

ACADÉMIE D'ORLÉANS-TOURS

UNIVERSITÉ DE TOURS

FACULTE DE PHARMACIE « Philippe MAUPAS »

Année 2020

N° 8

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Par

DETERNE Justine,
Née le 28/01/1994 à Châteauroux

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 28 FEVRIER 2020

COLLABORATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ, HARMONISATION DE
LA PRISE EN CHARGE DANS L'INTÉRÊT DU PATIENT :
LES OUTILS MIS EN PLACE

JURY

Président : Mme MAUPOIL Véronique, Professeur des Universités, Pharmacien, Faculté de Pharmacie, TOURS

Membres :

M. Gilles CONAN, Pharmacien titulaire, AMBOISE

M. José LUSURIER, Pharmacien, MONTLOUIS-SUR-LOIRE

M. Matthieu JUSTE, Maître de Conférence des Universités, Pharmacien – Faculté de Pharmacie, TOURS

ANNEE : 2019 - 2020

Directrice : Pr Véronique MAUPOIL

Directeur Adjoint : M. Hervé MARCHAIS

Assesseurs : Pr Daniel ANTIER, M. Matthieu JUSTE, Pr Karine MAHEO, Mme Audrey OUDIN

ENSEIGNANTS

17 PROFESSEURS

ALLOUCHI	Hassan	CHIMIE PHYSIQUE
ANTIER	Daniel	PHARMACIE CLINIQUE
BARIN	Francis	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
BRAND	Denys	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
CHEVALIER	Stéphane	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
CHOURPA	Igor	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
CLASTRE	Marc	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
DIMIER-POISSON	Isabelle	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
EMOND	Patrick	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
ENGUEHARD-GUEIFFIER	Cécile	PHARMACOGNOSIE
GIRAUDAU	Bruno	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
LANOTTE	Philippe	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
MAHEO	Karine	PHYSIOLOGIE
MAUPOIL-DAVID	Veronique	PHARMACOLOGIE
POUPLARD	Claire	HEMATOLOGIE
THIBAUT	Gilles	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
VIAUD-MASSUARD	Marie-Claude	CHIMIE ORGANIQUE

2 PROFESSEURS EMERITES

AGAFONOV	Viatcheslav	CHIMIE PHYSIQUE
GUILLOTEAU	Denis	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES

38 MAITRES DE CONFERENCES

ALLARD-VANNIER	Emilie	PHARMACIE GALENIQUE
ARLICOT	Nicolas	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
AUBREY	Nicolas	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
BAKRI	Françoise	HYGIENE SANTE PUBLIQUE & TOXICOLOGIE
BESSON	Pierre	PHYSIOLOGIE
BONNIER	Franck	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
BOUDESOCQUE-DELAYE	Leslie	PHARMACOGNOSIE
BOUVIN-PLY	Mélanie	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
BRAIBANT	Martine	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
BREDELOUX	Pierre	PHARMACOLOGIE
DAVID	Stéphanie	PHARMACIE GALENIQUE
DEBIERRE-GROCKIEGO	Françoise	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE

DELAYE	Pierre-Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DENEVAULT	Caroline	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DOUZIECH-EYROLLES	Laurence	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
DUMAS	Jean-François	BIOCHIMIE GENERALE ET BIOTHERAPIE
GERMON	Stéphanie	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
GLEVAREC	Gaëlle	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
HERVE-AUBERT	Katel	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
JUSTE	Matthieu	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
LAJOIE	Laurie	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
LANOUE	Arnaud	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
MARC	Jillian	BIOMOLECULES ET BIOTECHNOLOGIES VEGETALES
MARCHAIS	Hervé	PHARMACIE GALENIQUE
MAVEL	Sylvie	CHIMIE THERAPEUTIQUE
MUNNIER	Emilie	PHARMACIE GALENIQUE
OMBETTA-GOKA	Jean-Edouard	CHIMIE ORGANIQUE
LOUDIN	Audrey	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
PASQUALIN	Côme	PHARMACOLOGIE
PRIE	Gildas	CHIMIE ORGANIQUE
RESPAUD	Renaud	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
SOUCE	Martin	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
TAUBER	Clovis	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
VELGE-ROUSSEL	Florence	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
VERCOUILLIE	Johnny	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
VERGOTE	Jackie	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
VIERRON	Emilie	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
ZHANG	Bei-Li	PHARMACOLOGIE

1 DIRECTEUR DE RECHERCHE

CHALON	Sylvie	INSERM
--------	--------	--------

2 CHARGES DE RECHERCHE

MEVELEC	Marie-Noëlle	INRA
MOIRE	Nathalie	INRA

1 PRAG

WALTERS-GALOPIN	Susan	ANGLAIS
-----------------	-------	---------

3 AHU

FOUCAULT	Amélie	HEMATOLOGIE
FOUCAULT-FRUCHARD	Laura	PHARMACIE CLINIQUE
MARLET	Julien	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE

4 ATER

BILLET	Kevin	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
DRIOUCH	Abderrazzak	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
LAKHRIF	Zineb	FORMATIONS BIO3 INSTITUTE
VERGES	Valentin	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE



SERMENT DE GALIEN

En présence des Maîtres de la Faculté, je fais le serment :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances ;

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

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité ;

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

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession ;

De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens ;

De coopérer avec les autres professionnels de santé ;

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

Date :

L'étudiant

M. DETERNE Justine

Le Doyen de la Faculté

Mme Véronique Maupoil

**COLLABORATION ENTRE
PROFESSIONNELS DE SANTÉ,
HARMONISATION DE LA PRISE
EN CHARGE DANS L'INTÉRÊT
DU PATIENT :
LES OUTILS MIS EN PLACE**

● REMERCIEMENTS

A **Monsieur Gilles CONAN**, directeur de thèse

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir informé en temps réel des actualités grâce à vos connaissances ainsi que votre expérience au sein d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé.

A **Madame Véronique MAUPOIL**, Présidente de thèse

Merci d'avoir répondu favorablement à ma demande concernant la présidence de cette thèse. Je tiens également à vous remercier pour l'implication dont vous avez fait preuve durant ces six années d'études.

A **Monsieur Matthieu JUSTE**, co-directeur de thèse

Merci à vous pour la relecture méticuleuse de ce manuscrit. Merci pour votre disponibilité et également pour vos enseignements durant ces longues études.

A **Monsieur José LUSURIER**,

Merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury et merci d'avoir été présent en tant qu'ami. Ces études c'est aussi tous les moments que nous avons pu partager et que je n'oublierai jamais.

A **Mes amis**,

Pour tous ces moments que nous avons pu partager. Je vous souhaite à tous une réussite aussi bien professionnelle que personnelle et que nous puissions continuer à garder contact comme nous le faisons.

A Katy, ma binôme dans tous les domaines, merci d'avoir été là. Nous avons fait une bonne équipe.

A Suzanne, ma meilleure amie d'enfance avec qui je me suis élevée et auprès de qui je continue à grandir. Bravo pour ces brillantes études que tu viens de décrocher.

A Mes différents maîtres de stage,

Merci de m'avoir transmis votre savoir, merci pour votre patience ainsi que vos connaissances.

A Ma famille,

Merci à mes parents d'avoir toujours été présents pour moi aussi bien dans mes études que dans ma vie personnelle, merci pour tout ce que vous faites. Je vous dois ma réussite.

Merci à Aubin, mon frère de s'inquiéter pour sa grande sœur. Bravo à toi aussi pour tes études que tu réussis de manière impressionnante et pour ces petits coups de mains afin de rédiger au mieux ce manuscrit.

Merci à mes grands-parents, partis trop tôt pour certains et pour les autres d'être également présents au quotidien, merci pour votre soutien.

A Mike,

Merci pour ta présence à mes côtés au quotidien. Avec tout mon amour.

● SOMMAIRE

●	REMERCIEMENTS	- 3 -
●	SOMMAIRE	- 5 -
●	Table des figures.....	- 7 -
●	LEXIQUE	- 9 -
●	INTRODUCTION	- 11 -
●	PARTIE I : Les différents outils à disposition du pharmacien.....	- 13 -
I)	LE DOSSIER MEDICAL PARTAGE :	- 13 -
1)	Qu'est-ce que le DMP ?	- 13 -
2)	Comment cela fonctionne ?	- 15 -
3)	Pourquoi et comment est né le DMP ?.....	- 15 -
a	Les débuts :.....	- 16 -
b	Loi de modernisation :	- 17 -
c	Quelques chiffres :	- 17 -
4)	Protection des données :	- 19 -
a	Le Règlement Général sur la Protection des Données :	- 19 -
b	Ouverture d'un DMP :	- 19 -
c	Stockage des informations du DMP :	- 20 -
5)	Les différentes interactions avec les DMP :	- 20 -
a	Dossier Médical Partagé et Caisse Primaire d'Assurance Maladie :	- 20 -
b	Dossier Médical Partagé et Dossier Pharmaceutique :	- 20 -
c	Dossier Médical Partagé et Logiciel de Gestion Officinale :	- 21 -
d	Dossier Médical Partagé et Hôpital :	- 21 -
e	Dossier Médical Partagé et Bilan de Médication Partagé :	- 21 -
f	Dossier Médical Partagé et Médecin généraliste :	- 22 -
6)	Evolutions / Critiques :	- 22 -
II)	LA MESSAGERIE SÉCURISÉE DE SANTÉ :	- 24 -
1)	Qu'est-ce que c'est ?	- 24 -
2)	Comment cela fonctionne ?	- 24 -
3)	Pourquoi utiliser une MSS ?	- 25 -
a	Hébergement des données de santé :	- 26 -
b	Quelques chiffres :	- 27 -
4)	Avantages et inconvénients :	- 29 -
III)	MAIS ENCORE :	- 30 -
1)	Globule :	- 30 -
2)	L'outil LISA :	- 32 -
3)	Autres exemples :	- 33 -
a	PAACO : Plateforme Aquitaine d'Aide à la Communication :	- 33 -
b	Mon SISRA :	- 34 -
c	eTICSS : Territoire Innovant Coordonné de Santé Social :	- 34 -
d	TerriSanté :	- 35 -
4)	Discussion :	- 36 -

•	PARTIE II : Les différents groupes de travail	- 38 -
I)	Le dispositif PAERPA :	- 38 -
1)	Qu'est-ce que le dispositif PAERPA :	- 38 -
2)	Travailler main dans la main :	- 39 -
a	<i>Plan Personnalisé de Santé (PPS) :</i>	- 39 -
b	<i>Coordination Territoriale d'Appui (CTA) :</i>	- 40 -
c	<i>Coordination Territoriale d'Appui et Plateforme Territoriale d'Appui :</i>	- 41 -
d	<i>La place et le rôle du pharmacien :</i>	- 42 -
II)	Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) :	- 43 -
1)	Ma santé 2022 :	- 43 -
a	<i>Les missions :</i>	- 45 -
2)	La mise en place d'une CPTS :	- 47 -
a	<i>Le financement des CPTS :</i>	- 47 -
b	<i>Structure juridique des CPTS :</i>	- 48 -
3)	Exemple de la CPTS en Centre Val de Loire :	- 51 -
a	<i>Présentation :</i>	- 51 -
b	<i>Composition :</i>	- 51 -
c	<i>Financements :</i>	- 52 -
d	<i>Exemple d'un projet :</i>	- 52 -
e	<i>Du nouveau dans la région Centre-Val de Loire :</i>	- 56 -
4)	Discussion :	- 57 -
III)	Mais encore :	- 59 -
1)	Développement de la télémédecine :	- 59 -
a	<i>Qu'est-ce que la télémédecine :</i>	- 59 -
b	<i>Comment cela fonctionne :</i>	- 61 -
c	<i>Pour le pharmacien :</i>	- 61 -
2)	Maisons de Santé Pluridisciplinaire :	- 63 -
3)	Equipe de Soins Primaires :	- 64 -
4)	Articulation MSP-ESP-CPTS :	- 65 -
•	PARTIE III : Etat des lieux, Avenir, Axes d'améliorations.....	- 66 -
I)	Sondage sur les connaissances actuelles :	- 66 -
1)	Pourquoi ces questionnaires ?	- 66 -
2)	Questionnaire pharmacien :	- 66 -
a	<i>Questions et réponses :</i>	- 66 -
b	<i>Analyse des résultats :</i>	- 75 -
3)	Questionnaire patient :	- 77 -
a	<i>Questions et réponses :</i>	- 77 -
b	<i>Analyse des résultats :</i>	- 80 -
•	CONCLUSION / DISCUSSION	- 81 -
•	BIBLIOGRAPHIE	- 83 -
•	ANNEXES	- 87 -

● TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Schéma récapitulatif du contenu d'un DMP issu du moniteur des Pharmaciens N°3214 du 3 mars 2018	- 13 -
Figure 2: Etat des lieux du DMP en 2013 selon l'ASIP	- 17 -
Figure 3: Cartographie du nombre de DMP en France en 2016 (DMP.gouv).....	- 17 -
Figure 4: Progression du nombre de DMP ouvert par an en France.....	- 18 -
Figure 5: Répartition des ouvertures de DMP en France en 2020 selon les sources de l'Assurance Maladie.	- 18 -
Figure 6: Etapes de la procédure de certification.....	- 26 -
Figure 7: Liste des logiciels de professionnels de santé qui intègrent MSSanté	- 27 -
Figure 8: Aperçu de l'utilisation de MSSanté en France en 2017 d'après le Dossier de presse MSSanté de Février 2018 par l'ASIP.	- 28 -
Figure 9: Aperçu de l'interface Globule pour un patient donné.....	- 30 -
Figure 10: Progression de l'utilisation de l'application Globule ⁽²⁹⁾	- 31 -
Figure 11: Aperçu de l'application LISA	- 32 -
Figure 12: Schéma récapitulatif des fonctionnalités de PAACO extrait du site de l'ARS Nouvelle Aquitaine.	- 33 -
Figure 13: Aperçu de l'interface eTICSS	- 35 -
Figure 14: Territoire de la CPTS Asclépios.....	- 51 -
Figure 15: BPCO d'après le site Améli (Améli : https://www.ameli.fr/indre-et-loire/assure/sante/themes/bpco/comprendre-bpco).....	- 53 -
Figure 16: Piko-6	- 55 -
Figure 17: Résumé des différents types de télé-médecine d'après le site de l'assurance maladie	- 60 -
Figure 18: Pourcentage de pharmaciens exerçant soit en ville, dans un quartier ou dans un milieu rural	- 66 -
Figure 19: Répartition des réponses selon le département d'exercice	- 67 -
Figure 20: Répartition selon le statut au sein de la pharmacie	- 68 -
Figure 21: Nombre de personne dans l'équipe officinale	- 68 -
Figure 22: Nombre de DMP ouverts dans l'officine	- 68 -
Figure 23: Utilité du DMP selon les pharmaciens	- 69 -
Figure 24: Pourcentage d'implication pour l'utilisation du DMP	- 69 -
Figure 25: Utilité du DMP selon les pharmaciens	- 69 -
Figure 26: Réponses concernant l'utilité du DMP pour la coordination des soins.....	- 70 -
Figure 27: Avis sur l'ajout d'un onglet "vaccination" dans le DMP	- 70 -
Figure 28: Pourcentage d'utilisation de la Messagerie sécurisée de santé chez les pharmaciens-73 -	- 73 -
Figure 29: Connaissance du dispositif PAERPA par les pharmaciens	- 73 -
Figure 30: Connaissance des CPTS par les pharmaciens	- 74 -
Figure 31: Utilité de des CPTS, PAERPA...dans l'amélioration des prises en charge	- 74 -
Figure 32: Motivation des pharmaciens dans l'intégration d'une pratique coordonnée	- 74 -
Figure 33: Somme des DMP ouverts en fonction du nombre d'employés dans l'officine..	- 75 -
Figure 34: Nombre de DMP ouverts en fonction du nombre d'employés par pharmacie ...	- 76 -
Figure 35: Pourcentage d'homme et de femme parmi les répondants	- 77 -
Figure 36: Diagramme correspondant à l'âge des répondants.....	- 77 -
Figure 37: Présence d'une pathologie chronique ou non chez les répondants	- 77 -
Figure 38: Est-ce que les répondants vont voir un seul médecin ou plusieurs?	- 78 -
Figure 39: Connaissance du DMP chez les répondants	- 78 -
Figure 40: Avis sur la transmission d'informations concernant le DMP	- 79 -

