « *On a peur que si on laisse ça après il faudra peut être laisser encore ça et puis encore ça et que ce soit de pire en pire et qu'on fasse plus grand chose. » (M2).* Un médecin nuancait tout de même ces propos, précisant que **certaines tâches ne pourraient jamais être déléguées** : « *Je n'ai pas peur de perdre de l'activité, au contraire, si je délègue des tâches aux pharmaciens, ça ne sera jamais de toute façon des tâches diagnostiques ni de suivi de maladies chroniques. » (M3)*

Cette perte d'activité risquait d'entraîner pour les médecins **une baisse de leurs revenus** : « *Il y a quand même un manque à gagner à la fin de l'année ça c'est clair. » (M2).* Les médecins craignaient ainsi la disparition des actes les plus simples de leur pratique au profit des **consultations les plus complexes, moins rémunératrices** dans le système actuel de paiement à l'acte car plus chronophages : « *Ça équivaut peut être sur le plan financier à un certain nombres d'actes réglés facilement et facturés facilement qui permettaient d'être bien rémunérés, alors que quand vous faites 25€ pour effectivement trois quart d'heures de boulot chez un patient poly-pathologique, vous pouvez faire la gueule. » (M6)*

Par ailleurs, les médecins craignaient, par cette délégation, la **banalisation** de certaines de leur prise en charge : « *Le geste il ne devient plus médical donc du coup il devient banal, banalisé et ça devient une espèce de routine. » (M14)* et le **rétrécissement de leur champ de compétences** : « *Je trouverai dommage, et pour l'intérêt du métier, de rétrécir notre champ de compétences de plus en*

plus. » (M9), ne voulant pas être finalement limités aux actes dont personne ne veut: « *Ne pas être confiné à faire des actes que finalement plus personne d'autre ne veut faire.* » (M9)

Les médecins interrogés appréhendaient ainsi de devenir un **professionnel de deuxième recours** en devant repasser derrière le pharmacien : « *J'ai l'impression qu'on va devoir [...] réparer les trucs en bout de chaîne et ça pour mon ego et l'ego du médecin je trouve ça pas terrible.* » (M2) et ainsi de devoir gérer les éventuelles **complications** : « *On va se retrouver dans une situation où pour nous entre guillemets on va avoir que des cystites plus compliquées.* » (M12)

Pour certains médecins, tout cela risquait d'entraîner une **dévalorisation** de leur profession : « *Après est ce que le patient aura tendance à désacraliser son médecin ? C'est possible, j'en sais rien.* » (M1), craignant de **perdre de la crédibilité** auprès de leurs patients : « *J'ai une perte de patientèle des fois parce que je refuse des antibiotiques, si après tout le monde met les antibiotiques comme ils veulent, on a plus de crédibilité.* » (M13) ou même d'être **jugés** par leurs patients, risquant d'impacter sur la relation médecin-patient : « *Alors il va se dire « Ben vous voyez docteur vous ne m'avez pas pris alors que c'était une angine positive, j'ai même eu des antibiotiques », ça je le vois gros comme une maison qu'on va nous dire ça, alors qu'on s'en fout en fait.* » (M2)

Les médecins ont également évoqué le **problème de la responsabilité** des actes délégués : « *Moi le frein ce serait surtout la responsabilité, voilà, qui est responsable de quoi, au final si il se passe vraiment le truc grave.* » (M2)

### **4.3. Des appréhensions liées aux pharmaciens**

Comme nous l'avons vu précédemment, si les médecins reconnaissaient l'importance du pharmacien en tant que professionnel de santé au service du patient, la **partie commerciale du métier de pharmacien** semblait au contraire les déranger : « *Il faudrait que, et ça c'est un vrai frein, le côté commerçant ne prenne pas le pas sur le côté soignant.* » (M3) évoquant un risque de **conflit d'intérêt pour le pharmacien** : « *Le vrai souci qui me dérange dans tout ça c'est qu'il y a vraiment un conflit d'intérêt, le pharmacien il va vouloir prescrire parce que si il prescrit, il gagne plus d'argent donc plus il prescrit, plus il gagne de sous.* » (M4)

D'autre part, si les médecins s'accordaient sur les **connaissances des médicaments** des pharmaciens : « *C'est sûr qu'il a une bonne connaissance des thérapeutiques, des effets secondaires.* » (M6), ils pointaient toutefois leur **manque de formation sur le plan clinique et sémiologique** : « *Le frein c'est la formation de clinicien, ils sont pas formés, point barre.* » (M6) argumentant que les **formations médicales et pharmaceutiques n'étaient pas les mêmes** sur ces

points : « *Il a pas la même formation que nous quand même pour détecter quelque chose.* » (M13)

Toutefois, les médecins admettaient avoir une **mauvaise connaissance de la formation des pharmaciens** : « *Je ne connais pas assez bien le cursus des pharmaciens.* » (M6)

En dehors de l'examen clinique, les médecins craignaient également un **manque d'interrogation et d'explications** du pharmacien lors de sa prise en charge : « *Ils ne vont pas interroger le patient comme nous, savoir si ils ont vu un médecin juste avant qui leur a peut être donné tel ou tel médicament, vous voyez, alors que nous il y a un discours quand même et le pharmacien il va faire son truc bon ben voilà, voilà ce qu'on va vous donner.* » (M11)

Partant de ces constatations, pour certains médecins, cela entraînait un **risque de passer à côté de certains diagnostics** : « *Il faut savoir examiner un patient, des fois même en sachant examiner on se trompe, on n'arrive pas toujours à tout détecter donc je vois pas comment le pharmacien pourrait détecter.* » (M13). Certains médecins redoutaient également les **dérives** que la délégation pouvait entraîner : « *Peur qu'il y ait des erreurs et des dérives.* » (M8)

Pour quelques médecins, la réalisation de ces actes par le pharmacien risquait d'entraîner une **concurrence entre les deux professions** : « *Ça nous prend des patients.* » (M13) ; « *C'est vrai que c'est des situations un peu conflictuelles.* » (M2). Ils précisait qu'ils s'agissait pourtant de **deux métiers distincts** : « *C'est pas tout à fait le même métier quand même.* » (M9) et que le pharmacien **ne devait pas devenir un médecin « bis »** : « *Chacun son rôle entre le médecin et le pharmacien.* » (M13). Un des médecins interrogés allant même plus loin en voyant la délégation aux pharmaciens comme une **pratique illégale de la médecine** : « *C'est de la pratique de la médecine illégale à mon sens, clairement, pour moi je suis complètement contre, non il faut arrêter le délire là.* » (M11)

Pour illustrer ces propos, un des médecins prenait l'exemple de **l'inversion des rôles médecin-pharmacien** : « *Demain il n'y a plus de pharmaciens et on vient voir les médecins et on nous dit « c'est quand même vous les gars les mieux formés pour faire de la délivrance de médicaments c'est logique, vous en prescrivez, vous les connaissez et vous avez le truc et c'est chez vous que ça se passe », on inverse le problème [...] est ce que vous pensez que c'est comme ça que le système doit marcher ? Non.* » (M6)

Certains médecins ne voyaient ainsi dans la délégation de tâches aux pharmaciens qu'une **mesure politique** : « *Je pense que c'est juste politique ce truc là, c'est les lobbies pharmaceutiques qui ont gagné quoi.* » (M11) afin de compenser la **baisse de marge et d'activité des pharmaciens** : « *Si c'est juste sous couvert de palier à l'activité du pharmacien parce qu'on leur a enlevé aussi beaucoup d'activité par ailleurs, c'est pas le but, faut pas juste que ce soit des vases communicants économiques.* » (M3)

## 5. DES PISTES D'AMÉLIORATION SUGGÉRÉES PAR LES MÉDECINS

### 5.1. Pour la prise en charge des patients

Pour les médecins, les patients restaient au centre de leurs préoccupations et cette délégation devait avant tout présenter **un intérêt pour les patients** : « *Il faut qu'il y ait un intérêt pour le patient, si il n'y a pas d'intérêt pour le patient, il n'y a pas d'intérêt tout court.* » (M3), tout en s'assurant que cela ne puisse entraîner **aucun danger** pour eux : « *Si un suivi en pharmacie particulier peut être source de danger pour tous les patients il ne faut pas le faire.* » (M3)

Aussi, afin de permettre l'adhésion des patients et de limiter leur confusion, il fallait, selon les médecins, insister sur la notion de **travail d'équipe** où chacun des professionnels avait sa place : « *Il faut aussi que les patients, les personnes, comprennent ce que c'est, que ce n'est pas un médecin bis mais qu'il fera des choses pour orienter, suivre, sans que cela impacte sur leur prise en charge* » (M3)

Pour être valable, la délégation nécessitait une **communication optimale** entre les deux professionnels de santé : « *Il faut qu'il y ait une communication, c'est surtout la communication comme dans toute relation humaine qui est primordiale.* » (M5). Les médecins insistaient sur la nécessité d'**améliorer le retour d'information** de la part du pharmacien pour avoir une traçabilité des actes effectués : « *Il faut que le médecin traitant soit informé, même succinctement, mais par le professionnel, pas par le patient.* » (M1) afin de permettre au médecin de **centraliser ces informations** : « *Il y a vraiment besoin d'avoir un croisement d'information et un recentrage d'information.* » (M14) dans le but d'**optimiser le suivi** des patients : « *Il faudrait que derrière entre guillemets on ait les outils pour le suivi, quand c'est fait qu'on reçoive une information en tant que médecin traitant.* » (M12). Une des solutions envisagées par les médecins était le **partage d'un dossier commun** : « *Le jour où le dossier commun partagé sous forme de connexion à distance dématérialisé, sécurisé et parfait, et que tout le monde bosse dans le même dossier, effectivement c'est le pré-requis à la délégation de tâches et que l'on puisse facilement voir qui a fait quoi et si c'est fait ou pas.* » (M6) regrettant que le **DMP** ne soit pour l'instant **pas fonctionnel** : « *Le DMP je pense que ce n'est pas encore assez déployé et c'est trop contraignant.* » (M11)

Pour les médecins, il était également important que **le cadre et les limites de ces délégations soient définis** afin d'éviter les dérives potentielles : « *Faut mettre vraiment des cadres pour qu'il n'y ait pas de dérives.* » (M8) et que le **rôle et les missions de chacun** soient précisés : « *Il faut que ce soit cadré, jusqu'où ils peuvent intervenir, forcément redéfinir le rôle de chacun.* » (M1), les médecins

désirant **une aide mais pas une substitution** : « *De manière à ce qu'il y ait une répartition qui soit bien faite avec des médecins qui aient une aide, mais une aide efficace quoi, pas des gens qui font le même travail qu'eux.* » (M7)