Figure 41: Pourcentage de gens prêts à ouvrir leur DMP suite à ce questionnaire	- 79 -
Figure 42: Est-ce que les répondants sont prêt à conseiller l'ouverture d'un DMP suite au questionnaire ?	- 80 -

• LEXIQUE

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS : Agence Régionale de Santé
ASIP : Agence des Systèmes d'Informations Partagées
BMP : Bilan de Médication Partagé
BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CCP : Coordination Clinique de Proximité
CDS : Centre De Santé
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNOP : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COFRAC : Comité Français d'Accréditation
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPE : Carte de Personnel d'Etablissement
CPS : Carte de Professionnel de Santé
CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CSP : Code de la Santé Publique
CTA : Coordination Territoriale d'Appui
DCC : Dossier Communicant en Cancérologie
DMP : Dossier Médical Partagé
DMPe : Dossier Médical Personnel
DP : Dossier Pharmaceutique
ESP : Equipe de Soins Primaires
ETP : Education Thérapeutique du Patient
FAST : Fourniture d'un Accès Sécurisé aux Traitements
FIR : Fonds d'Intervention Régional
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
HAS : Haute Autorité de Santé
HDA : Honoraire de Dispensation lié à l'Age
HDS : Hébergeur de Données de Santé
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
InVS : Institut de Veille Sanitaire
ISO : Organisation Internationale de Normalisation
LGO : Logiciel de Gestion Officinale
MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MSA : Mutualité Sociale Agricole
MSP : Maison de Santé Pluri-professionnels
MSS : Messagerie Sécurisée de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PAACO : Plateforme Aquitaine d'Aide à la Communication
PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
PEC : Prise En Charge
PPS : Plan Personnel de Santé
RCS : Registre du Commerce et des Sociétés
RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données
RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
SNIIRAM : Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie
TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique
TSN : Territoire de Soins Numériques
VEM 6 : Volume Expiré Maximal à la 6^{ème} seconde
VEMS : Volume Expiré Maximal à la première Seconde

• INTRODUCTION

A l'heure d'aujourd'hui, de nombreux sujets concernant la santé sont soulevés. Une diminution des dépenses, une amélioration de la prévention, une implication du patient dans sa pathologie chronique, une meilleure qualité et sécurité des soins, une bonne continuité de la prise en charge ville/hôpital ou hôpital/ville....

Tous ces axes de changement dans un but d'amélioration, peuvent être compliqués à mettre en place car de nombreux paramètres sont à prendre en compte dans l'intérêt de tous. Cependant, Sécurité, Qualité et Efficacité restent les maîtres mots.

Comme mentionné dans la loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009 : les nouvelles missions du pharmacien sont notamment de « participer à la coopération entre professionnels de santé », de pouvoir « assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement de santé [...] »...⁽¹⁾

Ces nouvelles missions précisément décrites, vont permettre d'une part de diversifier les actions du pharmacien mais également d'officialiser son implication dans la communication entre professionnels de santé.

Au fil des années, l'informatique au sein des officines a connu une évolution remarquable. La gestion de stock qui se faisait auparavant à la main a pu bénéficier d'une avancée considérable par une gestion dorénavant informatique, qui permet d'éviter un certain nombre d'erreurs et de faciliter cette tâche pour le moins rébarbative, la dématérialisation de la télétransmission des factures, etc.

Nous pouvons également citer le dossier pharmaceutique, qui permet un regard sur des informations essentielles concernant le patient.

L'ère du numérique ne cesse de progresser et nous propose de jours en jours des outils de plus en plus performants afin de faciliter et d'améliorer notre pratique.

Les outils informatiques sont certes indispensables à nos professions de santé, que cela concerne les médecins, les infirmières, les établissements de santé, les pharmaciens... Cependant ils ne sont pas la condition exclusive pour une amélioration de la prise en charge. L'élément essentiel à prendre en compte est la collaboration entre les différents acteurs de santé notamment via ces technologies. Sans cette communication entre nous, qu'en serait-il de l'amélioration de la prise en charge ? Pourrait-elle réellement évoluer ?

Il est donc important de s'informer sur les nouveaux outils mis à notre disposition afin de les faire évoluer ainsi que de s'impliquer et de collaborer un maximum avec tous les acteurs de santé et les établissements qui gravitent autour de la pharmacie.

Par ailleurs, la collaboration entre les différentes professions de santé est le sujet principal de la nouvelle loi santé 2022 mise en place par le Président Mr Macron. Elle permet

au pharmacien d'intégrer de nouvelles missions et de renforcer son implication au sein du parcours de santé.

Dans cette thèse, les différents outils informatiques disponibles à l'officine seront abordés notamment le Dossier Médical Partagé (DMP) qui est de nouveau d'actualité et qui sera certainement l'outil indispensable de demain.

Les différents groupes de travail et équipes de soins feront l'objet d'une seconde partie, afin de montrer que l'implication de tous est nécessaire et utile.

Puis nous verrons quelles peuvent être les difficultés rencontrées avec ces outils, les raisons des sous-utilisations et des pistes d'amélioration.

. PARTIE I : Les différents outils à disposition du pharmacien

I) LE DOSSIER MEDICAL PARTAGE :



1) Qu'est-ce que le DMP ?

Le Dossier Médical Partagé (DMP) peut être comparé à un carnet de santé connecté. En effet, ce dernier est accessible à certains professionnels de santé grâce à une carte de professionnel de santé (CPS : Carte de Professionnels de Santé ou CPE : Carte de Personnel d'Etablissement) et permet de visualiser différentes informations (Figure 1) :

- Des comptes rendus d'hospitalisation
- Les différentes consultations et prescriptions du médecin généraliste ou spécialiste
- Les délivrances de médicaments à l'officine mais également les comptes rendus des entretiens pharmaceutiques, les vaccinations, le bilan de médication ...
- Des informations apportées par le patient lui-même
- Des imageries
- Des informations apportées par les infirmiers, kinésithérapeutes...
- Des résultats d'analyses biologiques
- Mais également des dossiers de liaison d'urgence

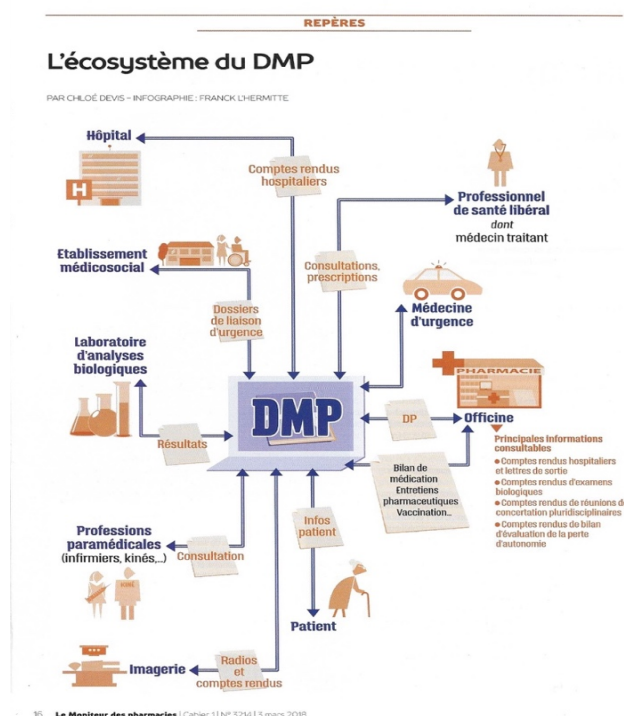


Figure 1 : Schéma récapitulatif du contenu d'un DMP issu du moniteur des Pharmaciens N°3214 du 3 mars 2018

Il contient également l'identité de la personne avec son numéro d'identification nationale de santé, les coordonnées de son médecin traitant et les personnes à contacter en cas d'urgence.

Il est décomposé en 8 rubriques :

- **Synthèse** : regroupe les principales informations de santé comme les antécédents médicaux, les allergies, le groupe sanguin, les traitements en cours etc.
- **Traitements et soins**
- **Compte-rendu**
- **Imagerie médicale**
- **Biologie**
- **Prévention**
- **Certificat**
- **Documents ajoutés par le patient**

Le DMP peut être ouvert en pharmacie avec l'accord du patient ; directement sur le site ameli.fr ; à la caisse d'assurance maladie ou par tout autre professionnel de santé disposant d'une carte CPS ainsi que de la carte vitale du patient sur un lecteur Kapelse.

Ce dernier est maître de ses informations et peut donc choisir de masquer certains documents à certains professionnels de santé. Ainsi le pharmacien peut ne pas voir la consultation d'un infectiologue ; le kinésithérapeute peut ne pas voir la délivrance de certains traitements... Seul le médecin traitant peut avoir accès à toutes les informations.

Le propriétaire du DMP est informé à chaque consultation de ce dernier. Il reçoit un SMS ou un e-mail l'informant de la personne qui a consulté ses informations. Il peut à tout moment clôturer son DMP s'il le souhaite.

En tant que professionnel de santé, il faut comprendre tout l'intérêt du DMP dans l'avenir de la profession pour savoir l'expliquer au patient, le mettre en confiance face à cela et lui expliquer l'importance que cela peut avoir dans sa prise en charge.

En effet, il est facile de comprendre que si toutes les informations médicales sont visualisables par le médecin traitant lors de la consultation il y aura une prise en charge plus précise, plus spécifique, plus affinée et surtout plus évidente pour lui.

En pharmacie également, si la consultation d'un bilan biologique est visualisable, cela permettra de vérifier la compatibilité d'un médicament avec la fonction rénale, par exemple. Il est évident qu'un pharmacien au comptoir n'aura jamais le temps d'ouvrir chaque DMP et de consulter chaque information. En revanche, dans le cadre du Bilan de Médication Partagé, cela prend tout son intérêt, ou encore lors d'une interrogation d'un patient sur un sujet donné, la conversation pourra être ouverte et la visualisation de son historique thérapeutique permettra d'avoir un certain nombre d'informations utiles afin de lui répondre au mieux et de pouvoir l'orienter.

Il faut savoir que l'ouverture du DMP fait partie des nouvelles missions du pharmacien. Il est donc rémunéré 1€ à chaque ouverture de dossier comme le prévoit l'avenant 11 ⁽²⁾ de la convention pharmaceutique.

2) Comment cela fonctionne ?

Après ouverture, le patient est propriétaire de son dossier et peut l'alimenter de données qu'il jugera utiles. Il peut également bloquer l'accès à certains professionnels de santé ou même demander le retrait de certains documents. Seul le médecin traitant possède un accès total au carnet de santé connecté.

Il est également possible, si le patient le souhaite, de donner un statut de « médecin traitant DMP » à un autre professionnel afin qu'il ait lui aussi un accès illimité.

Le patient a d'ores et déjà la possibilité de télécharger l'application DMP sur son smartphone ou sa tablette.

A savoir qu'il existe des modes d'accès particuliers pour les situations d'urgences sauf si le patient s'y est opposé lors de la création. Il s'agit d'un accès Samu-centre 15 où le médecin des urgences peut accéder aux données du DMP. D'autre part, un accès en mode « bris de glace » est possible par tout professionnel de santé si l'état du patient comporte un risque immédiat pour sa santé.

Inversement, le médecin traitant peut ajouter des documents qui sont invisibles pour le patient ; c'est l'exemple du diagnostic d'un cancer. Le document ne sera pas accessible par le patient avant la consultation d'annonce.

Le patient a également la possibilité de consulter les différents accès des professionnels de santé à son DMP.

De leur côté, tous les professionnels de santé sont conviés à alimenter ce dernier et à le consulter en cas de besoin.

Une matrice d'habilitation définit le type de document auquel chaque professionnel peut accéder (Annexe 1).

Concernant le pharmacien, il aura la possibilité d'enrichir le DMP du patient avec le carnet de vaccination et les bilans partagés de médicaments principalement.

Pour la dispensation des traitements, il est prévu que le volet Médicament du DMP corresponde aux informations du Dossier Pharmaceutique (DP). Or, actuellement, ces deux outils ne possèdent pas les mêmes moyens d'identification et ne peuvent donc s'interconnecter.

3) Pourquoi et comment est né le DMP ?

Dans un contexte financier extrêmement dégradé, la loi n°2004-810 du 13 août 2004⁽³⁾, relative à l'assurance maladie, procède à une réforme en profondeur de cette dernière.

L'amélioration de l'offre de soins et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé fait partie d'un de ces nouveaux objectifs.

Cela sera possible grâce au développement d'une coordination des soins ; c'est donc dans ce cadre d'économie et d'amélioration de la prise en charge des patients qu'est née l'idée du Dossier Médical Personnel (DMPe) avec pour objectifs :

- **Améliorer la qualité et la continuité des soins**, en permettant à chaque professionnel de santé d'accéder à des synthèses documentées expliquant l'histoire médicale d'un

patient, l'aidant ainsi à aller plus vite et de manière plus sûre vers le diagnostic et les décisions de traitements adaptés ;

- **Faciliter la coordination entre professionnels**, en leur permettant d'échanger entre eux au cours du processus de soin ;
- **Eviter les actes redondants**, en permettant à chaque professionnel d'apprécier l'utilité relative de ses actes et prescriptions par rapport à l'historique des soins pratiqués jusque-là. ⁽⁴⁾

a Les débuts :

Le lancement de ce Dossier Médical Personnel (DMPe) a été plus que laborieux. Les expérimentations n'ont pu être mises en place qu'en septembre 2006 et se sont achevées en décembre de cette même année. Il y a eu 17 sites mobilisés dans treize régions avec un total de 38 200 DMPe qui ont pu être ouverts, dont 67% par des établissements de soins. A la fin de l'expérimentation, seulement 5 000 dossiers (14% des dossiers ouverts) étaient encore actifs. Ces derniers contenaient en moyenne 4 à 6 documents et avaient été consultés par 1,16 professionnels de santé. ⁽⁵⁾

Comme dit dans le Rapport de novembre 2007 sur le DMPe ⁽⁵⁾ : ce déploiement trop rapide n'a pas permis de mettre en place le DMPe de manière optimale. Cela a tout de même permis d'en tirer des conclusions qui restent malgré tout très générales et qui auraient pu être d'emblée envisagées telles que « *la nécessité d'accompagner l'adaptation des systèmes d'informations hospitaliers, de mettre en place un programme de formation pour les médecins, d'assurer la compatibilité entre le DMPe et les logiciels utilisés par les professionnels de santé, de garantir la rapidité et l'ergonomie d'utilisation du DMPe* » ; il est donc conclu que « *cette étape a permis de faire connaître le concept de DMPe mais pas d'apporter des réponses exploitables aux interrogations techniques* ».

Le rapport sur le DMP de novembre 2007, mené par les inspections générales des Finances, des Affaires Sociales et du Conseil général des Technologies de l'Information redéfinit les objectifs de la mise en place de ce Dossier Médical et dit « *Les principaux avantages attendus et affichés du DMP, présenté comme la clé de voûte de la loi du 13 août 2004, étaient les suivants :*

- **Une meilleure coordination des professionnels de santé**, de nature à réduire, grâce au partage de l'information, les prescriptions redondantes ou les erreurs résultant d'une mauvaise circulation de l'information ;
- **Une meilleure qualité des soins dispensés par les professionnels et les établissements de santé** grâce à l'accès en temps réel à une information unifiée concernant le patient ;
- **Une meilleure information des assurés**, de nature à les rendre d'avantage responsable de leur santé ;
- **Une plus grande maîtrise des dépenses d'assurance maladie**, via la diminution des actes redondants, inutiles ou iatrogènes. »

En 2011, l'ASIP Santé qui est un opérateur public chargé du déploiement de la e-santé (C'est-à-dire, de la mises-en œuvre des Cartes de Professionnels de Santé CPS, du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS), de la mise au point de la Messagerie Sécurisée

de Santé MSSanté...), relance l'idée du DMPe jusque-là encore dans l'ombre et méconnue de la plupart.

Malgré les 210 millions d'euros investis, le DMPe n'a jamais vraiment vu le jour et sa mise en route est restée au point mort. ⁽⁶⁾

b Loi de modernisation :

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 ⁽⁷⁾ prévoit la remise au goût du jour de ce DMPe et le nomme dorénavant le Dossier Médical Partagé (DMP). Il est sous l'égide de l'Assurance maladie et son but est de favoriser la prévention, la qualité, la continuité et la prise en charge coordonnée des soins des patients. Son intérêt est d'ordre sanitaire mais aussi économique en évitant des actes redondants. On reste donc sur les mêmes objectifs principaux depuis 2006.

Il a été testé dans 9 départements pilotes via les caisses primaires d'assurance maladie : Bas-Rhin, Pyrénées-Atlantiques, Côtes-d'Armor, Doubs, Haute-Garonne, Indre-et-Loire, Puy-de-Dôme, Somme, et Val-de-Marne

Les objectifs sont donc restés les mêmes mais les expérimentations réalisées auparavant ont permis d'améliorer le système au niveau technologique, logistique et sécurité des données.

c Quelques chiffres :

Selon le rapport de la Cour des comptes de juillet 2012 : de 2011 à mi-juin 2012 seulement 156 000 DMP avaient été créés, majoritairement dans des établissements de santé et dans 4 régions. ⁽⁶⁾



ETAT DES LIEUX NATIONAL

396 984 dossiers patients créés
47,8 % DMP alimentés
14 régions impliquées

Figure 2: Etat des lieux du DMP en 2013 selon l'ASIP

En 2013, 396 984 DMP ont été créés en France avec 47,8% d'entre eux alimentés dans 14 régions impliquées comme nous pouvons le voir sur le Figure 2.

En 2016, 571 972 DMP ouverts répartis selon la cartographie de la Figure 3.

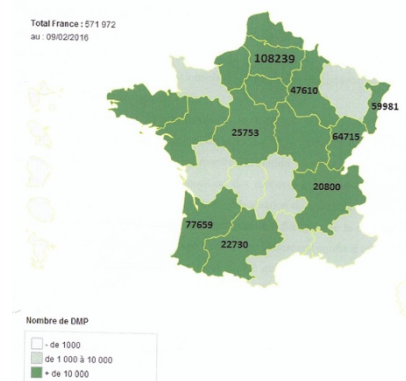


Figure 3: Cartographie du nombre de DMP en France en 2016 (DMP.gouv)

En 2018, d'après les sources de l'Assurance Maladie, « Jeudi 13 décembre, le cap symbolique des 3 millions de Dossiers Médicaux Partagés (DMP) ouverts a été franchi, cinq semaines seulement après le lancement du service. », avec plus de 800 000 actifs en pharmacie.

Dans le Dossier de Presse du 16 avril 2019, on constate que 5 millions de personnes ont ouvert leur DMP.

« Aujourd'hui, tout assuré peut ouvrir son DMP [...] Cette forte mobilisation dans la création de DMP est un atout pour ancrer son usage dans les habitudes, afin que partout en France les assurés bénéficient du meilleur suivi médical de la part de l'ensemble des professionnels de santé. »

Ces chiffres ne cessent d'augmenter comme nous le montre la Figure 4. De plus, on constate 5,7 millions de DMP ouverts en juin 2019.

Le nombre d'ouverture de DMP est un premier pas qui est plutôt encourageant, les suivants seront de voir si son utilisation et son enrichissement seront bien suivis. ⁽⁸⁾⁽⁹⁾

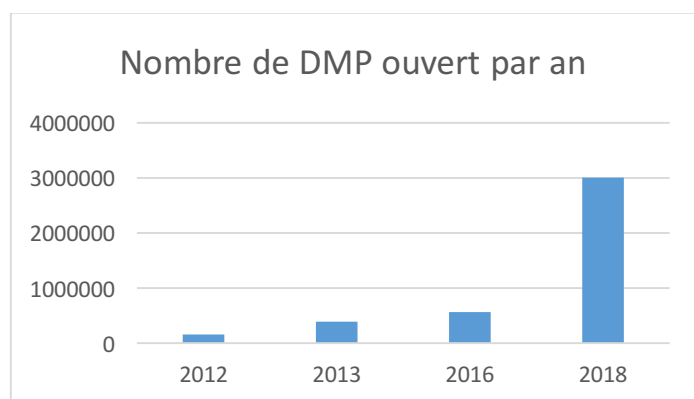


Figure 4: Progression du nombre de DMP ouvert par an en France

En plus de l'historique des soins versés par l'Assurance Maladie (qui représente 57,3 millions de documents), les DMP contiennent déjà de nombreuses informations. En avril 2019, on compte près de 6,5 millions de documents ajoutés, dont 54 % par les établissements de santé, 30 % par les patients eux-mêmes, 14 % par les professionnels de santé libéraux et 2 % par les centres de santé. A cette date, 19 centres hospitaliers universitaires sur 32 alimentent automatiquement des DMP (avec les comptes rendus d'hospitalisation, les lettres de sortie, etc.). ⁽¹⁰⁾



Figure 5: Répartition des ouvertures de DMP en France en 2020 selon les sources de l'Assurance Maladie.

Sur la Figure 5 nous pouvons observer la répartition en pourcentage du nombre d'ouverture de DMP.

Concernant les personnes ayant des difficultés à se déplacer, elles pourront se tourner vers les infirmiers qui dès 2020, seront rémunérés 1 € par DMP créé.

En Touraine 150 000 DMP ont été ouverts, ce qui montre l'implication des professionnels de santé dans ces nouvelles missions notamment des pharmaciens avec 45% d'ouverture de dossiers médicaux.

On compte également 71% des principaux établissements médicaux du département d'Indre et Loire qui alimentent le DMP.

Beaucoup de temps et d'argent ont été investi dans le DMP, et son nouveau redéploiement n'est pas sans espoir. A l'ère du développement des technologies électroniques, nos professions évoluent. Nous devons nous adapter afin d'évoluer avec et de tenter de les améliorer grâce à une utilisation quotidienne.

Ces outils sont notamment là pour essayer de faciliter nos échanges entre professionnels de santé, afin de perturber le moins possible le travail de chacun à l'heure où notre profession nous fait courir sans arrêt après le temps.

4) Protection des données :

a Le Règlement Général sur la Protection des Données :

C'est le 25 mai 2018 qu'est rentré en vigueur le règlement européen (n° 2016/679) ⁽¹¹⁾ concernant la protection des données personnelles : le Règlement Général sur la Protection de Données (RGDP) ⁽¹²⁾. Il est sous le contrôle de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Cette dernière permet la régulation des données personnelles dans l'univers du numérique.

Ce nouveau règlement oblige chaque entreprise à procéder à une protection optimale des données personnelles à chaque instant et d'être en mesure de la démontrer en documentant leur conformité.

Plus en détail, il suggère pour chaque entreprise de désigner un délégué responsable de la protection des données personnelles. Ce dernier aura pour tâche de cartographier le traitement des données en tenant un registre qui notifiera l'utilité, l'importance, la durée, le lieu d'hébergement de ces données. De vérifier la conformité à la loi par rapport à ce traitement d'informations, mais également de s'assurer de la destruction ou mise en archive de certains documents après un temps donné. Par exemple, le dossier pharmaceutique d'un patient enregistre les données que sur une période de 4 mois pour la délivrance des médicaments ; les ordonnances de stupéfiants doivent être conservées durant trois ans.

b Ouverture d'un DMP :

Aujourd'hui, lors de l'ouverture d'un DMP en pharmacie, le consentement du patient est recueilli grâce à une case que l'on coche sur le Logiciel de Gestion des officines (LGO).

Certains logiciels prévoient la possibilité d'intégrer la signature du patient grâce à un stylet mais cette démarche n'est pas obligatoire.

On peut donc se demander si une simple case à cocher nous protège en tant que pharmacien. En effet, à l'heure actuelle, la CNIL se satisfait de ce simple accord « oral » sans

imposer de signature. Il est bien évident, qu'il est tout de même fortement conseillé aux pharmaciens de faire signer un document confirmant le consentement du patient, qui le protégera en cas de réclamations éventuelles.

c Stockage des informations du DMP :

Les informations contenues dans le DMP sont stockées sur un hébergeur de données de santé habilité « Hébergeur de Données de Santé » (HDS), assuré par la société Worldline. Worldline fait appel à l'hébergeur Santeos qui est une société filiale de Worldline.

Comme nous le précise l'ASIP Santé : La société Santéos est agréée pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen d'applications métiers utilisées à des fins de suivi médical.⁽¹³⁾

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) enrichit le DMP grâce aux remboursements des délivrances de médicaments et des actes médicaux qu'elle effectue mais n'a pas d'accès à ce dernier.⁽¹⁴⁾

L'historique de ces soins est visualisable sur les 24 derniers mois. Le DMP a vocation à suivre le patient tout au long de sa vie. S'il décide de le clôturer, alors ce dernier est archivé et les données sont détruites 10 ans après cette clôture.

5) Les différentes interactions avec les DMP :

a Dossier Médical Partagé et Caisse Primaire d'Assurance Maladie :

Depuis la relance du DMP en 2016, il est sous le contrôle de l'Assurance Maladie. Cette dernière prévoit que le DMP soit alimenté par les données de remboursements de soins, c'est à dire le nom des médicaments et dispositifs médicaux prescrits, l'ensemble des actes médicaux et séjours hospitaliers. Il ne contient pas de données financières, car sa finalité est le bon suivi médical du patient.

L'hébergement des données se fait grâce à la société Worldline comme nous venons de le détailler.

Les patients ayant peur d'être « surveillés » ne le seront pas plus qu'avant car en effet, la CPAM n'a pas d'accès au DMP. Elle a simplement connaissance des informations qu'elle y ajoute.

b Dossier Médical Partagé et Dossier Pharmaceutique :

Ce sont deux outils complémentaires. Le pharmacien est tenu de continuer à alimenter le Dossier Pharmaceutique (DP).

Le DP contient tous les médicaments dispensés, prescrits ou non, remboursés ou non. Mais seule la quantité et le dosage sont visibles. A contrario le DMP ne contient que les informations concernant les médicaments remboursés.

De plus, les informations contenues dans le DP sont consultables instantanément après la délivrance, ce que ne permet pas le DMP. Les informations y sont disponibles seulement

après le remboursement, ce qui peut être plus ou moins long selon les différentes caisses d'assurance maladie.

Il est prévu qu'à terme, les données du DP alimentent le DMP.

c Dossier Médical Partagé et Logiciel de Gestion Officinale :

Même si le DMP existe depuis maintenant plus de dix ans, les logiciels métiers ne se sont pas encore adaptés à la transition. Ce qui est un problème de taille car tous les professionnels de santé en 2019 utilisent la technologie numérique. Si les logiciels ne permettent pas d'accéder et d'utiliser de manière simple et optimale le DMP, ce dernier connaîtra le même sort que dans les années précédentes.

d Dossier Médical Partagé et Hôpital :

Lors d'une hospitalisation d'un patient, surtout si cette dernière est faite en urgence, le médecin aura besoin de connaître rapidement ses antécédents : Diabète, allergies, cardiopathies, asthme...mais également les éventuels traitements en cours, sans oublier les coordonnées d'une personne à contacter si besoin.

Grâce au DMP, à condition qu'il ait été correctement enrichi, le médecin aura à portée de main toutes les informations utiles à la prise en charge du patient. Il pourra donc travailler en toute sérénité et surtout de manière plus rapide.

A la fin de l'hospitalisation, les comptes rendus, radiographies, changements de traitements... seront renseignés dans le carnet de santé électronique du patient. Cela permettra au médecin traitant de pouvoir consulter ces informations et comprendre un éventuel arrêt de médicament chez le patient et d'éviter qu'il le prescrive à nouveau en pensant à un oubli et qu'un accident iatrogène se produise par exemple.

e Dossier Médical Partagé et Bilan de Médication Partagé :

Pour le pharmacien, le DMP lui sera particulièrement utile lors de la réalisation des Bilans de Médication Partagé. Cela fait partie de ses nouvelles missions comme décrit dans les avenants 11 et 12 de la convention pharmaceutique ⁽¹⁵⁾. Une rémunération de 60€ est prévue la première année pour chaque bilan puis entre 20 et 30€ les années suivantes selon s'il y a eu changement dans les traitements ou pas.

Ce BMP a pour but de diminuer la iatrogénie médicamenteuse, d'apporter des réponses au patient dans sa prise en charge thérapeutique afin de faciliter son adhésion au traitement et donc d'améliorer son observance mais également d'assurer un suivi de la prise en charge.

Au regard des différents traitements prescrits et des résultats de bilans biologiques (actuellement indisponible en officine) mais aussi de l'ensemble des informations concernant le patient, cela permettra d'avoir une meilleure idée du traitement « idéal » pour une personne donnée. La discussion avec le prescripteur sera donc ouverte afin d'améliorer la prise en charge, au vue des compétences de chacun. En effet, le pharmacien, spécialiste du médicament, apportera sa connaissance, il pourra également se rendre compte de l'observance de son patient par exemple avec le retour des médicaments inutilisés ; le spécialiste apportera sa connaissance

pointue dans son domaine ; l'infirmière sur l'état du patient à qui elle rend visite parfois tous les jours, son entourage, son milieu social...

Une fois le BMP réalisé par le pharmacien, il pourra l'enregistrer dans le DMP du patient, ainsi son analyse concernant les traitements sera disponible pour les professionnels de santé ayant accès à cet onglet.

f Dossier Médical Partagé et Médecin généraliste :

Les médecins généralistes sont amenés à enrichir le DMP de leur patient. Le problème principal se pose concernant la contrainte administrative qu'apporte le DMP.

En effet les logiciels sont censés être connectés avec le DMP mais malheureusement la technologie n'est pas encore au point pour tout le monde.

Les données utiles à communiquer sur le DMP doivent être filtrées car tout n'a pas nécessairement besoin d'y figurer. Le risque serait un encombrement de ce dernier, le rendant illisible et donc inutilisable. Cet enrichissement plus ou moins au compte-goutte peut prendre quelques minutes.

Ils devront également déboursier une petite somme afin de mettre à jour leur logiciel métier, ce qui fait un peu grincer des dents à l'heure où Nicolas Revel, directeur de l'Assurance-maladie, a pour le moment écarté toute rémunération supplémentaire.

6) Evolutions / Critiques :

Comme le prévoit le Plan cancer 2009-2013, chaque ARS devra déployer le dossier communicant en cancérologie (DCC) dans le DMP. L'objectif étant de faciliter les échanges de données médicales entre les acteurs de la prise en charge des patients.

On peut s'interroger sur l'avenir du DMP ; en effet après 10 ans d'acharnement pour mettre le DMP en place cela va-t-il fonctionner ? évoluer ? est-ce que les acteurs de santé vont approuver ce système ? et s'impliquer pour l'enrichir ? est-ce que réellement en 10 ans le DMP a informatiquement évolué ?