Si pour la plupart des médecins il semblait évident que cela passe par la rédaction de **protocoles** : « *Je pense, qu'on ait effectivement des protocoles [...] il faut que les choses soient claires et nettes, que les limites soient bien fixées.* » (M8), pour d'autres cela pouvait être au contraire **contre-productif** : « *Je suis d'avis que trop de protocoles tue le protocole. Je pense que si on protocolise de trop en fait ça tue le bébé dans l'œuf.* » (M3)

Les médecins semblaient également plus favorable à une **coopération locale** avec le pharmacien de leur secteur plutôt qu'à des délégations nationales imposées : « *Je pense qu'il faut que ce soit fait au niveau local, je pense qu'une loi générale pour tout le monde, toute la France, tous les médecins et pharmaciens je pense que ce n'est pas judicieux.* » (M2) et **adaptée à leurs patients** : « *C'est à mon avis pas, d'un patient à l'autre, c'est différent, enfin moi je ne le ressens pas comme un truc administratif qu'il va falloir codifier pour tout le monde pareil, non on délègue les tâches selon les gens.* » (M14)

## **5.2. Pour les médecins**

Les médecins précisait que déléguer n'était **pas leur choix** : « *Je pense qu'il n'y a aucun médecin qui a demandé tiens il faut que les pharmaciens vaccinent, qu'ils gèrent les cystites parce qu'on en veut plus.* » (M11) et qu'il était nécessaire de prendre leur **avis en considération** : « *Il faut que ce soit acté parce que je vois venir gros le tableau que ça va être balancé sur la table et puis qu'on va prendre ça du jour au lendemain et que les médecins ne seront pas mis au courant.* » (M2)

Les médecins souhaitaient rester au **centre de la prise en charge** de leurs patients : « *On nous dit qu'on doit être médecin généraliste, médecin pivot et puis la on fait pivoter les pivots.* » (M14)

Ainsi il était fondamental pour eux de pouvoir continuer à **avoir du temps** avec leur patient : « *Le médecin doit continuer de rencontrer son patient pour l'examiner, lui parler, le toucher, c'est ça que le patient attend, il attend de son médecin que son médecin lui consacre du temps d'écoute, du temps d'examen, du temps de prescription et du temps d'échange, c'est ça qu'on veut.* » (M7)

Ils voulaient également continuer à réaliser eux même l'**examen clinique du patient et la prescription** : « *En médecine générale, ce qui est important, c'est que le médecin doit continuer à « toucher » son patient, l'examiner [...] je préfère garder, je dirais, l'acte médical pur; le soin bien sûr donc l'examen clinique, la tension artérielle, le pesage, d'autres choses, la prescription et l'échange avec le patient.* » (M7)

Autre point abordé par les médecins, la nécessité d'**adapter les modes de financement et de rémunération** des différents acteurs. Les consultations complexes demandant plus de temps pour les médecins : « *Faire des consultations efficaces avec de la prévention, tout ce qu'on doit faire dans une consultation, voilà on y passe beaucoup de temps.* » (M10), cela devait passer par une **revalorisation du tarif des consultations** médicales : « *Il faudrait que les médecins soient aussi mieux rémunérés pour les consultations.* » (M10). De plus, il semblait nécessaire pour les médecins interrogés de trouver une **solution de financement** à la fois pour le médecin qui délègue et pour le personnel délégué : « *A un moment les syndicats vont certainement se battre pour qu'on retouche quand même quelque chose et je pense que c'est judicieux en terme de coordination des soins [...] je pense que bien sur on va pas toucher 15 euros pour un vaccin qui a été fait par le collègue mais je pense qu'il faut, dans le cadre d'un protocole local, qu'il y ait une rémunération la dessus.* » (M2). Pour certains médecins, il fallait **remettre en cause le système de rémunération** actuel : « *On ne peut pas ne faire que des actes compliqués et puis déléguer tout ce qui va vite tant qu'on est dans cette situation de paiement à l'acte c'est toujours pareil, après si on nous dit que vous êtes payés à la pathologie, qu'un diabétique ma foi il y a tel budget et après vous vous arrangez avec les autres, après pourquoi pas.* » (M9)

Au niveau de la responsabilité émanant des actes délégués, les médecins étaient plus favorable à une **responsabilité partagée**, chacun devant être responsable de ses actes : « *La responsabilité, chacun est responsable de ce qu'il prescrit bien entendu, après si les pharmaciens font éventuellement des actes techniques, je pense que c'est eux qui doivent en prendre bien évidemment après la responsabilité.* » (M9)

### **5.3. Pour les pharmaciens**

Pour les médecins, le préalable à la délégation aux pharmaciens était de **renforcer leur formation**, notamment sur le plan **clinique** : « *Si on leur demande de faire un peu plus, il faut qu'ils aient la compétence et la connaissance de ce qu'ils feront en plus quoi, moi je pense qu'il n'y a peut-être pas forcément besoin non plus d'une année supplémentaire d'études mais certainement d'une formation complémentaire.* » (M7) afin d'acquérir les **compétences nécessaires** à la réalisation des tâches déléguées : « *Le principal c'est que la délégation soit faite par quelqu'un de compétent.* » (M5)

Au niveau de l'organisation au sein de l'officine, les médecins interrogés souhaitaient qu'un **pharmacien référent** soit désigné : « *Une personne dédiée, référent, pharmacien, docteur en pharmacie, référent pour la délégation de tâches et que lui ne s'occupe finalement pas du reste de l'officine, à ce moment la, je pense que si ils organisent comme ça, ça peut être intéressant pour eux*

*de le faire et pour le patient. » (M3) et insistaient pour que l'officine dispose d'un **local dédié** à la réalisation de ces actes : « Le pharmacien doit avoir une salle à côté et tout ça pour respecter le secret médical, examiner. » (M13)*

# **DISCUSSION**

## **1. RÉSULTATS PRINCIPAUX**

L'objectif de notre étude était de recueillir la perception des médecins généralistes sur la délégation de tâches aux pharmaciens. Les médecins généralistes interrogés soulignaient leur intérêt pour la coopération interprofessionnelle et le travail en équipe. S'ils affirmaient entretenir de bonnes relations avec les pharmaciens et reconnaissaient leur importance dans la prise en charge des patients, ces derniers souffraient parfois d'une image plus péjorative. Leur opinion sur la délégation de tâches et l'extension des compétences des pharmaciens restait partagée, s'ils voyaient, dans la vaccination anti-grippale en officine, un moyen d'améliorer la couverture vaccinale, ils étaient plus réticents en ce qui concerne les actes à visée diagnostique ou la prescription par le pharmacien. Les médecins nous ont fait part de leur préoccupations inhérentes à cette délégation sur la prise en charge et le suivi de leurs patients mais également pour leur pratique. Ils émettaient par ailleurs des doutes sur la formation et les compétences cliniques des pharmaciens. Toutefois, un meilleur partage d'information, une redéfinition des rôles de chacun, une organisation locale, une adaptation des modes de rémunération, un partage des responsabilités et une meilleure formation clinique des pharmaciens ont été suggérés par les médecins comme des pistes d'amélioration qui pourraient amener à de nouvelles réflexions avant la mise en place de futures délégations.

Les résultats de notre étude émanant d'un échantillon de médecins généralistes lorrains, ils ne peuvent, par conséquent, pas être directement extrapolés à l'ensemble de la population des médecins généralistes français mais permettent de constituer une première approche du sujet et un point de départ pour de futures études à plus grande échelle.

## **2. LA COOPÉRATION MÉDECIN-PHARMACIEN DANS LA LITTÉRATURE**

### **2.1. Une valorisation du travail d'équipe**

Les médecins de notre étude insistaient sur l'importance de la coopération interprofessionnelle dans leur pratique quotidienne et soulignaient leur volonté de travailler en équipe.

Cette volonté de travailler en équipe était également retrouvée dans une étude de 2013 s'intéressant aux aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Île-de-France [7], où travailler au sein d'une équipe était considéré comme important ou très important pour 74% des répondants, les jeunes médecins privilégiant l'installation en cabinet de groupe ou en MSP. Ces résultats ont été confirmés dans une enquête réalisée par le CNOM en avril 2019 portant sur les déterminants à l'installation des jeunes médecins [8]. Les MSP et l'exercice coordonné étaient plébiscités par les répondants et les jeunes médecins insistaient sur l'importance d'avoir des professionnels et des établissements dans leur secteur d'installation.

Ces constatations sont cohérentes avec les mutations profondes de l'offre de soins primaires de ces dernières années, où l'exercice pluri-professionnel et coordonné se développe (ESP, CPTS...) pour répondre aux nouveaux besoins de santé de la population, aux attentes des professionnels de santé et à une démographie médicale en tension. Si cette coopération entre les professionnels de santé apparaît nécessaire dans le contexte actuel, les médecins généralistes, et encore plus la jeune génération, semblent disposés à l'intégrer dans leur pratique.

### **2.2. Un manque d'expérience dans la délégation de tâches**

Les médecins interrogés avouaient avoir une expérience restreinte concernant la délégation de tâches qui se limitait, pour le moment, à la délégation vers les IDE.

Si l'article 51 de la loi HPST de 2009 représentait un tournant législatif dans la coopération interprofessionnelle, un rapport d'information sur la coopération entre les professionnels de santé publié en 2014 par la commission des affaires sociales [40] mettait en évidence, qu'en pratique, les protocoles de coopération restaient limités, principalement en raison de la complexité de leur procédure de validation. Les protocoles reçus par la HAS entre 2009 et 2013 impliquaient majoritairement des délégations d'activités des médecins aux IDE [35]. Seulement deux protocoles impliquaient le médecin et le pharmacien :

- un protocole en Lorraine : Adaptation des doses d'anticoagulant par l'infirmière, le biologiste ou le pharmacien d'officine constitués en équipe de soins de ville et partage des informations de prise en charge (y compris biologiques)
- un protocole en Auvergne : Test Dépistage Rapide des angines à streptocoques (TDR)

Partant de ce constat, la loi du 24 juillet 2019, en simplifiant le dispositif des protocoles de coopération, avait pour objectif d'étendre plus largement les coopérations sur le territoire français. De nouveaux protocoles de coopération, cette fois à l'échelle nationale, ont été publiés au Journal Officiel. À ce jour, 4 de ces protocoles concernaient une délégation du médecin vers le pharmacien. Il serait donc intéressant de suivre, dans les prochaines années, la mise en pratique de ces nouveaux protocoles nationaux.

### **2.3. Les interactions médecin-pharmacien**

Pour la plupart des médecins de notre étude, les échanges avec les pharmaciens à propos de leurs patients étaient réguliers. Dans une étude publiée par la DREES en 2008, les pharmaciens étaient, après les spécialistes, les professionnels de santé avec lesquels les médecins généralistes avaient les échanges les plus fréquents [41]. Ainsi, plus de 85% des médecins interviewés déclaraient avoir eu au cours des quinze derniers jours des échanges avec un pharmacien. Une étude menée en Allemagne soulignait que ces interactions médecin-pharmacien étaient généralement perçues comme utiles [42]. L'étude de Löffler et al. [43] précisait que le contact était initié principalement par les pharmaciens à propos des prescriptions des médecins généralistes : en cas des contre-indications, d'interactions médicamenteuses ou de prescriptions peu claires. Comme dans notre étude, les généralistes appréciaient généralement cette sécurisation de leur prescription.

Les médecins interrogés considéraient pour la plupart entretenir de bonnes relations avec les pharmaciens, ces dernières semblant renforcées avec le pharmacien exerçant à proximité de leur cabinet. Les relations médecin-pharmacien étaient également perçues de manière favorable dans la littérature [44]. Dans une revue de la littérature de 2019, Bollen et al. [45] ont identifié le rapprochement géographique entre le médecin et le pharmacien comme un élément facilitateur de la communication et de la collaboration interprofessionnelle. Ce travail dans un même environnement géographique entraînait des niveaux de collaboration plus élevés dans différentes études [46] [47].

Mais en dépit de ces relations, les expériences de coopération et de délégation entre les médecins généralistes et les pharmaciens restaient peu développées dans notre étude. Ces mêmes constatations étaient retrouvées dans la littérature étrangère [48], même si les médecins et les

pharmaciens convenaient que celle ci pouvait améliorer la prise en charge des patients [49].

#### **2.4. Un rôle équivoque du pharmacien**

Si les médecins s'accordaient sur l'importance du rôle du pharmacien en temps que professionnel de santé de proximité, ils émettaient toutefois des réticences sur la partie commerciale de son activité. Cette ambiguïté entre les rôles de professionnel de santé et de commerçant semble inhérente au métier de pharmacien d'officine [50]. Dans la revue de la littérature de Bardet et al. publiée en 2015, les pharmaciens étaient d'ailleurs davantage perçus comme des commerçants que comme des professionnels de santé par les médecins [51]. Ce double rôle pouvait représenter une situation de conflit d'intérêt selon les médecins de notre étude, ce qui a également été retrouvé lors d'entretiens avec des représentants de médecins dans le cadre d'une mission de l'IGAS [52] mais également dans des études étrangères [53]. Cette situation était à l'origine de craintes pour les médecins de notre étude qui redoutaient que l'aspect mercantile prenne le pas sur le rôle de professionnel de santé du pharmacien en cas de délégation de certaines tâches. Comme le suggérait un des médecins interrogés, définir un pharmacien référent pour la réalisation des tâches déléguées au sein de la pharmacie, sans qu'il ne s'occupe du reste de l'officine, pourrait être une piste pour limiter cet aspect, mais cela semble difficile à mettre en place en pratique.

#### **2.5. Les facteurs influençant la coopération médecin-pharmacien**

A l'étranger, des études permettant de connaître les facteurs influençant la coopération médecin-pharmacien ont été menées. Pour Bradley et al. [54], les éléments clés de la coopération médecin-pharmacien étaient la confiance, la communication, le respect professionnel et la connaissance mutuelle. Dans la revue de la littérature de Bardet et al. [51], les facteurs rapportés étaient la confiance, l'interdépendance, les perceptions et les attentes à l'égard des autres professionnels de santé, les compétences, l'intérêt pour la pratique collaborative, la définition des rôles et la communication.

Un modèle des étapes de l'établissement d'une collaboration interprofessionnelle a été décrit par McDonough et Doucette en 2001 [55]. Il précisait les cinq étapes nécessaires au développement d'une relation de coopération médecin-pharmacien : la conscience professionnelle, la reconnaissance professionnelle, les essais et expérimentations, l'expansion de relation professionnelle et enfin l'engagement dans un travail collaboratif. Ces différentes étapes étaient influencées par trois facteurs : les caractéristiques individuelles, les facteurs contextuels et les

caractéristiques des échanges personnels entre les médecins et les pharmaciens. Pour Zillich et al. [56], bien que les participants et les facteurs contextuels aient influencé les relations de collaboration médecin / pharmacien, les caractéristiques d'échanges étaient les facteurs de relation les plus influents. La confiance, la définition des rôles de chacun et les interactions professionnelles étaient positivement associées à la pratique collaborative médecin / pharmacien [57].

## **2.6. Les nouvelles tâches du pharmacien**

Les avis des médecins généralistes de notre étude étaient contrastés sur les nouvelles tâches confiées aux pharmaciens. S'ils étaient majoritairement favorables à la vaccination anti grippale en officine, ils semblaient plus réticents sur la délégation de la prescription aux pharmaciens ou sur la réalisation d'actes à visée diagnostique comme le TDR. Ils paraissaient d'ailleurs plus favorables à la délégation de certains de ces actes aux IDE, qu'ils jugeaient plus formés sur le plan clinique que les pharmaciens, ce qui rejoignait l'opinion des médecins sondés par l'IFOP en mai 2019 sur le plan santé, où les médecins interrogés étaient majoritairement favorables à la délégation de tâches aux IPA alors qu'ils étaient au contraire plus largement défavorables à la délégation de tâches aux pharmaciens [58].

### **2.6.1. Le suivi des traitements par AVK**

Plusieurs médecins sont revenus au cours des entretiens sur le suivi des traitements par AVK par les pharmaciens, qu'ils considéraient comme un échec. Ils faisaient ainsi référence aux entretiens pharmaceutiques, une des nouvelles missions confiée aux pharmaciens d'officine, encadrée par la convention nationale des pharmaciens d'officine et publiée au Journal Officiel en mai 2012 [59] afin de lutter contre la iatrogénie médicamenteuse et d'améliorer l'observance médicamenteuse. La première mesure concernait les traitements par AVK. Si le premier bilan à un an dressé par la CNAM était globalement positif en termes d'adhésion et de satisfaction [60], le rythme s'était essoufflé par la suite puisqu'en 2016, seulement 3 546 adhésions et 8 612 entretiens ont été enregistrés [61], les principaux freins retrouvés étant les contraintes organisationnelles et économiques.

## 2.6.2. La vaccination contre la grippe saisonnière

Dans notre étude, l'argument principal cité par les médecins favorables à la vaccination contre la grippe en officine était la volonté d'augmenter la couverture vaccinale. Dans une enquête menée en 2018 dans le cadre de l'expérimentation de la vaccination anti-grippale en pharmacie dans les deux premières régions test, 60 % des médecins interrogés considéraient également que la vaccination en pharmacie permettrait d'augmenter de façon significative la couverture vaccinale contre la grippe saisonnière [62].

La généralisation de la vaccination anti-grippale par le pharmacien sur l'ensemble du territoire français n'étant effective que depuis la saison 2019-2020, seuls les chiffres concernant les expérimentations régionales des années précédentes sont, à ce jour, disponibles. Lors de la première année d'expérimentation de la vaccination anti-grippale en pharmacie lors de la saison 2017-2018 qui concernait les régions Auvergne-Rhône-Alpes et Nouvelle-Aquitaine, il n'a pas été constaté d'évolution significative de la couverture vaccinale dans ces deux régions: 46,1 % en 2017-2018, stable par rapport au taux de 46,0 % de la saison 2016-2017 [29], cependant une très bonne acceptabilité et satisfaction de la part des publics adultes concernés, sans signal de sécurité particulier ont été mis en évidence.

Des études menées à l'étranger, notamment au Royaume-Uni et aux USA, où la vaccination par le pharmacien est établie depuis plusieurs années, rapportaient une amélioration du taux de couverture vaccinale depuis l'introduction de la vaccination anti-grippale en officine [63] [64]. Dans une revue de la littérature menée en 2016, Isenor et al. identifiaient que la participation du pharmacien à la vaccination, quel que soit son rôle, avait entraîné une augmentation du taux de vaccination [65]. Cependant, dans la revue de la littérature scientifique internationale et des données de couverture vaccinale menée par la HAS en juillet 2018 [29], seul un impact limité de la vaccination par le pharmacien sur la couverture vaccinale était retrouvé mais semblait toutefois variable d'un pays à l'autre et d'une population à l'autre y compris lorsque les publics concernés étaient moins restrictifs que ceux appliqués en France dans les régions expérimentales, suggérant un possible transfert ou report des vaccinations des médecins ou infirmiers vers les pharmaciens.

L'un des principaux freins mentionné par les médecins de notre étude sur la vaccination par le pharmacien était l'absence de retour d'information. Ces mêmes constatations étaient retrouvées dans l'enquête de 2018, où les médecins généralistes avaient identifié le suivi des patients une fois vaccinés comme principal point à améliorer [62]. Pourtant le retour d'information est prévu par la loi : le pharmacien doit inscrire le vaccin réalisé dans le carnet de santé, le carnet de vaccination ou

le dossier médical partagé, ou à défaut, délivrer une attestation de vaccination au patient. De plus, «en l'absence de dossier médical partagé et sous réserve du consentement de la personne vaccinée, le pharmacien transmet ces informations au médecin traitant de cette personne » [24]. Les médecins insistaient donc sur la transmission effective de ces informations par les pharmaciens afin d'assurer le suivi vaccinal de leurs patients.

### 2.6.3. La réalisation des TROD angine

Les médecins interrogés étaient en majorité réfractaires à la réalisation du TROD angine par les pharmaciens, le considérant comme un acte amenant à un diagnostic et, en ce sens, devant être réalisé par un clinicien. Ils craignaient notamment de passer à côté de diagnostics différentiels ou de certaines complications.