A l'heure actuelle les problèmes rencontrés sont de taille. Le lien entre DMP et logiciels métiers n'est pas encore au point. Il faudrait qu'il soit lié à tous les logiciels métier pour que les ordonnances générées par un médecin par exemple soient automatiquement enregistrées sur le DMP, ou qu'une délivrance en pharmacie y soit également ; ainsi nous nous exonérons du problème de perte de temps pour renseigner les informations.

Du côté des médecins, ils revendiquent l'absence de rémunération pour enrichir le DMP sachant que cette tâche prend un certain temps et est assez chronophage.

Les critiques qui peuvent être faites concernant le DMP et toutes les informations intégrées sur ce dernier sont la mise en concurrence des professions, le jugement des autres, le manque d'implication des professionnels pour l'enrichir, l'obligation d'informatisation pour certains. Aujourd'hui nous sommes dans un système de santé où notamment les médecins généralistes sont débordés. Ils ne prendront donc certainement pas le temps de lire tous les

documents présents sur le DMP et cela fera un réservoir de documents opposables en cas de problème.

De plus, c'est un outil destiné à être utilisé par plusieurs professionnels de santé de métiers différents, donc potentiellement de « langage » différent mais également de point de vue différent. Par exemple, imaginons qu'il faille analyser un accident de la route et que soient mandatés trois experts : un membre de la maréchaussée, un expert des ponts et chaussées et un expert automobile. On comprend aisément que ces trois personnes ne voient pas la même chose quand ils se rendent sur les lieux, et n'ont probablement pas de vocabulaire commun pour décrire ce qu'ils ont analysé. Le premier se concentrera sur le respect du code de la route, le second sur les particularités de la chaussée et le troisième sur la cinématique du véhicule. Comme chaque spécialiste aura potentiellement un point de vue différent, la mise en commun des informations sera délicate, comme le remarque Philippe Ameline dans son article du 28.11.2018 « *Le DMP, un mauvais concept, porté par le mauvais acteur au mauvais moment* »⁽¹⁶⁾.

Le DMP présente huit rubriques différentes, elles-mêmes composées de sous-rubriques (Annexe 2) : cela lui permet d'être précis lors de l'enregistrement d'un document. En revanche, on peut se demander si cela ne représente pas trop de sous-dossiers. Ce qui peut être compliqué également est la sélection des informations à y intégrer. Pour ne pas le rendre illisible ou surchargé, le DMP doit être alimenté mais pas trop.

A l'avenir le DP et le DMP fusionneront et cela permettra une centralisation d'informations plus complètes.

Après plusieurs années d'utilisation, de mise à jour, d'amélioration, cet outil permettra une avancée considérable dans le parcours de soins du patient car il regroupera toutes les informations essentielles et utiles à la prise en charge, dans le cadre d'un travail en coopération.

Ouvrir un DMP c'est bien mais il faut également l'alimenter ; l'alimenter c'est bien mais il faut également le consulter ; le consulter c'est bien mais il faut également communiquer.

Il faut savoir que l'ouverture du DMP est conditionnée au consentement du patient et cela constitue une limite à sa généralisation complète.

Le DMP est un outil de partage d'informations et in fine permet une meilleure coordination des soins. En revanche, il ne permet pas de communiquer comme l'accorde la Messagerie Sécurisée de Santé (MS Santé) que nous détaillerons dans une prochaine partie.

II) LA MESSAGERIE SÉCURISÉE DE SANTÉ :



1) Qu'est-ce que c'est ?

Un autre outil a été mis à la disposition des professionnels de santé afin de faciliter les échanges. Comme cité plus haut, nos professions évoluent et la transmission des données de santé doit bénéficier d'une sécurisation maximale, c'est grâce à la Messagerie Sécurisée de Santé (MS Santé) que cela pourra se faire.

Une MS Santé permet de garantir le transfert d'informations personnelles de manière sécurisée entre les différents professionnels de santé habilités. En effet, ce service doit répondre aux spécificités de l'autorisation unique 037 (AU-037) de la CNIL ; c'est-à-dire de **garantir l'identité de l'émetteur et du destinataire**, en vérifiant leur appartenance à un référentiel d'identification national ou local. Pour un professionnel de santé, il doit être authentifié grâce à sa carte CPS. S'il s'agit d'un autre professionnel habilité, il doit s'authentifier avec au moins deux facteurs distincts : un mot de passe ; une carte à puce ou un certificat électronique ; une empreinte. Elle assure également la **sécurité des messages et des pièces jointes lors de leur transfert** notamment la confidentialité et l'intégrité ; elle permet d'avoir une traçabilité des échanges⁽¹⁷⁾.

L'autorisation unique AU-037 encadre l'échange de données à caractère personnel par voie électronique de données de santé à travers un système de messagerie sécurisée⁽¹⁸⁾. Ces dispositifs sont mis en œuvre par les professionnels et établissements de santé et les professionnels du secteur médico-social habilités par une loi.

Les messageries utilisées habituellement ne répondent pas à ces critères et l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978 modifié par la loi n°2004-801 du 6 août 2004 précise que « *le responsable du traitement est tenu de prendre toutes précautions utiles, au regard de la nature des données et des risques présentés par le traitement, pour préserver la sécurité des données et, notamment, empêcher qu'elles soient déformées, endommagées, ou que des tiers non autorisés y aient accès* ». Ainsi, si un mail qui comporte des informations personnelles médicales est piraté ou endommagé, le professionnel de santé engage sa responsabilité.⁽¹⁹⁾

2) Comment cela fonctionne ?

Le système MS Santé correspond à un « espace de confiance » que peuvent intégrer des opérateurs de messageries (établissement de santé, éditeur de logiciel, administration...) pour sécuriser le service de messagerie électronique qu'ils proposent aux professionnels de santé.

En disposant d'un lecteur et d'une carte CPS le pharmacien va pouvoir très facilement créer sa messagerie sécurisée. Ce service est entièrement gratuit. Il suffit de se rendre sur le site mailz.mssante.fr. Il est adossé à l'espace de confiance MS Santé mis en place par l'Agence des Systèmes de l'Information Partagés de santé (ASIP).

L'ASIP Santé accompagne la transformation numérique de notre système de santé, devenu aujourd'hui incontournable. Elle assure trois grandes missions. La première vise à réguler la e-santé en posant les cadres et les bonnes pratiques, notamment en terme de sécurité et d'interopérabilité pour faciliter le partage et les échanges de données de santé en toute confiance. La deuxième mission consiste à conduire les projets d'intérêt national sous l'égide des pouvoirs publics. Enfin, l'ASIP Santé accompagne le déploiement national et territorial des outils et projets numériques en santé afin de développer les usages et de favoriser l'innovation.

Une fois le compte créé, il est possible de télécharger l'application sur smartphone ou sur tablette et ainsi consulter les mails grâce à un mot de passe unique.

Certains logiciels métiers permettent maintenant l'intégration de la messagerie sécurisée. Le pharmacien a également la possibilité de créer une boîte mail pour son officine outre la sienne qui est nominative.

La MS Santé permet d'avoir un répertoire de 40 professionnels. Pour retrouver ses interlocuteurs, il existe un annuaire des professionnels de santé qui utilisent cette technologie.

Soit on utilise la version que nous propose le logiciel, elle a l'avantage d'être logiciel compatible et permet donc une installation sur tous les postes de la pharmacie ; en revanche une cotisation supplémentaire peut être demandée.

Soit on utilise la messagerie mailiz qui peut être installée sur tous les postes mais souvent n'est pas logiciel compatible. Mailiz a l'avantage d'être gratuite.

3) Pourquoi utiliser une MSS ?

Les nouvelles missions du pharmacien nécessitent la transmission d'informations entre libéraux. Dans le cadre du bilan de médication partagé par exemple, le pharmacien doit faire parvenir l'analyse des traitements au médecin traitant. Cela est donc possible par la messagerie sécurisée, soit à terme via le DMP. C'est également le cas lorsqu'un pharmacien vaccine ; le médecin traitant doit en être informé.

Il peut également s'agir d'échanges d'informations concernant une posologie, une interaction médicamenteuse, un mésusage, etc.

L'utilisation d'une messagerie professionnelle intégrée à l'espace de confiance MS Santé n'est pas obligatoire, en revanche, lors du transfert d'informations à caractère personnel, tout professionnel de santé est tenu de respecter le cadre juridique encadrant l'échange des données personnelles de santé (article L1110-4 du code de la santé publique) ainsi que leur hébergement (article L1111-8)⁽²⁰⁾⁽²¹⁾.

Les données de santé à caractère personnel sont des données sensibles, protégées par la loi et dont le traitement est soumis aux principes de la protection des données personnelles tels que définis par la loi Informatique et Libertés.

a Hébergement des données de santé :

Pour pouvoir être un Hébergeur de Données de Santé (HDS) il faut disposer d'une certification délivrée par le ministre de la santé selon les conditions définies par le décret n°2006-6 du 4 janvier 2006 ⁽²²⁾.

L'hébergeur dépose une demande de certification HDS auprès d'un organisme accrédité par le Comité Français d'Accréditation (COFRAC) (ou équivalent en Europe). Avant mars 2018, il fallait disposer d'un agrément. Le décret 2018-137 du 26 février 2018 ⁽²³⁾ définit la procédure de certification ainsi que le passage de l'agrément à la certification.

Les normes ISO (International Organization for Standardization) permettent une normalisation au niveau international. C'est donc par la suite que l'organisme certificateur vérifie l'équivalence des éventuelles certifications ISO 27001 (*norme internationale de sécurité des systèmes d'informations ; elle s'adresse à tous les types d'organismes et définit les exigences pour la mise en place d'un système de management de la sécurité de l'information*) ou ISO 20000 (*norme de certification des services informatiques des organisations prouvant le respect de normes de qualité*), déjà obtenues par l'hébergeur.

La procédure de certification a lieu en deux étapes comme nous le présente la Figure 6 :

- Un premier audit, documentaire : l'organisme certificateur réalise une revue documentaire du système d'information du candidat afin de déterminer la conformité documentaire du système par rapport aux exigences du référentiel de certification.
- La deuxième étape est un audit sur site. Les preuves d'audit sont recueillies dans les conditions définies dans le référentiel d'accréditation ⁽²⁴⁾, basé sur les normes ISO 17021 (Evaluation de la conformité) et ISO 27006 (concerne la sécurité de l'information).



Figure 6: Etapes de la procédure de certification

Une fois la certification validée, elle est valable 3 ans avec des audits de surveillance annuels ⁽²⁵⁾.

Pour aller plus loin - Le référentiel de certification est composé de :

- la norme ISO 27001 « système de gestion de la sécurité des systèmes d'information »,
- d'exigences de la norme ISO 20000 « système de gestion de la qualité des services »,
- d'exigences de la norme ISO 27018 « protection des données à caractère personnel »
- d'une exigence de la norme ISO 27017 « Code de pratique pour les contrôles de sécurité de l'information fondés sur l'ISO/IEC 27002 pour les services du nuage »
- et d'exigences spécifiques à l'hébergement de données de santé.

Pour obtenir une certification HDS, un candidat doit : être certifié ISO 27001
Être évalué sur sa conformité aux exigences issues des normes (20000, 27017, 27018) et des exigences spécifiques

b Quelques chiffres :

Aujourd'hui, plus de 1 974 établissements de santé sont inscrits dans une démarche d'accompagnement pour intégrer l'espace de confiance MS Santé dont plus de 1 000 établissements sont déjà raccordés à l'espace de confiance.

Une boîte aux lettres MS Santé a déjà été ouverte par 64 175 professionnels de santé libéraux dont 48 494 sont des médecins. Ce qui correspond à 42,3% des médecins en France.

Au niveau des opérateurs, 291 ont fait évoluer leur messagerie pour intégrer l'espace de confiance et ainsi les professionnels peuvent échanger des mails sécurisés alors qu'ils n'utilisent pas les mêmes solutions⁽²⁶⁾.

Éditeurs / Produits	Typologie d'utilisateurs	Nombre d'utilisateurs
CLM / Crossway	Médecins, MSP, CDS	23 000
CLM / Medclick	Médecins, MSP, CDS	
CLM / MLM	Médecins, MSP, CDS	
CGM / Axisanté 4	Médecins, MSP, CDS	43 000
CGM / Axisanté 5	Médecins, MSP, CDS	
CGM / Hellodoc	Médecins, MSP, CDS	
EPSILOG / VEGA	Infirmiers, kinés, orthophonistes, orthoptistes, podologues	38 500
RMI / Santé 4000	Infirmiers, kinés, orthophonistes,	44 000
RMI / Simply Vitale	orthoptistes, podologues, sages-femmes	
AATLANTIDE / ACTEUR FSE	Médecins, MSP, CDS, Infirmiers, kinés, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	6 000
ERBIUM-SNAL / ALBUS	Infirmiers	8 000
PHARMAGEST / LGPI	Officines pharmaceutiques	8 850
CEGEDIM / SMART RX	Officines pharmaceutiques	7 311
ISIPHARM / LEO	Officines pharmaceutiques	1 058
JULIE SOFTWARE / Julie	Dentistes	15 000

Figure 7: Liste des logiciels de professionnels de santé qui intègrent MSSanté

D'après la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), 2 913 pharmaciens sur 27 553 sont équipés d'une MS Santé en mars 2018 sur la France entière. Ce qui correspond à 10,6% (hors pharmaciens adjoints) des pharmaciens, soit une progression de plus 10% par rapport à février 2018.

D'après le rapport de la cour des comptes de février 2018⁽²⁷⁾, fin novembre 2017, 78% des médecins généralistes libéraux, mais seulement 42 % des médecins spécialistes, sont équipés d'une messagerie sécurisée. La Figure 8 nous offre plus en détail la répartition des utilisations de la Messagerie Sécurisée de Santé au 1^{er} novembre 2017.

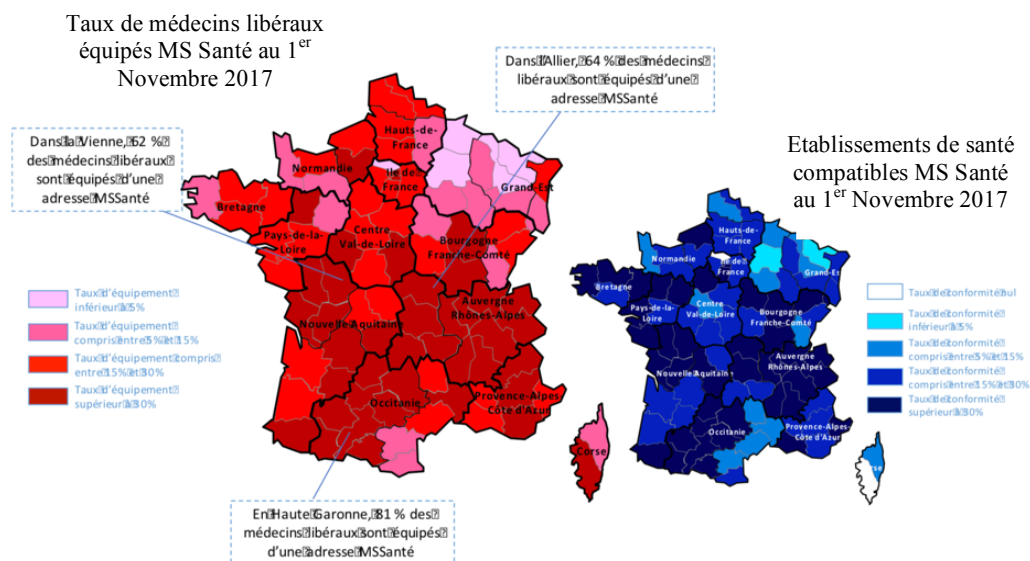


Figure 8: Aperçu de l'utilisation de MSSanté en France en 2017 d'après le Dossier de presse MSSanté de Février 2018 par l'ASIP.