Peu de données sont disponibles quant à la pratique du TDR en pharmacie puisque même si les pharmaciens étaient autorisés à l'effectuer depuis plusieurs années, en pratique, ces tests n'étaient que très peu réalisés, notamment en raison de l'absence de rémunération.

Toutefois, une étude expérimentale de dépistage des angines à streptocoque par les pharmaciens d'officine a été menée entre 2015 et 2016 sur le territoire lorrain [66]. Sur 566 patients se présentant spontanément à l'officine pour un mal de gorge, 367 patients se sont vus proposer le TDR angine. Le test ne s'est révélé positif que dans 8,3 % des cas, où les patients ont été invités à consulter leur médecin traitant. Pour les 308 patients dont le test était négatif, les pharmaciens ont proposé un traitement symptomatique avec pour consigne de consulter leur médecin en cas de persistance ou d'aggravation des symptômes. Seuls 4 patients ont consulté leur médecin dans les jours qui ont suivi en raison d'une aggravation des symptômes.

Le remboursement de ces tests en pharmacie ayant été instauré depuis le début de l'année, de nouvelles études pourraient compléter ces résultats dans un avenir proche.

### 2.6.4. Le pharmacien prescripteur :

Les médecins de notre étude restaient divisés sur la possibilité de prescription et de délivrance de médicaments habituellement à prescription médicale obligatoire par les pharmaciens comme par exemple les antibiotiques pour les angines ou les cystites. Ils reconnaissaient la nécessité de répondre dans certains cas à la demande urgente des patients et ainsi d'éviter un retard dans leur prise en charge, ces avantages en termes d'amélioration de l'accès aux médicaments étaient également évoqués dans l'étude de Cooper et al. [67]. Toutefois, ils précisaient que les prescriptions

par le pharmacien devaient avant tout rester ponctuelles et limitées. Une étude anglaise de 2008 retrouvait cette même acceptation sélective par les médecins [68]. Dans la revue de la littérature de Jebara et al. publiée en 2018, les médecins, bien que se montrant réservés dans leur soutien, reconnaissaient que la prescription par les pharmaciens dans des conditions limitées, comme les affections mineures, était un développement logique [69].

Par ailleurs, pour les médecins interrogés, la prescription par le pharmacien ne devait avant tout représenter aucun danger pour les patients, comparable à l'opinion des médecins australiens dans une étude de 2008 où l'acceptation des soins cliniques et de la prescription par les pharmaciens était avant tout conditionnée par la sécurité pour les patients [70].

A l'étranger, des études ont été menées pour connaître les réticences des médecins généralistes à la prescription par les pharmaciens. Dans une étude de 2018 s'intéressant aux freins à la prescription des pharmaciens au Royaume-Uni, au Canada, en Nouvelle-Zélande et en Australie, les freins les plus fréquemment retrouvés étaient la formation inadaptée au niveau des connaissances et des compétences diagnostiques, les problèmes liés au financement et le soutien inadéquat des autorités [71]. En outre, le manque d'accès aux dossiers médicaux individuels des patients, la responsabilité clinique des soins, l'effet négatif potentiel sur la relation médecin-patient étaient également cités comme réserves des médecins dans l'étude de Jebara et al. [69]. La plupart de ces freins étaient également retrouvés dans notre étude. Les médecins, bien que soulignant les connaissances des pharmaciens sur les médicaments, insistaient principalement sur leur manque de formation sur le plan clinique. Ces mêmes résultats étaient retrouvés dans une étude écossaise de 2009 où les médecins rapportaient les compétences insuffisantes des pharmaciens en matière d'examen clinique [72] mais également dans une étude néo-zélandaise où les médecins généralistes doutaient de leur formation en matière de diagnostic et de prescription [73].

Si les médecins de notre étude doutaient de l'intérêt de cette délégation, pensant que les patients finiraient tout de même par les reconsulter, des études réalisées à l'étranger dans des pays où les pharmaciens sont autorisés à prendre en charge ces affections « mineures » montraient, au contraire, des résultats plutôt encourageants. Dans la revue de la littérature de Paudyal et al. [74], menée au Royaume-Uni, la proportion de patients rapportant une résolution complète des symptômes après prise en charge d'une affection mineure en pharmacie variait de 68 à 94 %. Le taux de reconsultation d'un médecin généraliste variait de 2% à 23% sur 13 études. Suite à cette prise en charge par les pharmaciens, le nombre total de consultations et de prescriptions pour des affections mineures dans les cabinets de médecine générale avait souvent diminué. Cependant d'autres études anglaises ont montré que, bien que les médecins aient constaté une réduction de la proportion de visites pour des affections mineures, le nombre global de consultations chez le médecin généraliste

n'avait pas diminué suite à l'expansion du programme de prescription par les pharmaciens pour des affections mineures [75] [76].

### **3. LES CONDITIONS FACILITANT LA DÉLÉGATION DE TÂCHES MÉDECIN-PHARMACIEN DANS LA LITTÉRATURE**

Les principaux obstacles à la délégation aux pharmaciens retrouvés dans une revue de la littérature publiée en 2015 par Supper et al. [77] étaient le manque de connaissance des rôles et des compétences de chacun, le partage des informations, la confidentialité et la responsabilité, la construction des équipes et la formation interprofessionnelle, le financement à long terme et le suivi conjoint. Ces résultats étaient concordants avec ceux de notre étude. Si les médecins exprimaient de nombreuses craintes dans la délégation aux pharmaciens, plusieurs pistes d'amélioration avaient cependant été suggérées pour favoriser cette délégation.

#### **3.1. Un apport pour les patients**

Les médecins de notre étude s'accordaient sur le fait que le préalable à toute délégation était de présenter un intérêt pour les patients. Dans une étude canadienne de 2017 [78], les médecins et les pharmaciens reconnaissaient également que les soins partagés devaient être centrés sur le patient. Cependant certains médecins s'interrogeaient sur la qualité de la prise en charge de leurs patients en cas de délégation aux pharmaciens. Dans l'étude de Hatah et al. [79], les médecins craignaient notamment la fragmentation des soins aux patients. Si le nombre d'études dans ce domaine est encore limité, des résultats encourageants ont été retrouvés dans la littérature. Une revue de la littérature internationale réalisée en 2013 par Michot et al. [80] sur l'efficacité de la coopération entre médecins généralistes et pharmaciens retrouvait que cette coopération pouvait contribuer à la qualité des soins de santé primaires, en particulier dans le cadre de la prise en charge des problèmes cardio-métaboliques (hypertension artérielle et hypercholestérolémie) et de prescription médicamenteuse. Des résultats significatifs ont également été retrouvés dans une étude américaine de 2010 pour l'hémoglobine glyquée, le LDL cholestérol, la tension artérielle et les événements indésirables médicamenteux [81].

### **3.2. Un partage d'information efficace**

Les médecins de notre étude regrettaient le manque de communication dans la prise en charge de leurs patients par les pharmaciens entraînant une perte d'information et des difficultés dans la gestion du suivi des patients. Le besoin d'une meilleure communication a également été identifié dans des études étrangères [82]. Comme dans notre étude, les médecins australiens s'attendaient à ce que le retour d'information leur soit fait directement par le pharmacien [48]. Pour les médecins canadiens [78], la communication devait se faire dans les deux sens, via un dossier de santé électronique, pour faciliter le relais en temps réel et réciproque d'informations sur les soins aux patients : aviser le médecin des modifications ou de l'initiation d'un traitement et le pharmacien des changements dans l'état de santé des patients et du traitement fourni par le médecin. L'utilisation de technologies compatibles pour faciliter la communication entre les deux professions a d'ailleurs été reconnue comme un élément facilitateur de la collaboration médecin - pharmacien dans une revue de la littérature de 2018 [45]. C'était également ce qui était suggéré par les médecins de notre étude : la mise en place d'un dossier commun partagé accessible à distance afin d'assurer la coordination des soins entre les différents professionnels de santé. En France, le Dossier Médical Partagé (DMP) a été développé depuis 2004 pour remplir cette fonction. Cependant, les médecins interrogés ne semblaient pas l'utiliser dans leur pratique, le jugeant insuffisamment fonctionnel. Ces mêmes résultats étaient retrouvés dans la littérature. Dans sa thèse de 2018 réalisée auprès des médecins de Pyrénées-Atlantiques, Pierre-Olivier Renault [83] indiquait que peu de médecins utilisaient ou avaient utilisé le DMP. Cela était retrouvé dans d'autres études [84] [85]. Si en décembre 2019, 8 millions de DMP étaient ouverts, seulement 20% des médecins alimentaient les DMP de leurs patients et 46% d'entre eux les consultaient [86]. Bien que les médecins semblaient favorables au DMP pour faciliter le partage d'informations, ce qui a été confirmé dans une enquête d'opinion de 2012 [87] où 77% des médecins interrogés se déclaraient favorables à la mise en place du DMP, de nombreux freins à son utilisation persistent. Dans une étude de 2013 portant sur l'analyse d'une expérimentation de dossier médical régional en Picardie [88], plusieurs obstacles à son usage étaient retrouvés par les médecins : l'absence d'interopérabilité avec un grand nombre de logiciels des professionnels de santé, le temps passé par les médecins pour alimenter le dossier et le tenir à jour, jugé chronophage et non rémunéré et la difficulté d'exploration du dossier avec un manque de hiérarchisation des documents. Ces difficultés semblaient subsister dans les études plus récentes [83] [85]. Ainsi, proposer un outil de communication et de partage d'information efficace, en levant les obstacles à l'utilisation du DMP, pourrait constituer un des leviers pour faciliter la délégation de tâches aux pharmaciens.

### **3.3. Une redéfinition des rôles**

Les médecins redoutaient, par la délégation de tâches, un rétrécissement dans leur champ de compétences et une dévalorisation de leur profession. Dans les entretiens menés dans le cadre de la mission de l'IGAS [52], la promotion du rôle du pharmacien était d'ailleurs considérée par les médecins comme une dévalorisation corrélative de leur rôle. Ces résultats étaient concordants avec l'étude de Hatah et al. [79] où les médecins généralistes redoutaient que la délégation aux pharmaciens nuise et porte préjudice à leur pratique. L'étude de Dey et al. [48] avait également identifié que les généralistes pourraient se sentir menacés par l'implication des pharmaciens.

En outre, les principaux obstacles à une collaboration interprofessionnelle efficace entre les médecins généralistes et les pharmaciens identifiés dans la revue de la littérature de Bollen et al. [45] étaient le déséquilibre perçu dans la hiérarchie et le pouvoir entre les professions et un manque de compréhension des compétences de chacun. Cette compréhension limitée du rôle de chacun était également retrouvée dans l'étude de Dey et al. [48].

Les médecins insistaient donc sur la nécessité de redéfinir le contour des métiers afin d'éclaircir le rôle de chacun pour éviter les dérives. En 2008, la HAS insistait déjà sur la nécessité de redéfinir le cadre juridique de chaque profession : « Le cadre juridique doit dépasser l'approche nécessairement restrictive d'une liste d'actes autorisés par profession pour évoluer vers une logique mixte, définissant également les professions de santé par les missions qui leur sont confiées » [12]. Ce besoin de définir le rôle de chacun est d'ailleurs retrouvé comme un des éléments clés de la coopération médecin-pharmacien dans l'étude de Bardet et al. [51] mais également dans l'étude de Doucette et al. [57]. Ces résultats étaient également rapportés dans une étude anglaise de 2017, où le rôle de chacun devait être défini selon les connaissances, les compétences et les qualités requises [89].

### **3.4. La reconnaissance de la formation et du rôle de chacun**

Si les médecins de notre étude soulignaient les connaissances des pharmaciens vis-à-vis des thérapeutiques, ils émettaient toutefois des doutes quant à leur formation et leurs connaissances cliniques et sémiologiques. Les mêmes résultats ont été retrouvés dans la littérature étrangère [51] [90]. Cela entraînait des différences dans la perception des différents rôles du pharmacien, identifiées dans une étude néo-zélandaise de 2009 [91], avec une acceptation générale des rôles techniques mais moins d'acceptation des rôles cliniques, comme nous l'avons retrouvé dans notre étude.

Toutefois, les médecins reconnaissaient un manque de connaissance dans la formation des pharmaciens. Cette méconnaissance était d'ailleurs perçue comme un obstacle à la coopération médecin-pharmacien dans une étude irlandaise de 2003 [53]. En Australie, les médecins précisaient qu'ils seraient ouverts à un rôle plus large pour les pharmaciens s'ils étaient convaincus que les pharmaciens avaient reçu la formation appropriée [48].

En France, cette mauvaise connaissance des médecins généralistes sur la formation des pharmaciens n'est pas surprenante puisque le système de formation des professionnels de santé souffre d'un cloisonnement certain avec une absence de lien entre les différentes filières. Il faut également noter l'absence de formation à la coopération dans les formations de santé. Cette absence de culture de la collaboration et de l'interdisciplinarité a d'ailleurs été décrite comme un obstacle à la continuité des soins [92] alors que les expériences interprofessionnelles au cours de la formation ont été identifiées comme influençant positivement l'attitude des professionnels de santé envers la coopération [46]. Le plan « Ma Santé 2022 » [93] envisage de décloisonner les formations et d'intégrer l'interprofessionnalité comme un élément central de la formation des professionnels de santé en mettant en place un socle commun de formation, en développant les stages interprofessionnels et en proposant une offre de formation continue interprofessionnelle. Créer plus d'occasions pour les médecins généralistes d'interagir avec les pharmaciens au cours de leurs années de formation pourrait être un moyen de promouvoir l'acceptation et l'appréciation du rôle du pharmacien [46]. Cette reconnaissance des rôles et des compétences de chacun a d'ailleurs été décrite comme un élément facilitateur de la coopération [94]. L'étude de Van et al. [46] suggérait que la reconnaissance des rôles favorisait les interactions et les équipes de soins où la coopération était réussie reconnaissaient les contributions professionnelles de chacun de ses membres. Dans la revue de la littérature de Bardet et al. [51], l'interdépendance, décrite comme un élément déterminant de la coopération, reposait sur le respect mutuel des professionnels pour leurs connaissances, leur expertise et la reconnaissance de la complémentarité de leurs rôles dans la prise en charge des patients articulée autour d'objectifs partagés.

Cette reconnaissance des rôles semblait d'ailleurs évoluer dans le temps. Dans une étude s'intéressant à la représentation des médecins généralistes suite à l'intégration des pharmaciens dans les groupes de soins primaires au Canada [95], des changements dans la perception des médecins sur la contribution des pharmaciens dans la pratique des soins primaires ont été retrouvés au cours du temps, avec une sous-estimation initiale du rôle des pharmaciens et une reconnaissance graduelle de l'expertise et des compétences.

Si la redéfinition des rôles professionnels est un élément important pour faciliter la coopération médecin-pharmacien, la reconnaissance de la formation et des compétences de chacun apparaît

également comme un maillon essentiel à cette coopération.

### **3.5. Une adaptation des modes de rémunération**

Autre point soulevé par les médecins de notre étude, la délégation de tâches aux pharmaciens risquait d'entraîner pour eux une perte d'activité et par conséquent une perte de revenus. Le mode de rémunération actuel à l'acte n'apparaissait donc pas favorable à la délégation. Ils insistaient sur la nécessité d'adapter le financement et la rémunération des différents acteurs. Une rémunération adéquate avait également été identifiée comme un facilitateur de la coopération dans des études étrangères [96] [82] [97]. La HAS, dans son rapport de 2008, pointait déjà le mode de rémunération des médecins français comme un des principaux obstacles au développement de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, le paiement à l'acte valorisant plus naturellement l'exercice individuel [12]. En effet, la rémunération à l'acte pousse le médecin à prendre en charge lui-même son patient puisque sa rémunération en dépend et en ce sens constitue un obstacle au travail collaboratif [98]. D'autre part, le développement d'un travail d'équipe et le rôle du médecin généraliste en tant que coordonnateur entraîne une augmentation du temps d'activité en dehors de la consultation, or, ces tâches ne sont pas valorisées dans le système de paiement à l'acte.

L'analyse des expériences internationales montre que les coopérations se sont surtout développées dans des contextes où les professionnels médicaux et non-médicaux exerçaient dans des structures communes avec des modes de rémunération forfaitaire (salarial ou capitation) ou au moins mixtes (c'est-à-dire avec un paiement à l'acte et un paiement forfaitaire) [99]. Il est toutefois important de tenir compte dans l'analyse de ces résultats des différences historiques existantes entre les systèmes de santé en terme de rémunération des professionnels de santé.

Si, en France, le paiement à l'acte est ancré dans la pratique de la médecine générale libérale et reste majoritaire, la rémunération tend à se diversifier depuis quelques années avec la mise en place de forfaits (forfait médecin traitant, forfait permanence de soins..) et de paiements à la performance (CAPI puis ROSP). Les Nouveaux Modes de Rémunération, expérimentés depuis 2008 et pérennisés suite à l'accord conventionnel interprofessionnel de 2017, ont vocation à valoriser la coordination pluri-professionnelle en permettant aux maisons et aux pôles de santé de bénéficier de rémunérations pour le temps passé à la coordination grâce à un forfait complémentaire au paiement à l'acte alloué à l'équipe de soins pour la coordination des soins, sans imposer de modalités précises dans son utilisation et une autre somme en partie calculée sur le nombre de patients inscrits dans la maison de santé.

Bien que la comparaison avec les systèmes de santé étrangers soit complexe, il semble cependant nécessaire de faire évoluer les modes de rémunération actuels pour encourager le développement de la coopération tout en restant attractif pour les professionnels de santé. Mais les médecins sont-ils prêts à ce changement ? Dans une étude de 2011 [100], si 60% des médecins interrogés se disaient satisfaits du mode de rémunération à l'acte de leur activité libérale, la même proportion se disait favorable à des changements de mode de rémunération. Près de la moitié des médecins étaient favorables à plus de forfaits. Ces mêmes résultats étaient également retrouvés dans la thèse de A. Dehestru [101] réalisée en 2018 auprès de médecins généralistes libéraux, dans laquelle 45% des médecins sondés se déclaraient en faveur d'une augmentation de la part forfaitaire de leurs revenus alors qu'à l'inverse 40% y étaient opposés. Cependant, la majorité des répondants de cette étude continuaient à préférer le système de paiement à l'acte majoritaire par rapport aux forfaits associant la forfaitisation de la rémunération à une vulnérabilité et une perte d'indépendance vis à vis de l'organisme payeur, à une perte de contrôle de leur rémunération et à un problème de confiance face à un payeur unique. A contrario, les avantages attendus semblaient peu convaincants pour les médecins. Dans l'enquête de l'IFOP de mai 2019 sur les médecins généralistes et le plan Santé [58], 55% des médecins interrogés étaient opposés à la remise en question du paiement à l'acte.

### **3.6. Une responsabilité partagée**

Les médecins de notre étude évoquaient également le problème de la responsabilité des actes délégués. En effet, dans la définition de la délégation, qui comprend l'idée de supervision, la responsabilité du délégant (le médecin) reste engagée du fait de la décision de déléguer, la responsabilité du délégué est engagée dans la réalisation de l'acte, au contraire du transfert où l'acte de soins est déplacé d'un corps professionnel à un autre [102]. Ce frein lié à la responsabilité était également retrouvé dans l'étude canadienne de Kelly et al. [49]. Les médecins ne voulaient pas être responsables des actes effectués par les autres professionnels et souhaitaient donc que la responsabilité soit également déléguée pour que chacun soit responsable de ses actes. Ces résultats étaient retrouvés dans l'étude de Bardet et al. [51] où la collaboration impliquait le partage des responsabilités et où le chevauchement des responsabilités était considéré comme générateur de tensions.

## **4. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE**

### **4.1. Choix de l'étude**

La délégation de tâches aux pharmaciens est installée depuis de nombreuses années dans certains pays, notamment anglo-saxons. La majorité des études s'intéressant à l'opinion des médecins généralistes sur cette délégation ont donc été réalisées à l'étranger. Cependant les systèmes de santé de ces pays sont souvent historiquement différents du système français et, en ce sens, les résultats ne peuvent donc pas y être directement transposés. Il semblait donc intéressant de s'intéresser aux représentations des médecins français sur cette délégation. La délégation de tâches aux pharmaciens étant récente en France, peu de données sont actuellement disponibles, l'approche qualitative semblait donc la plus judicieuse.

### **4.2. Population étudiée**

La réalisation d'entretiens nécessitant un accord préalable, seuls les médecins se sentant concernés et intéressés par la problématique ont accepté de participer à l'étude pouvant entraîner un biais de recrutement.