D'après un extrait du rapport de la cour des comptes de février 2018, concernant MS Santé⁽²⁷⁾: « L'objectif de généralisation initialement proposé pour 2017 n'est pas atteint. Or ces dispositifs de messagerie de santé sécurisée constituent l'environnement indispensable au développement des parcours de soins coordonnés et, au-delà, à l'essor de la télémédecine. L'élargissement de leur diffusion doit constituer une priorité d'action des pouvoirs publics et de l'assurance maladie ».

4) Avantages et inconvénients :

- ✓ Dématérialisation des comptes rendus d'hospitalisation : le courrier reçu par messagerie sécurisée peut être directement intégré au dossier patient du logiciel du médecin traitant, ce qui permet un gain de temps.
 - ✓ L'intégration des données directement sur le dossier patient permet d'avoir un recueil d'informations assez complet notamment dans le cadre d'un travail d'équipe ou au sein d'une maison médicalisée.
 - ✓ Elle permet une rapidité de communication par rapport au courrier papier où ce dernier est reçu parfois longtemps après le retour à domicile du patient.
 - ✓ Grâce à l'application mobile MS Santé, il est possible d'avoir le courrier sous les yeux en instantané et ainsi relire les informations lors d'une visite à domicile (surtout utile pour le médecin traitant et l'infirmier).
 - ✓ Discussion instantanée possible avec la nouvelle version.
-
- ✗ Encore trop peu utilisée, la messagerie sécurisée ne permet pas d'être sûr du transfert de toutes les informations.
 - ✗ Elle peut être parfois compliquée d'installation, même si la nouvelle version ⁽²⁸⁾ se dit « plus simple ». Certains logiciels sont bloqués pour l'installation et demandent une rémunération. Et parfois des communications compliquées avec les interlocuteurs du logiciel de la pharmacie.
 - ✗ L'installation de MS Santé sur un seul poste de la pharmacie, diminue les chances d'utilisation quotidienne.

L'objectif est de faciliter la coordination des soins tout en protégeant la vie privée des patients ainsi que la responsabilité professionnelle des praticiens. L'envoi par mail sécurisé est rapide, sûr et confidentiel. Il contribue ainsi à améliorer la coordination des parcours de santé et les coopérations entre professionnels de santé de différentes disciplines.

III) MAIS ENCORE :



1) Globule :

Globule est une application destinée aux professionnels de santé avec pour but un accompagnement dans le lancement des différents projets personnalisés (que nous détaillerons dans une prochaine partie), une coordination du territoire notamment utile dans les réseaux de santé (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA), Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA), ville-hôpital, etc...) mais elle permet également une communication entre professionnels autour d'un même patient (médecins, infirmiers, pharmaciens, Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), pôle santé...).

Cette nouvelle application, déployée en Nouvelle Aquitaine, permet de simplifier le partage d'informations ainsi que le suivi des actions menées autour de la personne accompagnée ou soignée. Il est possible de partager des informations avec tous les intervenants du territoire ou uniquement aux collègues de sa structure de travail.

Sur la fiche d'un patient, on peut retrouver les coordonnées de son entourage, de la personne elle-même, de ses intervenants médicaux, sociaux, éducatifs, etc.

Il peut être comparé à un véritable cahier de liaison électronique afin de partager les notes sous forme de texte, audio, des photos ou bien même des documents.

Il contient également le recueil et les évaluations de la situation et des besoins de la personne, un agenda et planning des différents rendez-vous ou activités. Mais aussi les Projets personnalisés, Plan Personnalisés de Santé (PPS), les suivis des constantes de santé, les traitements, etc. La Figure 9 nous présente un aperçu de l'application. Détails en Annexe 3 du dépliant Globule.



Figure 9: Aperçu de l'interface Globule pour un patient donné

Comme nous l'avons précisé précédemment, toutes ces données personnelles de santé doivent être hébergées sur des serveurs sécurisés afin de respecter la loi. Globule est raccordé à une MS Santé, l'accès est donc sécurisé et réservé aux professionnels de santé.

Aujourd'hui cette application est en plein développement et est utilisée principalement dans des réseaux de santé ou dans des établissements médico-sociaux.

Globule équipe plus de 175 établissements et services médico-sociaux et des milliers de professionnels libéraux. Son utilisation est en constante progression (Figure 10) notamment avec le développement de coordination des soins au sein des territoires.

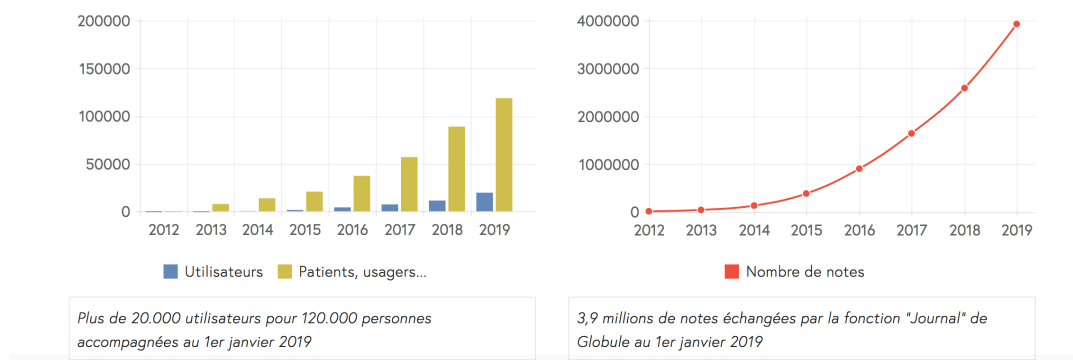


Figure 10: Progression de l'utilisation de l'application Globule ⁽²⁹⁾

2) L'outil LISA :



Mis en place dans le cadre du projet Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) et lancé en janvier 2017, l'outil LISA permet de connaître les professionnels qui interviennent auprès d'un patient ainsi que d'être tenu au courant des modifications d'une prise en charge.

Cette application connecte les professionnels, médicaux, médico-sociaux et sociaux, intervenant auprès des personnes âgées, de manière régulière ou ponctuelle, au domicile, en cabinet ou à l'hôpital.

Il a été élaboré par le groupement de coopération sanitaire (GCS) en lien avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Ile de France. L'application est disponible sur smartphone.

« LISA favorise le lien de proximité avec tous les autres professionnels et renforce efficacement la cohésion de la prise en charge de mes patients. » Dr Isabelle Klere, Médecin généraliste.

« LISA est pour nous un outil de coordination très facilitateur pour un lien Ville/Hôpital fonctionnel. [...] la visualisation du réseau constitué autour de la personne nous permet de connaître et de favoriser le contact avec les intervenants déjà en place au domicile de notre patient. » Marie Duc-Leclercq, Responsable des services sociaux des hôpitaux Lariboisière et Fernand Widal (Assistance Publique – Hôpitaux de Paris).

L'application permet de créer un « réseau » des différents professionnels et aidants qui interviennent auprès d'une personne (exemple Figure 11) :

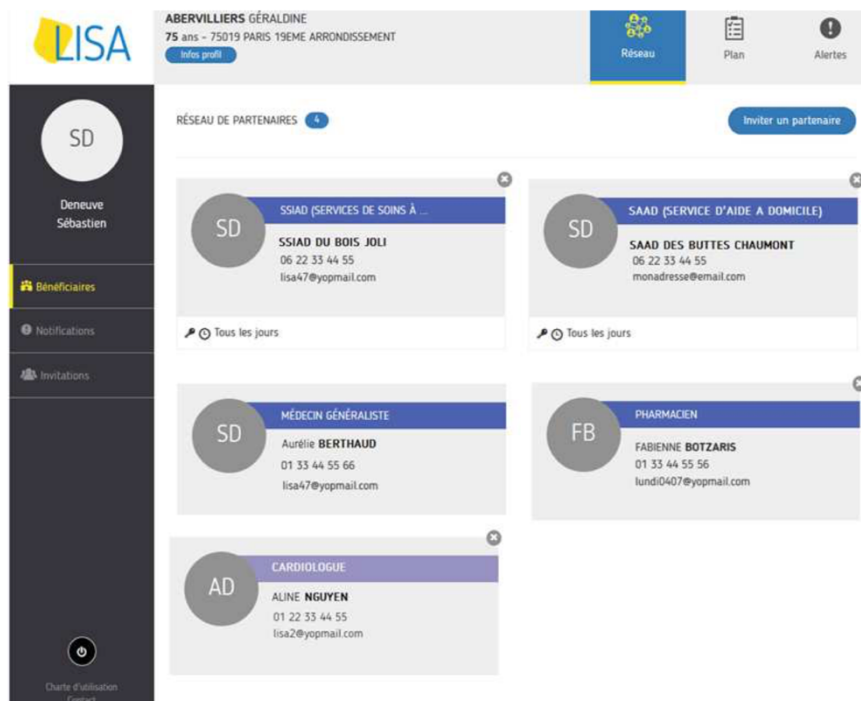


Figure 11: Aperçu de l'application LISA

Il est ainsi possible de visualiser les interventions de chacun, la nature des actes et leur fréquence, de bénéficier des coordonnées, mais surtout d'informer ou d'alerter sur un évènement non programmé : une hospitalisation, prévue ou non, l'annulation d'une intervention et son motif, l'arrêt définitif des soins car déménagement, institutionnalisation, décès. ⁽³⁰⁾⁽³¹⁾

3) Autres exemples :

Le programme « Territoire de Soins Numérique » (TSN) vise à faire émerger, dans des territoires pilotes, des organisations innovantes de prise en charge des patients, renforcées par un bouquet de services intégrés et utilisés au quotidien par les professionnels et les patients. Lancé en 2014 dans le cadre des Investissements d'avenir il est doté de 80 millions d'euros.



Quelques projets ont été retenus pour leur caractère innovant et pérenne, leur adaptation aux réalités territoriales, leur capacité à mobiliser une majorité d'acteurs et leur impact escompté sur le développement des filières industrielles de l'e-santé. Au terme du programme, les solutions qui auront démontré leur efficacité seront généralisées. Voyons quelques exemples. ⁽³²⁾

a **PAACO : Plateforme Aquitaine d'Aide à la Communication :**

Cet outil développé notamment dans le cadre du dispositif PAERPA (Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie ; détaillé dans la PARTIE II), est une plateforme informatique communicante en santé. Elle est centrée sur la collaboration interprofessionnelle et la mobilité.



PAACO est un outil disponible en Nouvelle Aquitaine créé par le Groupement de Coopération Sanitaire télésanté Aquitaine avec le soutien de l'ARS Aquitaine.

Il permet de communiquer de manière simple et sécurisée grâce à un journal de transmissions multimédia : textes, documents, enregistrements vocaux, photos, etc. On peut également y trouver un agenda partagé, permettant ainsi une vue d'ensemble sur les tâches à venir, des relevés de constantes (poids, pression artérielle, température...), mais aussi un annuaire afin de retrouver les professionnels utilisant cette technologie et intervenant autour d'un patient. La Figure 12 nous résume les grandes lignes des fonctions de cet outil.

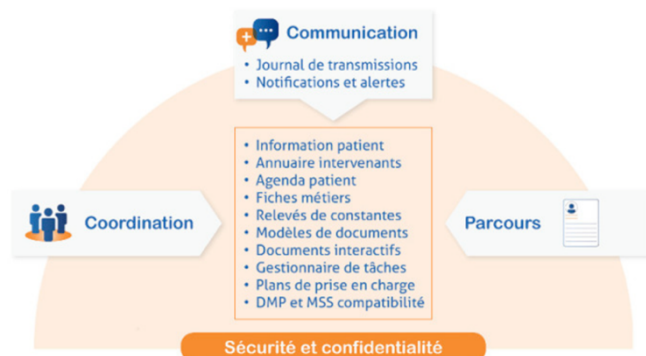


Figure 12: Schéma récapitulatif des fonctionnalités de PAACO extrait du site de l'ARS Nouvelle Aquitaine.

PAACO est utilisable sur smartphone ou tablette et est compatible avec le DMP et la MS Santé. Il propose également un onglet Plan Personnalisé de Santé avec des grilles pré-remplies pour une plus grande simplicité. Il est également utile dans le cadre de la télé-expertise⁽³³⁾.

b Mon SISRA :



Dans le cadre du développement du programme PASCALINE (*Parcours de Santé Coordonné et Accès à l'Innovation Numérique*) au sein de la région Auvergne-Rhône-Alpes, voici un autre outil disponible : mon SISRA.

Il peut également être utilisé en mobilité grâce à un smartphone. Cet outil est utilisable pour la télémédecine de manière gratuite et complète avec échanges de messages instantanés sécurisés, réalisation des téléconsultations par visioconférence. Il permet principalement d'échanger des informations de manière sécurisée entre différents intervenants⁽³⁴⁾.

c eTICSS : Territoire Innovant Coordonné de Santé Social :

En bourgogne, c'est la plateforme eTICSS qui est à l'essai. Après avoir obtenu le consentement du patient, il est possible d'ouvrir un dossier de coordination.

Une fois sur la plateforme on y retrouve la synthèse médicale, des éventuelles hospitalisations, les traitements du patient mais également les conditions de vie (entourage, couverture sociale, aide à domicile...). On retrouve la liste des différents professionnels et aidants qui interviennent dans le parcours de soin du patient.

L'outil bénéficie d'un onglet Plan Personnalisé de Santé (PPS) et après sa validation par le médecin traitant il correspondra à la feuille de route des démarches et soins à réaliser auprès du patient.

Selon ses droits et habilitations, chaque membre du cercle de soins pourra avoir accès à tout ou partie du dossier de coordination. Chacun est invité à renseigner les informations du parcours de soins : pression artérielle, poids ou tout évènement survenu dans le parcours de soins.

Une messagerie sécurisée est disponible sur l'application et une notification est envoyée aux professionnels en cas d'hospitalisation. L'hôpital pourra à son tour compléter le dossier du patient avec le compte-rendu d'hospitalisation.

Il est également prévu un accès aux programmes d'Education Thérapeutique (ETP) disponibles dans la région⁽³⁵⁾.

eTICSS Territoire Innovant Coordonné Santé Sociale

Dupont Victor Sexe: Homme Âge: 67 ans

Adresse: Téléphone:

15 Médecin traitant Se déconnecter

Synthèse / Documents patients Synthèse temporelle Démarche de soins Volet social Cercle de soins Demande d'orientation Agenda patient ETP Recueil du consentement

Documentation

Synthèse / Documents patients

Pense bête

Liste des parcours

Nom du processus	Date d'initialisation du processus	Initié par	État

Notes de suivi

Date	Objet	Contexte de recueil	Note	État

Couverture sociale et aides

Indice de fragilité sociale	Éducateur social	GR	Alerte de fragilité économique	Mesure de protection juridique	Avis
3					

Problèmes identifiés

Problème	Caractéristiques	Actions	État	Dernière mise à jour	Acteur

Figure 13: Aperçu de l'interface eTICSS

d TerriSanté :



Disponible sur le territoire Parisien, cette plateforme reprend les mêmes objectifs et fonctionnalités vues précédemment.

Centrés sur la prévention, l'orientation et la prise en charge du patient, ces services se traduisent par :

- Une offre de services collaboratifs pour les professionnels : résultats d'examens, gestion des rendez-vous, e-prescription, e-demande (examens de laboratoire, d'imagerie, etc.).
- Parcours de soins : mise à disposition d'un service « de coordination de la prise en charge » du patient - partage des informations, gestion de parcours de soins sur des pathologies complexes ou chroniques (diabète, cancer, etc.).
- Un compte « patient » : gestion d'informations médicales, dématérialisation des démarches administratives (pré-admission en ligne, paiement en ligne, prise de rendez-vous en ligne, etc.).
- Une offre de formation pour les professionnels (modules de e-learning) et pour les patients (modules d'éducation à la santé, d'éducation thérapeutique).

TerriSanté a créé des services innovants autour de quatre parcours qui sont la maternité, le diabète, le cancer et la Permanence des soins en ambulatoire. L'objectif étant de développer des outils qui permettront une amélioration de ces quatre parcours à quelques niveaux que ce soit, outils qui seront intégrés à la plateforme mise en place ⁽³⁶⁾.

4) Discussion :

L'application Globule est très complète, en effet elle permet de communiquer de manière sécurisée comme le permet MS Santé, de transmettre des documents concernant un patient et d'avoir accès aux professionnels de santé qui gravitent autour d'une personne.

L'outil LISA est plus sommaire, il permet exclusivement d'avoir l'emploi du temps des différents intervenants et de signaler des éventuels changements. Encore en voie d'amélioration, peut-être que dans les années à venir ses capacités seront enrichies.

Mon SISRA est très utile dans la communication par message ou encore pour des télé-expertises ou télé-médecines.

Quant à eTICSS il se rapproche des fonctionnalités de Globule avec en plus une offre de formations en ligne pour les professionnels.

Le développement récent de ces technologies montre une chose : le cruel manque de communication dans le parcours de soins d'un patient. Il faut penser groupe, réseau, et ne pas rester seul dans sa pratique. Tous nos métiers (médecin, pharmacien, infirmier, kinésithérapeute, praticien hospitalier...) sont complémentaires et c'est en apportant chacun nos connaissances, notre savoir et nos compétences que nous pourrions avancer plus vite et de manière plus efficace.

Cependant, il faut que cette communication soit très organisée pour ne pas devenir anarchique et délétère.

Imaginons que parmi la dizaine de praticiens que voit le patient, un ou plusieurs n'utilisent pas la plateforme, ils ne renseigneront pas leur expertise et leur démarche, ainsi nous pourrions passer à côté de certaines informations cruciales. Pour l'efficacité de ces technologies, il est impératif que tous les praticiens se mettent à jour et prennent le temps de l'utiliser.

Le DMP propose un service similaire mais moins complet. Il permet de répertorier les différents comptes rendus médicaux d'un patient : traitements, bilans de médication, ordonnances, etc.

Ces nouvelles applications santé, encore à l'essai, permettent de regrouper également les différents comptes rendus mais aussi de faciliter le parcours de soins en mettant en relation les différents professionnels de santé dans l'entourage du patient.

Le DMP peut être comparé à un carnet de santé électronique ; les applications santé que nous venons de voir sont à la fois un carnet de santé électronique abrégé mais surtout un carnet de liaison du parcours de soins permettant une réelle communication.

Dossier Médical Partagé, dossier médical dans le logiciel du médecin traitant, dossier de coordination via le développement du numérique : pour qu'à l'avenir ces outils soient utilisés et alimentés au fur et à mesure, il serait souhaitable qu'ils soient compatibles entre eux. Actuellement, beaucoup d'outils numériques se mettent en place et sont proposés par différents acteurs institutionnels et privés de manière morcelée et à chaque outil correspond une utilisation ce qui complexifie la pratique quotidienne. Ainsi, le médecin traitant en consultation peut renseigner son dossier médical dans son logiciel et ce dernier serait automatiquement transmis

sur le DMP s'il le souhaite grâce à un simple clic et éventuellement sur le dossier de coordination si le patient fait partie d'un parcours de soins. Une simplicité et rapidité d'utilisation conditionnera la pérennité de ces technologies.

. PARTIE II : Les différents groupes de travail

I) Le dispositif PAERPA :

1) Qu'est-ce que le dispositif PAERPA :

Mis en place depuis 2014 sur des territoires pilotes, le dispositif PAERPA est destiné aux Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie. Il est réservé aux personnes ayant plus de 75 ans et dont l'autonomie est susceptible d'être dégradée pour des raisons médicales ou sociales.

En effet, cela représente une personne sur dix et 85% d'entre elles ont au moins une pathologie chronique. Au vu de l'augmentation du vieillissement de la population, c'est le ministère des affaires sociales et de la santé, qui a fait naître ce projet.

L'objectif principal de ce dispositif est de pouvoir agir en amont d'une perte d'autonomie et ainsi conserver cette dernière le plus longtemps possible. Grâce à une coordination entre les différents professionnels de santé et aidants qui gravitent autour de la personne, il y aura un repérage des principales sources d'hospitalisation que sont : les dépressions, les chutes, les problèmes liés aux médicaments ; mais également des différents besoins : sociaux, médico-sociaux et sanitaires. (Annexe 4)

« Faire en sorte qu'une population reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment et au meilleur coût »



Le PAERPA est articulé autour de 5 actions clés :

- **Renforcer le maintien à domicile** : grâce à une coordination renforcée entre les professionnels de santé en lien avec les professionnels sociaux si besoin, afin de créer un entourage de proximité autour de la personne. Lorsque la personne reste à son domicile elle conserve ses repères du quotidien, son environnement, ses affaires, sa maison... Cela est un atout majeur dans la prise en charge ; et financièrement une hospitalisation à un coût non négligeable.
- **Améliorer la coordination des intervenants et des interventions** : Une plateforme d'informations et d'orientation est accessible grâce à un numéro unique, et permet à la personne, aux aidants mais aussi aux professionnels de santé de pouvoir s'informer facilement sur les offres de services proposés par les différentes structures existantes sur le territoire (informations sur les places en EHPAD, sur les aides sociales, orientation vers une expertise gériatrique, etc.). Cela est appelé

Coordination Territoriale d'Appui (CTA) et est disponible sur tous les territoires participants au PAERPA.

- **Sécuriser la sortie d'hôpital** : lors d'une sortie d'hôpital pour une personne âgée il est nécessaire d'anticiper cette sortie et de la préparer. Il est donc important de savoir s'il y a une perte d'autonomie, s'il est nécessaire de faire une transition au sein d'un hébergement temporaire, l'éventuelle intervention d'un service à domicile, s'assurer que la transmission des informations a bien été effectuée au médecin traitant.
- **Eviter les hospitalisations inutiles** : une grande majorité étant due à une polymédication parfois inappropriée qui peut entraîner des effets indésirables notamment liés à des interactions médicamenteuses. Grâce à la mise en place des Bilans de Médication Partagés (BMP) comme cité précédemment, le pharmacien pourra en amont d'un accident iatrogène fournir au médecin prescripteur son analyse sur les traitements. Il y aura également des actions de révision d'ordonnance notamment en sortie d'hospitalisation, qui se feront en lien avec le médecin traitant et le pharmacien d'officine⁽³⁷⁾.

2) Travailler main dans la main :

Le dispositif PAERPA repose sur une méthodologie et des outils. Notamment la Coordination Clinique de Proximité ; le Plan Personnalisé de Santé et la Coordination Territoriale d'Appui.

a Plan Personnalisé de Santé (PPS) :

La Coordination Clinique de Proximité (CCP) est une équipe pluri-professionnelle de proximité, composée d'un médecin traitant et d'un infirmier et/ou pharmacien. Cette équipe est chargée de mettre en place un Plan Personnalisé de Santé (PPS) s'il y a nécessité. C'est grâce à l'accord du médecin traitant et de la personne âgée concernée, que le PPS peut être mis en route.

Ce dernier permet d'avoir le détail des actions sanitaires et sociales à mener en coordonnant différents intervenants autour du malade. On recense les difficultés et problèmes rencontrés par la personne ; on définit donc un plan d'actions avec des objectifs à atteindre ; puis on évalue les actions. Exemple d'un PPS en Annexe 5.

Le PPS doit être remis à la personne (et à la personne de confiance en cas d'incapacité) pour qu'elle puisse l'apporter lors des consultations et des hospitalisations programmées ou non. Il doit aussi être directement consultable par les soignants tout au long du parcours, soit en étant transmis par messagerie sécurisée, soit en étant déposé dans le DMP du patient.

Les personnes âgées de plus de 75 ans où l'élaboration d'un PPS peut être intéressant, doivent répondre à une ou plusieurs de ces conditions :

- Hospitalisation en urgence au moins une fois depuis 6 mois

- Au moins 3 pathologies, au moins 10 médicaments ou une insuffisance d'organe sévère
- Une restriction dans les déplacements ou des chutes
- Troubles cognitifs, de l'humeur, du comportement, empêchant le patient de gérer sa santé ou mettant en difficulté l'aidant
- Problèmes socio-économiques (isolement, habitat, faibles ressources)
- Problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins.

b Coordination Territoriale d'Appui (CTA) :

La Coordination Territoriale d'Appui (CTA) est une plateforme d'informations et d'accompagnement pour les professionnels de santé mais également pour la personne âgée ou ses aidants.

Grâce à un numéro unique, les professionnels vont avoir accès à des renseignements sur les ressources médico-sociales, sociales et sanitaires disponibles sur le territoire. Par exemple, une place disponible en EHPAD, orienter le patient vers le bon interlocuteur pour l'accompagner dans la réalisation d'une démarche sociale, un programme d'Education Thérapeutique disponible à proximité, etc.

Il est également possible que la CTA vienne en appui au médecin traitant pour aider à la création de la CCP mais aussi dans la réalisation du PPS en aidant par exemple à identifier le travailleur social compétent pour la réalisation d'un bilan de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) : réservée aux personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie dans le but de financer des aides afin de rester à leur domicile ou encore à financer une place en EHPAD si besoin.

Si les aidants ont besoin directement, ils peuvent se rendre dans un CLIC (Centre Locaux d'Information et de Coordination) ou directement auprès d'une assistante sociale. Ces derniers feront appel un numéro unique de la CTA et pourront informer et orienter les patients.

c Coordination Territoriale d'Appui et Plateforme Territoriale d'Appui :

	CTA	PTA
Missions	1) Information et orientation vers les ressources du territoire 2) Gestion des PPS 3) Oriente vers des aides aux démarches 4) Oriente vers des programmes d'éducation thérapeutique et des paramédicaux disponibles sur le territoire 5) Lance une expertise gériatrique 6) Adresse vers une expertise psychologique et soins palliatifs 7) Offre un appui dans le lien ville-hôpital pour les entrées et sorties d'établissements de santé	1) Information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires sociales et médico-sociales du territoire 2) Offre un appui à l'organisation des parcours complexes 3) Offre un soutien aux pratiques et initiatives professionnelles grâce à des outils d'évaluation et de repérage.
Missions divergentes	Gestion des PPS	Pas de gestion des PPS mais planification de la prise en charge, coordination des interventions
Personnes cibles	Destinée aux personnes de plus de 75 ans	Pas de limite d'âge, destiné à tout public en situation complexe
Déclenchement	Médecin Professionnels Entourage	Médecin traitant ou un médecin en lien avec ce dernier

Les CTA ont préfiguré les PTA, les deux présentent de nombreuses similitudes. Même si le public ciblé est différent on remarque quand même de nombreux points communs avec pour but principal d'améliorer la coordination dans un parcours de soins.

Les CTA sont donc mis en place dans le cadre du dispositif PAERPA mais il est prévu pour 2019 que les CTA évoluent en PTA tout public. Ces PTA sont mis en place par l'Agence Régionale de Santé (ARS) en s'appuyant sur les initiatives des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. (Article 74 de la Loi de Modernisation de la Sécurité Sociale du 26 janvier 2016).

En Indre et Loire, les dispositifs PAERPA et MAIA ont fusionné et sont intégrés dans la PTA qui couvre ce que faisait la CTA ainsi que l'éducation thérapeutique du patient. Selon

les départements, la Plateforme Territoriale d'Appui ne couvre pas les mêmes missions. Pour exemple, dans le Loir et Cher la PTA et l'Education Thérapeutique du Patient sont chapotés par un organisme associatif privé.

d La place et le rôle du pharmacien :

En tant que professionnel du médicament, le pharmacien peut être le premier à déceler un problème lié à la iatrogénie médicamenteuse et soumettre une intégration dans un dispositif PAERPA.

La iatrogénie médicamenteuse se traduit par la survenue d'un ou plusieurs effets indésirables suite à la prise d'un ou plusieurs médicaments. On peut distinguer deux types de risques :

- Les risques évitables liés à un problème d'observance (erreur dans la prise du médicament) ou aux interactions entre les différents médicaments pris par le patient.
- Les risques inévitables, ce sont les effets indésirables propres à chaque médicament.

Une intégration PAERPA permettrait dans certains cas d'optimiser la prise en charge du patient.

Le pharmacien a l'avantage d'être « disponible », il peut donc être sollicité par des aidants ou l'entourage d'un patient. Il sera donc du devoir du pharmacien d'en discuter avec le médecin traitant et de prévoir éventuellement une prise en charge pluridisciplinaire en cas de besoin.

La mise en place d'un PPS fait partie des nouvelles rémunérations des professionnels de santé. Un forfait de 100€ est attribué pour chaque PPS réalisé et doit être réparti comme suit :

- Deux professionnels de santé :
 - Médecin traitant : 60€
 - Infirmier ou masseur-kinésithérapeute ou pharmacien : 40€
- Trois professionnels de santé :
 - Médecin traitant : 40€
 - Le deuxième professionnel de santé : 30€
 - Le troisième : 30€
- Structure de santé : versé à la structure et à répartir entre les différents professionnels de santé.

Un seul PPS est facturable par patient et par an.

La loi de modernisation a pour objectif de recentrer le système de santé sur les soins de proximité ; la loi prévoit la mise en place de fonctions d'appui pour la coordination des parcours de santé complexes qui visent à apporter une réponse aux professionnels, et en particulier aux médecins traitants, dans la prise en charge des situations complexes.

II) Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) :

1) Ma santé 2022 :

L'article L1434-12 du Code de la Santé Publique, modifié par ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 – art.10, définit les CPTS comme suit :

« Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L.1411-1 et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L.1434-1, des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé, sous réserve pour les professionnels du service de santé des armées de l'autorisation du ministre de la défense.

La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, définis, respectivement, aux articles L.1411-11 et L.1411-12 et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé.

Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé.

Le projet de santé précise en particulier le territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé.

A défaut d'initiative des professionnels, l'agence régionale de santé prend, en concertation avec les unions régionales des professionnels de santé et les représentants des centres de santé, les initiatives nécessaires à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé. »⁽³⁸⁾

La loi santé 2022 ⁽³⁹⁾ met au cœur de ses objectifs le développement de la coordination des soins avec notamment le déploiement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

Ces CPTS ont été créés par la loi de modernisation de 2016 dans le but d'établir une coordination entre les professionnels de santé de ville autour d'une population donnée. Une CPTS peut couvrir entre 20 000 et 100 000 habitants selon le territoire. Elles se définissent comme suit :

« Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes : organisation des soins non programmés, coordination ville-hôpital, attractivité médicale du territoire, coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile... » (Loi de janvier 2016 de modernisation du système de santé).

A l'heure actuelle, notre système de santé a besoin d'évoluer. En effet, nous sommes confrontés à une difficulté d'accès aux soins dans certains territoires, participant à un encombrement des services d'urgences de manière inutile, avec les conséquences que nous connaissons (surmenage, manque de personnels, impact sur la qualité des soins, etc.).

De plus, le manque de coordination autour de la prise en charge d'un patient avec plusieurs pathologies chroniques, entraîne des redondances d'examen, une perte de temps, des difficultés pour le patient qui se retrouve dans un système de santé dit complexe et cela peut entraîner une rupture dans le parcours de soins.

Les CPTS de 2022 se verront attribuer 6 missions principales :

- La réalisation d'actes de prévention
- Garantir l'accès à un médecin traitant pour tous les habitants d'un territoire
- Pouvoir apporter une réponse aux soins non programmés, c'est-à-dire de permettre un accès aux soins dans la journée en cas de nécessité
- Permettre l'accès à des consultations de médecins spécialistes dans un délai approprié
- Sécuriser le parcours de soins ville-hôpital notamment pour anticiper une hospitalisation ou pour préparer une sortie d'hôpital
- Permettre le maintien à domicile des personnes âgées, fragiles, polymédiquées.