La variété des profils des médecins interrogés a été recherchée et les entretiens se sont déroulés jusqu'à saturation des données afin de garantir la validité de l'étude. Cependant les données obtenues reflétaient l'avis d'un échantillon de médecins généralistes de Lorraine ce qui peut en limiter l'extrapolation à l'ensemble des médecins généralistes français.

### **4.3. Les entretiens**

Il s'agissait pour le chercheur de sa première étude en recherche qualitative. Bien que la conduite des entretiens se soit améliorée au fur et à mesure de l'étude, le manque d'expérience de l'investigateur a pu entraîner une perte d'information et donc une limitation dans la richesse des verbatims. L'élaboration d'un guide d'entretien, affiné au cours de l'étude, avait pour objectif de limiter ce biais.

Les entretiens ont été menés pour la plupart au cabinet des médecins, pouvant entraîner dans certains cas des interruptions, notamment par des appels téléphoniques. D'autre part, deux entretiens ont du être réalisés par téléphone, en raison du contexte sanitaire, ne permettant donc pas l'interprétation des données non verbales.

Enfin, l'enregistrement des entretiens, bien que soumis à leur accord, pouvait également entraîner un blocage pour les médecins et ainsi modifier leur attitude et leurs réponses. Pour limiter ce biais, l'anonymisation des verbatims a été assurée aux médecins interrogés.

#### **4.4. L'analyse**

S'agissant d'une analyse de données qualitatives, un biais d'interprétation propre au chercheur est possible. Afin de limiter la subjectivité dans l'analyse, une triangulation de deux tiers des données a été effectuée entre le chercheur et le directeur de thèse.

La revue par les médecins participants à l'étude n'a pas pu être réalisée par manque de temps. Il aurait été intéressant de voir si l'analyse des chercheurs correspondait à la pensée et à la perception des médecins interrogés afin de diminuer le biais d'interprétation.

La validité externe de l'étude a été renforcée par le respect de la grille COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) dans l'élaboration du protocole de cette étude qualitative.

### **5. OUVERTURE**

Notre étude s'intéressait à la perception des médecins généralistes sur la délégation de tâches aux pharmaciens. Mais les médecins généralistes ne sont pas les seuls acteurs impliqués dans cette coopération. Comment les pharmaciens perçoivent-ils ces nouvelles tâches ? Des études complémentaires pourraient être réalisées afin d'accorder les attentes des médecins et des pharmaciens.

D'autre part, si les médecins de notre étude voyaient dans la délégation un intérêt pour les patients, ils doutaient parfois de leur adhésion à ces nouvelles prises en charge. Il serait donc également intéressant de s'intéresser au point de vue et aux attentes des patients sur la délégation de tâches aux pharmaciens afin de coller au mieux à leurs besoins.

Si la motivation des médecins généralistes ne fait aucun doute sur leur volonté de coopérer et de travailler en équipe, celle-ci permettra-t-elle de lever leurs craintes sur la délégation aux pharmaciens ? Plusieurs pistes d'amélioration ont été évoquées par les médecins de notre étude qui pourraient servir de base de réflexion afin de faciliter les délégations futures. Par ailleurs, dans la littérature étrangère, plusieurs études suggéraient que la perception des médecins généralistes sur la coopération avec les pharmaciens évoluait de manière favorable dans le temps après le

développement de la coopération [69] [95] [103]. Cependant, compte tenu des différences existantes entre les différents systèmes de santé, il serait intéressant de mener une nouvelle étude dans l'avenir pour voir si les mêmes constatations se retrouvent dans le système français.

## CONCLUSION

Le développement des coopérations interprofessionnelles constitue l'un des leviers majeurs de la réorganisation des soins primaires en France, en s'appuyant sur les compétences de l'ensemble des professionnels de santé afin d'optimiser le parcours de soins des patients dans un contexte de démographie médicale en tension.

Ainsi, sur le modèle de systèmes de santé étrangers, la coopération médecin-pharmacien est en plein essor avec l'attribution et la délégation de nouvelles tâches aux pharmaciens, qui étaient habituellement exercées par les médecins.

Dans notre étude, les médecins généralistes mettaient en avant leur intérêt pour la coopération et leur volonté de travailler en équipe afin d'améliorer la prise en charge de leurs patients. Si leur expérience de délégation de tâches restait limitée, ils y voyaient une utilité pour leurs patients plus que pour leur pratique professionnelle. Notre étude a permis de mettre en évidence la perception des médecins généralistes sur leur coopération avec les pharmaciens. S'ils affirmaient entretenir de bonnes relations avec les pharmaciens et reconnaissaient leur importance dans la prise en charge des patients, ces derniers souffraient parfois d'une image plus péjorative. Leur opinion sur la délégation de tâches et l'extension des compétences des pharmaciens restait partagée, s'ils voyaient, dans la vaccination anti-grippale en officine, un moyen d'améliorer la couverture vaccinale, ils semblaient plus réticents en ce qui concerne les actes à visée diagnostique ou la prescription par le pharmacien qui devait rester avant tout exceptionnelle.

Les médecins nous ont fait part de leur préoccupations inhérentes à la délégation dans la prise en charge et le suivi de leurs patients mais également sur les impacts de la délégation pour leur pratique. Ils émettaient par ailleurs des doutes sur la formation et les compétences cliniques des pharmaciens. Toutefois, un meilleur partage d'information, une redéfinition des rôles de chacun, une adaptation des modes de rémunération, un partage des responsabilités et une meilleure formation clinique des pharmaciens ont été suggérés par les médecins comme des pistes d'amélioration pour les délégations futures.

Des études complémentaires pourraient être réalisées auprès des pharmaciens et des patients afin de confronter leur représentation à celle des médecins. Par ailleurs, plusieurs études étrangères suggèrent que la perception des médecins sur cette coopération évolue de manière favorable dans le temps, il semblerait donc intéressant de mener une nouvelle étude après le développement de ces délégations.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- [1] Institut National de la Statistique et des Études Économiques. « Population par âge – Tableaux de l'économie française », févr. 2020.
- [2] Blanpain N., Buisson G. « Projections de population à l'horizon 2070 ». INSEE, nov. 2016.
- [3] Briançon S., Guérin G., Sandrin-Berthon B., « Les maladies chroniques ». adsp, sept.2010, 72 : 11
- [4] Caisse Nationale Assurance Maladie. « Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019 », juil. 2018
- [5] Conseil National de l'Ordre des Médecins. « Atlas de la démographie médicale en France », janv. 2018.
- [6] Ministère des solidarités et de la santé. « Ma santé 2022 : point d'étape des mesures d'accès aux soins – Dossier de presse » [en ligne], mai 2019. [Consulté le: nov. 12, 2019] Disponible : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_de\\_presse\\_acces\\_aux\\_soins\\_avril2019\\_vdef.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_acces_aux_soins_avril2019_vdef.pdf).
- [7] TNS Sofres. « Les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Ile-de-France ». Etude TNS Sofres-SIHP [en ligne], mai 2013. [Consulté le: août 05, 2020] Disponible : <https://www.tns-sofres.com/publications/les-aspirations-professionnelles-des-jeunes-medecins-dile-de-france>
- [8] Conseil National de l'Ordre des Médecins. « Enquête sur les déterminants à l'installation », CNOM, avr. 2019.
- [9] Haute Autorité de Santé. « Élaboration d'un protocole de coopération. Article 51 de la loi HPST ». Guide méthodologique tome 2. HAS, juil. 2010.
- [10] Bourgeuil Y. « Les apports des expériences internationales : entre substitution et diversification ». adsp, mars 2010, 70 : 30-2.
- [11] Haute Autorité de Santé. « Délégation, transfert, nouveaux métiers... Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé », Rapport d'étape. HAS en collaboration avec l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé, 2007.
- [12] Haute Autorité de Santé. « Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? ». Recommandation en santé publique. HAS en collaboration avec l'ONDPS, 2008.
- [13] Berland Y. « Mission « Démographie des professions de santé » », nov. 2002.
- [14] Berland Y. « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »,

oct. 2003.

- [15] Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JORF n°185 du 11 août 2004 p. 14277.
- [16] Berland Y., Bourgueil Y. « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé ». ONDPS, juin 2006.
- [17] LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009 p. 12184.
- [18] Haute Autorité de Santé. « BILAN 2010-2018 - Protocoles de coopération ». HAS, 2019.
- [19] Ministère des Solidarités et de la Santé. « Ma santé 2022 : un engagement collectif ». Dossier de presse, sept. 2018.
- [20] LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. JORF n°0172 du 26 juillet 2019.
- [21] Direction Générale de l'Offre de Soins. « Les protocoles de coopération entre professionnels de santé », *Ministère des Solidarités et de la Santé*, août 2020.
- [22] Santé Publique France. « Données régionales de couverture vaccinale grippe par saison et dans chaque groupe d'âge » [en ligne]. Santé Publique France, oct. 2019. [Consulté le: août. 7, 2020]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/articles/donnees-regionales-de-couverture-vaccinale-grippe-par-saison-et-dans-chaque-groupe-d-age>
- [23] LOI n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 - Article 66. JORF n°0299 du 24 décembre 2016.
- [24] Décret n° 2019-357 du 23 avril 2019 relatif à la vaccination par les pharmaciens d'officine. JORF n°0097 du 25 avril 2019.
- [25] Arrêté du 23 avril 2019 fixant la liste des vaccinations que les pharmaciens d'officine peuvent effectuer en application du 9° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique.
- [26] Arrêté du 23 avril 2019 fixant le cahier des charges relatif aux conditions techniques à respecter pour exercer l'activité de vaccination et les objectifs pédagogiques de la formation à suivre par les pharmaciens d'officine. JORF n°0097 du 25 avril 2019.
- [27] Arrêté du 1er août 2016 déterminant la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques. JORF n°0181 du 5 août 2016.
- [28] Assurance maladie. « Signature de l'avenant 18 sur les TROD de l'angine » [en ligne], oct.2019 [Consulté le: août. 6, 2020]. Disponible :

<https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/signature-de-lavenant-18-sur-les-trod-de-langine>

- [29] Haute Autorité de Santé. « Extension des compétences des professionnels de santé en matière de vaccination. Vaccination contre la grippe saisonnière ». Recommandation vaccinale, juill. 2018.
- [30] PharmaSuisse, « Faits et chiffres Pharmacies suisses 2020 », 2020.
- [31] Tonna AP, Stewart D, West B, McCaig D. Pharmacist prescribing in the UK - a literature review of current practice and research. *J Clin Pharm Ther.* 2007;32(6):545-556.
- [32] M. Ruggli, S. Iten, D. Jordan, et P. Erni, « netCare, une nouvelle prestation dans les pharmacies suisses ». PharmaSuisse, 2014.
- [33] Ordre des Pharmaciens du Québec « Loi 41 Nouvelles activités des pharmaciens », juin 2015.
- [34] Midy F. « Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières, revue de la littérature 1970-2002 », mars 2003.
- [35] Haute Autorité de Santé. « Rapport d'activité 2013. Les protocoles de coopération, article 51 de la loi HPST », 2013.
- [36] Ordre National des Pharmaciens. « La démographie des pharmaciens », janv. 2020.
- [37] Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann L., Lehr-Drylewicz A.-M., Imbert P. et al. « Introduction à la recherche qualitative ». *exercer*, 2008;84:142-5.
- [38] Borgès Da Silva G. « La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication ». *Rev. Médicale L'Assurance Mal.* Juin 2001 ; 32 (2) : 117-121.
- [39] Hudelson P. « La recherche qualitative en médecine de premier recours », *Rev Méd Suisse.* 2004
- [40] Génisson C., Milon A. « Coopération entre professionnels de santé : améliorer la qualité de prise en charge, permettre la progression dans le soin et ouvrir la possibilité de définir de nouveaux métiers ». Rapport d'information. Commission des affaires sociales, janv 2014.
- [41] Bournot M.-C., Goupil M.-C., Tuffreau F. « Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié ». DREES. *Études et Résultats*, août 2008.
- [42] Wüstmann AF, Haase-Strey C, Kubiak T, Ritter CA. Cooperation between community pharmacists and general practitioners in eastern Germany: attitudes and needs. *Int J Clin Pharm.* 2013;35(4):584-592.
- [43] Löffler C, Koudmani C, Böhmer F, et al. Perceptions of interprofessional collaboration of general practitioners and community pharmacists - a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):224.
- [44] Spencer JA, Edwards C. Pharmacy beyond the dispensary: general practitioners' views. *BMJ.* 1992;304(6843):1670-1672. doi:10.1136/bmj.304.6843.1670

- [45] Bollen A, Harrison R, Aslani P, van Haastregt JCM. Factors influencing interprofessional collaboration between community pharmacists and general practitioners-A systematic review. *Health Soc Care Community*. 2019;27(4):e189-e212.
- [46] Van C, Costa D, Mitchell B, Abbott P, Krass I. Development and validation of a measure and a model of general practitioner attitudes toward collaboration with pharmacists. *Res Social Adm Pharm*. 2013;9(6):688-699.
- [47] Van, C., Costa, D., Abbott, P. *et al.* Community pharmacist attitudes towards collaboration with general practitioners: development and validation of a measure and a model. *BMC Health Serv Res*. 2012 ; 12(1) : 320.
- [48] Dey RM, de Vries MJ, Bosnic-Anticevich S. Collaboration in chronic care: unpacking the relationship of pharmacists and general medical practitioners in primary care. *Int J Pharm Pract*. 2011;19(1):21-29.
- [49] Kelly DV, Bishop L, Young S, Hawboldt J, Phillips L, Keough TM. Pharmacist and physician views on collaborative practice: Findings from the community pharmaceutical care project. *Can Pharm J (Ott)*. 2013;146(4):218-226.
- [50] Reyes G. « L'ambiguïté des rôles du pharmacien titulaire d'officine française : une lecture par l'identité de métier », *Manag. Int*. 2013 ; 17(4) : 163-177.
- [51] Bardet JD, Vo TH, Bedouch P, Allenet B. Physicians and community pharmacists collaboration in primary care: A review of specific models. *Res Social Adm Pharm*. 2015;11(5):602-622.
- [52] Bras P.-L., Kiour A., Maquart B., et Morin A. « Pharmacies d'officine : rémunération, missions, réseau ». IGAS, juin 2011.
- [53] Hughes CM, McCann S. Perceived interprofessional barriers between community pharmacists and general practitioners: a qualitative assessment. *Br J Gen Pract*. 2003;53(493):600-606.
- [54] Bradley F, Ashcroft DM, Noyce PR. Integration and differentiation: a conceptual model of general practitioner and community pharmacist collaboration. *Res Social Adm Pharm*. 2012;8(1):36-46.
- [55] McDonough R., Doucette W. R. « Developing Collaborative Working Relationships Between Pharmacists and Physicians ». *JAPhA*. 2000 ; 41(5) : 682-692
- [56] Zillich AJ, McDonough RP, Carter BL, Doucette WR. Influential characteristics of physician/pharmacist collaborative relationships. *Ann Pharmacother*. 2004;38(5):764-770.
- [57] Doucette WR, Nevins J, McDonough RP. Factors affecting collaborative care between pharmacists and physicians. *Res Social Adm Pharm*. 2005;1(4):565-578.
- [58] IFOP. « Les médecins généralistes et le plan santé » [en ligne], mai 2019. [Consulté le: août. 2, 2020]. Disponible : <https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2019/06/Pre%CC>

%81sensation-enqu%C3%AAtte-plan-sant%C3%A9.pdf

- [59] Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. JORF n°0107 du 6 mai 2012 p. 8112.
- [60] Caisse Nationale d'Assurance Maladie « Accompagnement pharmaceutique des patients sous traitement par AVK Premier bilan à un an », CNAM, déc. 2014.
- [61] Lefort L. « Entretiens AVK et asthme : les chiffres » [en ligne]. Le moniteur des pharmacies, juil. 2016. [Consulté le: août. 7, 2020]. Disponible : <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/160701-entretiens-avk-et-asthme-les-chiffres.html>
- [62] IPSOS. « Vaccination antigrippale en pharmacie, le retour d'expérience » [en ligne], sept. 2018. [Consulté le: août. 2, 2020]. Disponible : <https://www.ipsos.com/fr-fr/vaccination-antigrippale-en-pharmacie-le-retour-dexperience>
- [63] Warner JG, Portlock J, Smith J, Rutter P. Increasing seasonal influenza vaccination uptake using community pharmacies: experience from the Isle of Wight, England. *Int J Pharm Pract.* 2013;21(6):362-367.
- [64] Drozd EM, Miller L, Johnsrud M. Impact of Pharmacist Immunization Authority on Seasonal Influenza Immunization Rates Across States. *Clin Ther.* 2017;39(8):1563-1580.e17.
- [65] Isenor JE, Edwards NT, Alia TA, et al. Impact of pharmacists as immunizers on vaccination rates: A systematic review and meta-analysis. *Vaccine.* 2016;34(47):5708-5723.
- [66] ARS Grand Est. « Bilan de l'expérimentation de dépistage de l'angine en officine » [en ligne] janv.2017. [Consulté le: juill. 07, 2020] Disponible : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/bilan-de-lexperimentation-de-depistage-de-langine-en-officine>
- [67] Cooper R, Anderson C, Avery T, et al. Stakeholders' views of UK nurse and pharmacist supplementary prescribing. *J Health Serv Res Policy.* 2008;13(4):215-221.
- [68] Blenkinsopp, A., Tann, J., Evans, A. and Grime, J. Opportunity or threat? General practitioner perceptions of pharmacist prescribing. *Int. J. Pharm. Pract.* 2008;16(1): 29-34.
- [69] Jebara T, Cunningham S, MacLure K, Awaisu A, Pallivalapila A, Stewart D. Stakeholders' views and experiences of pharmacist prescribing: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol.* 2018;84(9):1883-1905.
- [70] Vracar D., Bajorek B.V. Australian General Practitioners' Views on Pharmacist Prescribing. *J. Pharm. Pract. Res.* 2008;38(2):96-102.
- [71] Zhou M, Desborough J, Parkinson A, Douglas K, McDonald D, Boom K. Barriers to pharmacist prescribing: a scoping review comparing the UK, New Zealand, Canadian and

Australian experiences. *Int J Pharm Pract.* 2019;27(6):479-489.

- [72] Stewart DC, George J, Bond CM, Diack HL, McCaig DJ, Cunningham S. Views of pharmacist prescribers, doctors and patients on pharmacist prescribing implementation. *Int J Pharm Pract.* 2009;17(2):89-94.
- [73] Hatah E, Braund R, Duffull SB, Tordoff J. General practitioners' views of pharmacists' current and potential contributions to medication review and prescribing in New Zealand. *J Prim Health Care.* 2013;5(3):223-233.
- [74] Paudyal V, Watson MC, Sach T, et al. Are pharmacy-based minor ailment schemes a substitute for other service providers? A systematic review. *Br J Gen Pract.* 2013;63(612):e472-e481.
- [75] Bojke C, Gravelle H, Hassell K, Whittington Z. Increasing patient choice in primary care: the management of minor ailments. *Health Econ.* 2004;13(1):73-86.
- [76] Hassell K, Whittington Z, Cantrill J, Bates F, Rogers A, Noyce P. Managing demand: transfer of management of self limiting conditions from general practice to community pharmacies. *BMJ.* 2001;323(7305):146-147.
- [77] Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J Public Health (Oxf).* 2015;37(4):716-727.
- [78] Donald M, King-Shier K, Tsuyuki RT, et al. Patient, family physician and community pharmacist perspectives on expanded pharmacy scope of practice: a qualitative study. *CMAJ Open.* 2017;5(1):E205-E212.
- [79] Hatah E, Braund R, Duffull S, Tordoff J. General practitioners' perceptions of pharmacists' new services in New Zealand. *Int J Clin Pharm.* 2012;34(2):364-373.
- [80] Michot, P., Catala, O., Supper, I., Boulieu, R., Zerbib, Y., Colin, C. et al. Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique de la littérature. *Santé Publique.* 2013 ; 25(3) :331-341.
- [81] Chisholm-Burns MA, Kim Lee J, Spivey CA, et al. US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. *Med Care.* 2010;48(10):923-933.
- [82] Bajramovic J, Emmerton L, Tett SE. Perceptions around concordance--focus groups and semi-structured interviews conducted with consumers, pharmacists and general practitioners. *Health Expect.* 2004;7(3):221-234.
- [83] Renault P.-O. « Freins et leviers à l'utilisation du Dossier Médical Partagé: enquête qualitative auprès de 16 médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques en 2018 » [thèse]. Université de Bordeaux, 2018.
- [84] Enouf S. « Obstacles au déploiement généralisé du dossier médical partagé : enquête auprès

des médecins généralistes de la Manche » [thèse]. Université de Caen, 2016.