Selon le rapport de la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins), on compte 65 CPTS en France en 2017⁽⁴⁰⁾. En mai 2019, selon les chiffres de l'Assurance Maladie, on compte 300 CPTS créées ou en cours de création.



a Les missions :

i Réaliser des actes de prévention :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la prévention se répartit en trois catégories différentes et le pharmacien a un rôle très important au niveau des trois. Selon le rapport de l'Ordre National des Pharmaciens d'octobre 2018, les points de prévention à développer sont multiples. En voici quelques exemples ⁽⁴¹⁾.

- La prévention primaire : elle intervient avant l'apparition de la maladie et vise à diminuer son incidence. Le pharmacien peut avoir un rôle dans différents domaines. En matière d'addiction : informer et accompagner le patient à l'arrêt du tabac, détecter et prévenir les mésusages ou les usages détournés de certains médicaments et par la suite proposer des solutions. En matière de nutrition : renforcer la promotion concernant l'importance d'une alimentation variée et équilibrée ainsi que celle d'avoir une activité physique régulière. Mais aussi, dans la promotion de la vaccination.
- La prévention secondaire : c'est le dépistage précoce des maladies, qui peut être investigué en officine. Rappeler l'importance et la nécessité des dépistages pour le cancer colorectal ou encore le cancer du col de l'utérus. Dépistage précoce du diabète par la réalisation de test capillaire en officine. Autoriser également à l'avenir l'utilisation des Tests Rapides d'Orientation Diagnostic (TROD) pour le dépistage du VIH, du Virus de l'hépatite B et C. Un point également crucial serait l'utilisation des tests de dépistages des angines à streptocoque en prévention de l'antibiorésistance encore trop sous-estimée. Ces pratiques feront certainement partie de l'avenir de notre métier.
- La prévention tertiaire : cette dernière vise à renforcer le rôle du pharmacien dans la prévention de la iatrogénie et des complications des maladies. Par exemple, repérer des personnes âgées en situation de fragilité et pouvoir les orienter vers un dispositif PAERPA. Elargir le champ des entretiens pharmaceutiques en diminuant l'âge des personnes incluent dans les BMP à 65 ans. Mais on peut aussi citer, la conciliation médicamenteuse ville-hôpital qui pourrait être renforcée.

ii Garantir l'accès à un médecin traitant :

Pour cela plusieurs solutions sont proposées notamment la suppression du « *numerus clausus* » afin d'augmenter le nombre de médecins, favoriser les stages d'études dans les zones en difficultés, obligation d'exercice durant une durée limitée sur un territoire désertique en contrepartie d'une rémunération...

La CPTS pourrait avoir la responsabilité de recenser les patients sans médecin traitant, d'identifier la capacité des médecins à prendre de nouveaux patients ou encore définir les patients prioritaires pour la prise en charge par un médecin traitant.

Elle pourrait également favoriser l'accueil et le soutien à l'installation de nouveaux professionnels de santé sur un territoire notamment au sein de maisons de santé.

iii Accès aux soins non programmés :

Concernant l'accès aux soins non programmés, la CPTS pourra proposer une organisation en prenant en compte l'offre existante, après un état des lieux en amont. Le but est de coordonner des créneaux horaires propres aux soins non programmés sur toute l'amplitude de la journée. A tour de rôle, les médecins feraient une permanence sur des créneaux horaires définis pour palier à ce problème d'accès à une consultation non programmée.

Le développement de la prise de rendez-vous par internet constitue une nouvelle démarche dans l'espoir d'améliorer l'accès aux soins.

iv Accès à une consultation de médecin spécialiste :

La présence de spécialistes hospitaliers qui interviendraient quelques jours par semaine au sein d'une maison de santé. Cette mesure permettrait une consultation d'un spécialiste à proximité et si un besoin d'hospitalisation se fait sentir, ce dernier pourra facilement organiser la prise en charge hospitalière dans le service où il travaille. En effet parmi les objectifs de Ma Santé 2022, on peut voir le développement de médecins généralistes à exercice partagé ville/hôpital.

On peut également citer le développement de la téléconsultation que nous développerons dans un chapitre suivant.

v Coordonner le parcours ville-hôpital :

Le pharmacien hospitalier doit s'impliquer dans la conciliation médicamenteuse lors d'une entrée programmée à l'hôpital. En effet, 46% des erreurs médicamenteuses surviennent au moment de la rédaction d'une nouvelle ordonnance à l'entrée ou à la sortie du patient à l'hôpital. Elle permet également d'impliquer le patient dans sa pathologie et ainsi favoriser l'observance. Cette réalisation s'inscrit dans une démarche de prévention d'utilisation du médicament et la surveillance d'éventuelles interactions ou contre-indications médicamenteuses. En revanche, il est important que l'hôpital communique les résultats de la conciliation à la fois au pharmacien d'officine et au médecin traitant. Le risque est que le travail réalisé en collaboration entre le pharmacien et des spécialistes hospitaliers ne soit pas respecté et pris pour une erreur ou un oubli.

Le développement de la coordination entre ville et hôpital est un enjeu clé dans l'amélioration de la prise en charge du patient. Ce dernier pourra bénéficier d'un meilleur suivi et d'une prise en charge adaptée si les acteurs de santé travaillent en collaboration. Pour cela un certain nombre d'outils sont mis à disposition comme le DMP ou les MSSanté.

Les BMP réalisés par le pharmacien et enregistrés sur le DMP ont aussi un rôle important dans la coordination ville-hôpital.

Le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens (CNOP) propose la mise en œuvre d'une fiche de conciliation médicamenteuse s'inscrivant dans les recommandations de la HAS, via le logiciel FAST (Fourniture d'un Accès Sécurisé aux Traitements), pour promouvoir la pharmacie clinique et les échanges ville-hôpital. (Annexe 6)

vi Permettre le maintien à domicile :

La dernière mission confiée aux CPTS est de favoriser autant que possible le maintien à domicile des patients en organisant un réseau de professionnels de santé autour de ce dernier. Cela correspond par exemple au programme PAERPA vu précédemment.

Toutes ces missions s'inscrivent dans un système de coordination ; le pharmacien aura un rôle dans la « première approche » car il a l'avantage d'être disponible facilement. Il pourra ensuite orienter le patient vers les soins les plus adaptés selon lui. Ces missions sont exclusivement basées sur la communication entre les différents acteurs afin d'optimiser et d'améliorer la prise en charge du patient.

2) La mise en place d'une CPTS :

a Le financement des CPTS :

La loi santé 2022 mise en place par le président Mr Macron prévoit la disparition des pratiques en solitaire. A contrario, elle favorisera les pratiques de soins coordonnées avec principalement le développement des CPTS. L'objectif est de 1 000 CPTS à l'horizon 2022 et 2 000 structures d'exercices coordonnées conventionnées dans les 5 ans.

Aujourd'hui, c'est l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) signé par les différents syndicats, qui définit l'organisation et les modalités de financement permettant à la CPTS de fonctionner et de mettre en œuvre les missions qui lui sont confiées. Les financements sont donc délivrés par la CNAM et non plus par l'ARS via le fond d'investissement régional.

La CNAM propose de moduler le financement des CPTS sur la base de quatre bassins de population – au lieu de trois auparavant : moins de 40 000 habitants couverts (petite CPTS), entre 40 000 et 70 000 habitants, entre 70 000 et 250 000 habitants et plus de 250 000 habitants (grande CPTS). Chaque structure pourrait toujours prétendre à deux types de budgets : une aide au fonctionnement et des financements pour chacune des missions accomplies.

L'aide au fonctionnement doit permettre de rémunérer un coordonnateur, le temps de concertation et l'acquisition des outils numériques partagés. Le montant forfaitaire alloué à ce titre serait de 50 000 euros pour les CPTS de moins de 40 000 habitants, 60 000 euros pour les communautés de taille moyenne (entre 40 000 et 70 000 habitants), 75 000 euros entre 70 000 habitants et 250 000 habitants et 90 000 euros au-delà de 250 000 habitants. Ce montant serait versé intégralement pour couvrir les besoins d'amorçage de la CPTS dès la signature du contrat.

Quant au montant total alloué par mission, il comprendrait à la fois une part « fixe et forfaitaire, variable selon la taille de la CPTS » et une part « supplémentaire » d'un montant équivalent à la part fixe. Cette part complémentaire serait « définie localement selon chaque contrat » (sur deux critères : les conditions de mise en œuvre de la mission et l'atteinte des objectifs). Ces financements sont censés couvrir « tous types de dépenses » pour l'exercice de la mission : charges de personnel, indemnisation du temps passé, outils de coordination ou communication. Détails des rémunérations en Annexe 7.

b Structure juridique des CPTS :

A l'heure actuelle, aucune structure juridique n'est imposée, rien n'est clairement défini. Il est possible de s'inspirer de l'existant mais cela à l'inconvénient d'orienter les modalités de fonctionnement car en effet selon la nature juridique qui sera choisie pour les CPTS, les actions portées seront de ce fait bien différentes : avec un sens, des objectifs, une gouvernance et une capacité de financement qui ne seront pas les mêmes.

i Association loi 1901 :

L'association loi 1901 peut être créée grâce au regroupement d'au moins deux personnes physiques ou morales. Il n'y a pas de contrainte quant à la profession des différents membres. C'est une forme juridique assez libre à but non lucratif. Il est nécessaire de définir avec l'ensemble des membres les objectifs de l'association.

La gouvernance est là aussi libre avec aucune obligation formelle de désigner un président, un trésorier, de faire des assemblées générales, etc. en revanche pour une meilleure organisation et en cas de litige cette hiérarchie est fortement conseillée.

Le financement d'une association se fait grâce aux cotisations, aux dons, aux subventions. Il est interdit de faire du profit, mais évidemment les bénéfices sont autorisés à condition qu'ils restent dans l'association et ne soient pas reversés aux adhérents.

ii SISA :

La Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) a été créée en 2011 pour permettre aux structures d'exercices coordonnés pluriprofessionnels de percevoir collectivement des subventions dans un cadre juridique et fiscal sécurisé, visant à rémunérer les activités réalisées en commun par les professionnels de santé y exerçant.

Elle peut être créée à condition de réunir au moins deux médecins et un auxiliaire médical. La SISA est réservée aux professions relevant du Code de la Santé Publique (CSP), elle peut inclure uniquement des professionnels médicaux, des auxiliaires médicaux ou des pharmaciens. Ainsi les professionnels pouvant être inclus dans une SISA sont : Les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicure-podologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les orthoptistes, les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les techniciens de laboratoire médical, les audioprothésistes, les opticiens-lunetier, les prothésistes, les orthésistes et les diététiciens.

Les ostéopathes et psychologues ne peuvent intégrer une SISA mais peuvent simplement être signataires du projet s'ils participent en tant que salariés ou vacataires à la Maison de Santé Pluriprofessionnelles (MSP).

L'intérêt de la SISA est de pouvoir recevoir les nouveaux modes de rémunérations et de les redistribuer à ses différents membres. Elle peut recevoir des financements publics. Elle a la possibilité de pouvoir facturer certains actes à l'assurance maladie depuis la loi HPST. La SISA peut disposer d'un local et les associés peuvent continuer leur exercice libéral à côté.

Ce qui est plus compliqué de définir c'est le choix d'une SISA à capital fixe ou à capital variable.

❖ SISA à capital fixe :

Le statut de la SISA doit être modifié à chaque entrée ou sortie d'un professionnel car elle doit avoir des informations à caractère personnel et professionnel sur les associés, des informations sur les apports effectués par chacun et également sur le capital social. Cette modification ne peut s'effectuer qu'avec l'accord unanime des associés (sauf mention contraire dans les statuts initiaux) et nécessite l'organisation d'une assemblée extraordinaire.

Lors d'un mouvement d'associés, il peut y avoir apport ou cession des parts. Dans tous les cas, ce projet d'apport ou de cession doit être officiellement notifié à la société et cela s'effectue par acte d'huissier ou par lettre recommandée avec accusé de réception à la société. Il faut également prévoir un enregistrement des modifications au registre du commerce et des sociétés (RCS) ainsi qu'au service des impôts.

❖ SISA à capital variable :

C'est le statut à privilégier si la société présente un grand nombre d'associés avec potentiellement des mouvements réguliers. Elle est moins lourde administrativement. Dans cette forme de société, les mouvements d'associés n'entraînent pas de modification de statut. Ils doivent cependant être notifiés au RCS et des impôts dans un délai d'un mois. Une limite de variation du capital doit être décidée lors de la création de la société.

Le montant des apports par les associés doit atteindre, a minima, le dixième du capital social prévu par le statut. Il est également important de savoir qu'un associé sortant (de manière forcée ou volontaire), reste pendant 5 ans responsable des dettes sociales de la société vis-à-vis des autres associés et des tiers, sur l'ensemble de ses biens personnels, proportionnellement aux parts sociales qu'il détenait dans le capital⁽⁴²⁾.

Afin de s'adapter au mieux aux nouvelles missions, la SISA est actuellement en cours d'évolution notamment pour résoudre les problèmes liés à l'embauche d'un professionnel de santé ainsi que la problématique d'intégrer dans la SISA les nouveaux modes de rémunération.

iii Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) :

Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) a pour objectif de faciliter, améliorer ou développer l'activité de ses membres qui peuvent être : des Etablissements publics ou privés de santé, des établissements et structures médico-sociales, des professionnels médicaux libéraux, des centres de santé et pôles de santé. Cependant, un GCS doit obligatoirement comporter au moins un établissement de santé. Ce groupement est privilégié dans le cadre de coopération entre le secteur privé et public mais également entre ville et hôpital. La nature juridique est déterminée par la composition majoritaire du groupement (majorité de professionnels médicaux libéraux ou de droit privé). Cette dernière détermine les règles budgétaires et comptables applicables au groupement⁽⁴³⁾.

La loi HPST a refondu le cadre du GCS et distingue maintenant :

❖ Le GCS de moyens :

C'est une forme de droit commun qui permet de mutualiser des moyens de toute nature :

- Moyens humains en vue de constituer des équipes communes de professionnels médicaux ou non médicaux,
- Equipements d'imagerie, plateaux techniques...
- Moyens immobiliers, fonciers ou encore systèmes d'informations.

Cette mise en commun de moyens peut aussi concerner des fonctions administratives, logistiques, techniques ou médicotechniques, ainsi que l'ensemble des moyens nécessaires aux soins (bloc opératoire par exemple), ou encore les activités d'enseignement et de recherche.

❖ Le GCS-Etablissement de Santé :

La loi HPST offre la possibilité pour certaines GCS extrêmement abouties et intégrées, d'aller plus loin dans leur coopération et d'être érigées en établissement de santé.

Peuvent participer au GCS tout autre professionnel de santé (pharmaciens, auxiliaires médicaux, kinésithérapeutes, ergothérapeutes...) ou organismes, sous réserve de l'accord du directeur général de l'ARS. Pour autant ceux-ci ne sont pas membres du GCS et, à ce titre, ne disposent pas d'un droit de vote, ne participent pas au financement du GCS et ne sont pas tenus aux dettes du GCS. En revanche, ils participent aux activités de coopération du GCS.

3) Exemple d'une CPTS en Centre Val de Loire :

a Présentation :

La CPTS d'Asclépios créée en 2017, s'étend autour des cantons d'Amboise (37), de Montrichard (41) et de Bléré (37). C'est une association loi 1901 née de la volonté des différents professionnels de santé à travailler ensemble de manière optimale et cela dans l'intérêt des patients. En 2013 selon l'INSEE le territoire de la CPTS concernait 50 130 habitants.

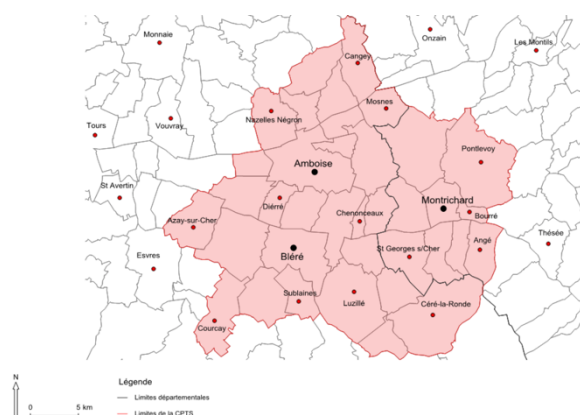


Figure 14: Territoire de la CPTS Asclépios

Les deux objectifs principaux qui sont ressortis de ce projet sont :

- Donner davantage d'autonomie aux professionnels de santé dans l'élaboration de projets de soins plus en phase avec les besoins du territoire.
- Lancer le virage ambulatoire en incitant à davantage de coordination entre les différents professionnels de premier, ceux de second recours, les acteurs médico-sociaux et sociaux.

L'intérêt est de fluidifier la prise en charge des patients dans l'objectif de mieux structurer leur parcours de soins à l'échelle du territoire. La CPTS a ainsi vocation à offrir un maillage plus cohérent du territoire en prenant appui sur un diagnostic territorial partagé et des initiatives locales de coordinations préexistantes.

b Composition :

Le conseil d'administration est composé de différents professionnels de santé :

- Membres du bureau :
 - Présidente : PERRAIN Alice, Médecin généraliste, La Croix-en-Touraine (37)
 - Vice-président : LEMETTRE Jean-Michel, Médecin généraliste, Amboise (37)
 - Trésorier : CONAN Gilles, Pharmacien, Amboise (37)
 - Vice-trésorière : ECHEGUT Nathalie, Pharmacien, Bléré (37)
 - Secrétaire : VAILLANT Emeric, Infirmier, Amboise (37)
 - Vice-secrétaire : BERTHÉ, Fanny, Podologue, Amboise (37)
- Membres du conseil d'administration :
 - PORTEJOIE-GAUTRON Claudine, Diététicienne, Amboise (37)
 - POTHIER Grégoire, Pharmacien, Bléré (37)
 - COMODE Romain, Kinésithérapeute, Saint Georges sur Cher (41)

Le conseil d'administration est composé de neuf membres dont six forment le bureau. Il se réunit une fois par mois afin de faire avancer les projets. La CPTS emploie un coordinateur afin d'en faire sa promotion, d'animer ses instances, de coordonner ses actions et de mettre en œuvre les projets.

c Financements :

Un contrat territorial de santé contenant les projets de santé de la CPTS a été établi avec l'ARS. Sur la base de ce contrat, la directrice générale de l'ARS attribue des crédits du Fonds d'Intervention Régional (FIR) (article L. 1435-8 du Code de la santé publique) soit pour indemniser ponctuellement les acteurs investis dans le projet soit en les dédiant à une action spécifique de la CPTS.

Le FIR finance des actions et des expérimentations validées par les agences régionales de santé en faveur de : la performance, la qualité, la coordination, la permanence, la prévention, la promotion ainsi que la sécurité sanitaire.

Les ressources du FIR en 2015 représentent une somme de 3,278 milliards d'euros. Il est constitué de différents apports :

- Une dotation de l'assurance maladie : 3053 milliards d'euros
- Une dotation de l'Etat : 124 millions d'euros
- Une dotation de 101 millions par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)⁽⁴⁴⁾.

Depuis le 1^{er} janvier 2020 les financements se font par la CNAM grâce à l'Accord Conventionnel Interprofessionnel.

d Exemple d'un projet :

Après un état des lieux détaillé et argumenté, plusieurs projets en sont ressortis. En voici un exemple dans lequel le pharmacien a toute sa place :

Action menée pour le dépistage, l'évaluation et le suivi de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).

Les constatations : La population du Centre Val de Loire est exposée à des substances chimiques potentiellement dangereuses pour la santé. Qu'il s'agisse des professions viticoles ou de l'industrie. A cela s'ajoute le tabagisme actif et passif. En effet, les chiffres ont montré que, sur ce territoire :

- Des personnes sont atteintes de BPCO mais n'en n'ont pas connaissance
- Des personnes porteuses d'une BPCO sévères, n'ont pas eu de bilan pneumologue
- Des personnes traitées pour leur BPCO n'ont aucun suivi comme le recommandent les sociétés savantes.

Les objectifs de cette action sont de développer la détection de la BPCO, former les professionnels de santé à l'Education Thérapeutique du Patient et d'augmenter le nombre de sevrage tabagique.

Les moyens mis en œuvre pour atteindre les objectifs sont :

- 1/ Equiper les professionnels de santé pour effectuer un dépistage avec le Piko6
- 2/ Former certains professionnels à l'utilisation de la spirométrie
- 3/ Développer l'information et la prévention auprès de la population

i La Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) :

La BPCO est une maladie chronique inflammatoire des bronches qui se caractérise par un rétrécissement progressif et une obstruction permanente des voies aériennes, entraînant une gêne respiratoire.

L'inflammation des bronches provoque un épaississement des parois par atrophie des muscles lisses, ainsi qu'une hypersécrétion réactionnelle de mucus. Les alvéoles pulmonaires qui permettent les échanges gazeux lors de la respiration sont progressivement détruites et provoquent un emphysème.

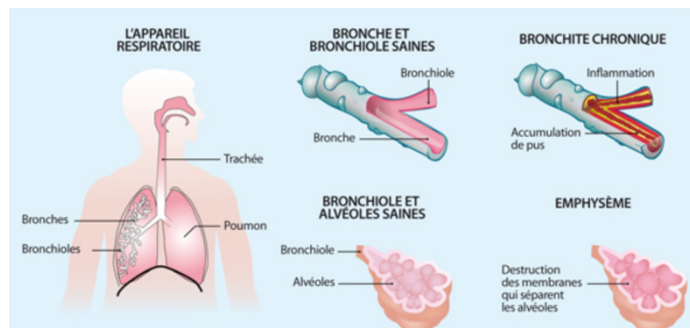


Figure 15: BPCO d'après le site Améli (Améli : <https://www.ameli.fr/indre-et-loire/assure/sante/themes/bpc/comprendre-bpc>)

Selon les chiffres de l'OMS, la prévalence était de 251 millions de cas de BPCO dans le monde en 2016 ; avec plus de 3,17 millions de décès en 2015. En 2004 on comptait 64 millions de BPCO dont 3 millions de décès. Cette dernière prévoit que la BPCO soit la troisième cause de décès en 2030.

L'Institut de Veille Sanitaire (InVS) recense, en France en 2000 ; 1,7 million de personnes atteintes de BPCO avec 16 000 décès par an en moyenne. Dans 80% des cas, cela est dû au tabagisme qu'il soit actif ou passif. En 2014, 18 000 décès en France avaient pour cause la BPCO.

Sur l'année 2015, le nombre d'hospitalisation pour exacerbation de BPCO chez l'adulte de plus de 25 ans en France se situait entre 100 000 et 150 000.

Le principal facteur de risque de BPCO est le tabac dans 80% des cas. Les autres facteurs qui peuvent augmenter les risques de déclenchement de cette pathologie sont :

- La pollution de l'air ;
- Les expositions professionnelles ou domestiques à des poussières et substances chimiques (silice, poussières de charbon, poussières végétales, moisissures) ;
- Des infections des voies respiratoires inférieures fréquentes au cours de l'enfance peuvent aussi créer un terrain propice au développement ultérieur d'une BPCO ;
- Une composante génétique existe également.

Il y a donc un réel intérêt du dépistage dans un cadre de prévention mais également d'amélioration de la santé. Le pharmacien étant un membre facilement accessible dans le parcours de soins son implication est essentielle.

ii *Projet BPCO :*

Objectifs régionaux de référence	Réduire les inégalités d'accès aux soins Conduire une politique de prévention		
Objectifs généraux du projet	Développer la détection de la BPCO Former les professionnels de santé à l'ETP Augmenter le nombre de sevrages tabagiques		
Objectifs opérationnel/spécifiques	Faire des spirométries en ambulatoire Equiper et former le plus grand nombre de professionnels de santé en « picko6 »		
Personne(s) référente(s) de l'action	Gilles Conan, pharmacien, Amboise Vincent Simoneau, pharmacien, Amboise		
Eléments du diagnostic territorial (utiles pour l'action visée)	Population exposée au tabac. Personnes exposées à des substances aéro-contaminantes, tabac, cannabis et événements respiratoires de l'enfance.		
Description de l'action	1/ Equiper les professionnels de santé avec le picko6. 2/ Former des professionnels à l'utilisation de la spirométrie. 3/ Développer l'information et la prévention auprès de la population.		
Lien avec les autres actions de la CPTS	L'addictologie et l'ETP seront complémentaires dans la prise en charge des BPCO, notamment par le biais de l'entretien motivationnel, du diagnostic partagé et éducatif		
Public bénéficiaire	Toute la population de la CPTS		
Territoire couvert	Territoire de la CPTS		
Partenaires	<ul style="list-style-type: none"> Partenaires institutionnels : ARS, CPAM et autres organismes de sécurité sociale (dont MSA) ; centres médicaux scolaires Financeurs : ARS Associations Etablissements de santé Réseaux : REZO, Espace du souffle Acteurs médico-sociaux et sociaux : CSAPA 		
Leviers et freins	<ul style="list-style-type: none"> Forces : <ul style="list-style-type: none"> Projets d'infirmière ASALEE à la Croix en Touraine Des PS formés à l'ETP et à la spirométrie Un protocole existant sur le Picko6 à St Georges Sur Cher Des professionnels libéraux équipés avec des spiromètres Faiblesse du territoire : <ul style="list-style-type: none"> Un seul pneumologue 		
Calendrier prévisionnel	Différentes étapes de conception/réalisation/évaluation du projet Juillet/Août 2017 : rencontre avec les PS de la CPTS pour harmoniser leur pratique BPCO Décembre 2017 : création d'un protocole commun. (Différent des protocoles intra-MSP). Février 2018 : formation à l'utilisation des spiromètres et au dépistage pour tous les professionnels de santé. Groupe d'analyse avec expertise du pneumologue de l'hôpital.		
Budget prévisionnel et sources de financement	<ul style="list-style-type: none"> Ressources existantes : 4 spiromètres Financements sollicités : FIR 		
Objectifs opérationnels de l'action à évaluer	Indicateur de suivi	Valeur cible	Données sources
	Nombre de professionnels formés au Picko 6	10	
	Nombre de spirométries effectuées	50	

Protocole BPCO de la CPTS Asclépios en Annexe 8.

iii Piko-6 :

La spirométrie permet de mesurer les volumes d'air qu'une personne peut expirer en se forçant et la vitesse de cette expiration.

Le dispositif Piko6 disponible sur la Figure 16, mesure le Volume Expiré Maximal à la première Seconde (VEMS) et le Volume Expiré Maximal à la 6^{ème} seconde (VEM6). Le résultat est égal au rapport VEMS/VEM6 et est indiqué en pourcentage. Normalement ce rapport doit être supérieur à 80%.



Figure 16: Piko-6

Avant d'utiliser la spirométrie il est nécessaire de poser des questions essentielles recommandées par l'HAS :

- Toussez-vous souvent ?
- Avez-vous souvent une toux grasse ou qui ramène des crachats ?
- Etes-vous plus facilement essoufflé que les personnes de votre âge ?
- Avez-vous plus de 40 ans ?
- Avez-vous fumé ou fumez-vous ?

Si la personne répond « oui » à au moins deux questions, il est conseillé de faire le test.

Le patient doit être debout ou assis, le dos droit. Il faut ensuite inspirer profondément, bien serrer l'embout buccal jetable entre les lèvres puis souffler le plus fort et le plus vite possible pendant au moins 6 secondes, jusqu'à ce que le signal sonore se déclenche. Un signal sonore peut également être émis en cas de mauvaise expiration (trop courte, insuffisamment forcée, gênée par la toux). Il est nécessaire de faire l'opération trois fois et on gardera le meilleur rapport.

L'interprétation des résultats :

- Si la couleur verte apparaît, cela signifie que le rapport VEMS/VEM6 est supérieur à 80% donc que la fonction pulmonaire est normale ou en tout cas que la personne n'a, a priori, pas de problème de BPCO.
- Si la couleur sur l'écran est jaune, le rapport est compris entre 70 et 80% : cela laisse supposer un possible trouble ventilatoire obstructif donc une exploration fonctionnelle respiratoire est souhaitée surtout en cas de tabagisme ou de symptômes respiratoires.
- Et enfin une couleur rouge indique une valeur du rapport inférieure à 70% est dans ce cas un trouble ventilatoire obstructif est très probable.

En cas de résultat inférieur à 80%, une consultation médicale est nécessaire.

Il existe différents mini-spiromètres utilisables pour le dépistage de la BPCO : BPCO-6, Néo-6, Piko-6... avec des prix qui peuvent varier entre 80 et 150€. L'utilisation de ces appareils notamment par le pharmacien d'officine nécessite une formation préalable.

iv Résultats :

Concernant la mission de dépistage d'une BPCO, il y a eu environ 60 personnes au niveau de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) qui ont été éligible au dépistage. Parmi ces personnes, six ont eu un diagnostic par le médecin traitant et 2 se sont avérés atteints d'une BPCO.

Il est important avant d'établir un projet de filtrer les patients. Par exemple, on exclut les patients déjà suivis pour BPCO. Cela ne sert à rien non plus de tester tous les patients avec une gêne respiratoire. Le pré-ciblage est primordial pour rendre le projet efficace et utile.

Il est important de rappeler que dans ces nouvelles missions, le pharmacien fait du dépistage et non du diagnostic.

Pour 2020, il est prévu de cibler les adhérents de la CPAM de plus de 50 ans et de moins de 80 ans, sans substitut nicotinique, sans passage au service hospitalier de pneumologie mais également sans visite chez un pneumologue. Ce sont les personnes considérées comme potentiellement à risque et sans suivi.

e Du nouveau dans la région Centre-Val de Loire :

i MYCOVO :

MYCOVO est une application smartphone disponible en région Centre-Val de Loire pour tous les professionnels de santé. Cette plateforme collaborative est utilisée dans le cadre de la télé-expertise.



En effet, lorsqu'un patient se présente à l'officine avec un problème particulier comme par exemple un problème de peau ; une photo peut être prise et envoyée à un confrère afin d'obtenir l'avis d'un spécialiste et éventuellement de déclencher une consultation plus rapidement et de manière pertinente.

ii L'eCPTS :

Asclépios utilise une émanation de Jamespot qui est un outil de réseau social d'entreprise et un système de communication interne accessible aux collaborateurs d'une organisation et à son écosystème. Les principales fonctionnalités sont la communication, la collaboration et le partage d'informations entre les individus et/ou des groupes d'individus que l'on nomme eCPTS.

Ainsi à l'échelle de la région des groupes de professionnels peuvent être créés comme par exemple les pharmaciens du 37, les professionnels de la CPTS, les professionnels intervenants auprès de Mme X.... Cela permet des échanges de messages sécurisés avec des pièces jointes et un stockage illimité.

4) Discussion :

Les Communautés Territoriales Professionnelles de Santé vont faire partie de l'avenir de nos professions. En effet, elles permettront en partie d'améliorer le parcours de prise en charge notamment dans les zones désertées par certains professionnels de santé.

Le fait de travailler en collaboration avec les différents acteurs de santé sera bénéfique dans l'amélioration de la prise en charge du patient. Il pourra être redirigé de manière optimale vers le professionnel de santé dont il a besoin. On aura donc un parcours avec les bons