- [85] El Matouat A. « Utilisation du dossier médical partagé par les médecins généralistes installés en région Bretagne » [thèse]. Université de Rennes 1, 2018.
- [86] Assurance Maladie. « Plus de 8 millions de DMP désormais ouverts » [en ligne], dec 2019. [consulté le août 24, 2020]. Disponible : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/plus-de-8-millions-de-dmp-desormais-ouverts> .
- [87] IPSOS. « Dossier Médical Personnel : baromètre de notoriété et d'image », mars 2012.
- [88] Mathieu-Fritz, A, Esterle L. Les médecins et le dossier santé informatisé communiquant: Analyse d'une expérimentation du dossier médical personnel (DMP). *Réseaux*. 2013 ; 178-179(2), 223-255.
- [89] Butterworth J, Sansom A, Sims L, Healey M, Kingsland E, Campbell J. Pharmacists' perceptions of their emerging general practice roles in UK primary care: a qualitative interview study. *Br J Gen Pract*. 2017;67(662):e650-e658.
- [90] Rieck A, Pettigrew S. How physician and community pharmacist perceptions of the community pharmacist role in Australian primary care influence the quality of collaborative chronic disease management. *Qual Prim Care*. 2013;21(2):105-111.
- [91] Bryant LJ, Coster G, Gamble GD, McCormick RN. General practitioners' and pharmacists' perceptions of the role of community pharmacists in delivering clinical services. *Res Social Adm Pharm*. 2009;5(4):347-362.
- [92] Doumont D, Sandrin-Berthon B. Comment favoriser la synergie des différents acteurs de terrain dans le cadre d'un projet de santé. Série de dossiers documentaires Bruxelles: UCL-RESO/Unité d'Education pour la Santé. 2001
- [93] Tesnière A., Rist S., Riom I. « Stratégies de transformation du système de santé. Rapport final : Adapter les formations aux enjeux du système de santé », Ministère des Solidarités et de la Santé, sept. 2018.
- [94] Petri L. Concept analysis of interdisciplinary collaboration. *Nurs Forum*. 2010;45(2):73-82.
- [95] Farrell B, Pottie K, Woodend K, et al. Shifts in expectations: evaluating physicians' perceptions as pharmacists become integrated into family practice. *J Interprof Care*. 2010;24(1):80-89.
- [96] Goetz K, Kornitzky A, Mahnkopf J, Steinhäuser J. At the dawn of delegation? Experiences and attitudes of general practitioners in Germany - a questionnaire survey. *BMC Fam Pract*. 2017;18(1):102.
- [97] Van C, Mitchell B, Krass I. General practitioner-pharmacist interactions in professional pharmacy services. *J Interprof Care*. 2011;25(5):366-372.

- [98] Pullon S, McKinlay E, Dew K. Primary health care in New Zealand: the impact of organisational factors on teamwork. *Br J Gen Pract.* 2009;59(560):191-197.
- [99] Haute Autorité de Santé. « Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé » . Rapport du groupe de travail présidé par Mireille Elbaum, déc. 2007.
- [100] Barlet, M., Bellamy, V., Guillaumat-Tailliet, F., Jakoubovitch, S. Médecins généralistes : que pensent-ils de leur rémunération ?. *Rev. Française Aff. Soc.* 2011;(2) :123-155.
- [101] Dehestru A. « Intérêt pour la rémunération forfaitaire et son évolution : enquête quantitative auprès de 816 médecins généralistes libéraux français en 2018 » [thèse]. Université de Strasbourg, 2019.
- [102] Haute Autorité de Santé. « Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques ». HAS, août 2007
- [103] Pottie K, Farrell B, Haydt S, et al. Integrating pharmacists into family practice teams: physicians' perspectives on collaborative care. *Can Fam Physician.* 2008;54(12):1714-1717.e5.

## **ANNEXE : GUIDE D'ENTRETIEN**

*(les questions de relance éventuelles sont en italique)*

- 1) Quelle est la place de la coopération interprofessionnelle dans votre vie de tous les jours ?
- 2) De manière générale, qu'est ce que la délégation de tâches médicales aux autres professionnels de santé vous évoque ?
  - *Quelle est votre expérience à ce sujet ?*
- 3) Quels actes, habituellement considérés comme des actes médicaux, seriez vous prêts à déléguer ?
  - *Actes de prévention/de dépistage ? Actes techniques/diagnostics ? Suivi chronique ? Prescriptions ?*
- 4) Quelles sont vos relations avec les autres professionnels de santé de votre secteur ?
- 5) Et quelles sont vos relations avec les pharmaciens de votre secteur ?
  - *Avez vous des échanges réguliers ?*
- 6) Ma thèse porte plus particulièrement sur la délégation de tâches médicales aux pharmaciens, avant de développer un peu plus à partir d'exemples, que pensez vous de la délégation de tâches médicales aux pharmaciens ?
  - *Connaissez-vous leur formation et leurs compétences ?*
- 7) Quelle est votre opinion sur la réalisation de la vaccination anti-grippale par les pharmaciens ?
  - *Quel impact sur votre pratique? Sur le nombre de patients vaccinés ? Avez vous été informé de leur vaccination ?*
  - *Dans l'avenir seriez vous prêt à déléguer la réalisation d'autres vaccins aux pharmaciens ou même leur prescription ?*
- 8) Que pensez vous de la possibilité de réalisation des TROD angine par les pharmaciens ?
  - *Faites vous vous-même le TRD chez les patients consultant pour une angine ?*
- 9) Avez vous entendu parler des projets de la nouvelle loi santé quant aux nouvelles tâches déléguables aux pharmaciens ? Qu'en pensez-vous ?
  - *Que pensez vous de la possibilité de renouvellement périodique de traitements chroniques en ajustant, au besoin, leur posologie avec accord du médecin ?*
  - *Quelle est votre opinion sur la délivrance de médicaments à prescription médicale obligatoire pour certaines pathologies fréquentes et relativement bénignes, sous protocole comme par exemple la cystite ?*
- 10) Quels sont, selon vous, les bénéfices apportés par la délégation de tâches aux pharmaciens ?
  - *Pour votre pratique ? Pour la prise en charge de vos patients ? Pour la relation entre les différents acteurs de soins primaires ?*
- 11) Quels sont au contraire, selon vous, les freins à la délégation de tâches aux pharmaciens ?
  - *Pour votre pratique ? Pour la prise en charge de vos patients ? Liés au personnel délégué ?*

12) Selon vous, quel est l'impact de la délégation sur la relation médecin-patient ?

13) Quels sont, selon vous, les conditions ou les moyens nécessaires au bon fonctionnement de la délégation de tâches aux pharmaciens ?

- *Quelles seraient vos suggestions pour améliorer son fonctionnement ?*
- *Dans votre pratique ? Par rapport au personnel délégué ? Dans la prise en charge globale du patient ? Dans la mise en place pratique ?*

14) Enfin, selon vous, comment pourrait-on améliorer la coopération entre les professionnels de santé ?

Souhaitez vous ajouter quelque chose que nous n'aurions pas évoqué ?

VU

NANCY, le **07 septembre 2020**  
Le Président de Thèse

NANCY, le **07 septembre 2020**  
Le Doyen de la Faculté de Médecine

**Professeur Paolo DI PATRIZIO**

**Professeur Marc BRAUN**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **11359C**

NANCY, le **15 septembre 2020**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

**Professeur Pierre MUTZENHARDT**

## **RÉSUMÉ :**

**INTRODUCTION :** La délégation de tâches médicales et plus largement la coopération interprofessionnelle sont présentées comme une des réponses aux défis actuels du système de santé. Dans les suites de la loi HPST et de la généralisation de la vaccination anti-grippale en officine, le plan « Ma santé 2022 » élargit une nouvelle fois les missions du pharmacien d'officine en favorisant la délégation de tâches aux pharmaciens, dans le cadre de protocoles de coopération. Notre étude avait pour objectif de recueillir la perception des médecins généralistes sur la délégation de tâches aux pharmaciens.

**MATÉRIEL ET MÉTHODES :** Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de 14 médecins généralistes installés en Lorraine entre le mois de février 2020 et le mois de juin 2020. Les entretiens ont été enregistrés et menés jusqu'à saturation des données. Une analyse inductive des verbatims a été effectuée après triangulation de deux tiers des données afin de constituer une synthèse des résultats.

**RÉSULTATS :** Les médecins généralistes interrogés soulignaient leur intérêt pour la coopération interprofessionnelle et le travail en équipe. S'ils affirmaient entretenir de bonnes relations avec les pharmaciens et reconnaissaient leur importance dans la prise en charge des patients, ces derniers souffraient parfois d'une image plus péjorative. Leur opinion sur la délégation de tâches et l'extension des compétences des pharmaciens restait partagée, s'ils voyaient, dans la vaccination anti-grippale en officine, un moyen d'améliorer la couverture vaccinale, ils étaient plus réticents en ce qui concerne les actes à visée diagnostique ou la prescription par le pharmacien. Les médecins nous ont fait part de leur préoccupations inhérentes à cette délégation sur la prise en charge et le suivi de leurs patients mais également pour leur pratique. Ils émettaient par ailleurs des doutes sur la formation et les compétences cliniques des pharmaciens.

**DISCUSSION :** De nombreuses réticences subsistaient chez les médecins généralistes quant à la délégation de tâches aux pharmaciens. Un meilleur partage d'information, une redéfinition des rôles de chacun, une organisation locale, une adaptation des modes de rémunération, un partage des responsabilités et une meilleure formation clinique des pharmaciens ont été suggérés par les médecins comme des pistes d'amélioration pour les délégations futures.

---

### **TITRE EN ANGLAIS :**

#### **REPRESENTATION OF GENERAL PRACTITIONERS ABOUT TASK DELEGATION TO PHARMACISTS**

Qualitative study with general practitioners in Lorraine.

---

### **THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2020**

---

**MOTS CLÉS :** délégation professionnelle, coopération interprofessionnelle, relations professionnelles, pharmacien d'officine, médecin généraliste

---

### **INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR :**

**UNIVERSITÉ DE LORRAINE**  
**Faculté de médecine de Nancy**  
9, avenue de la Forêt de Haye  
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex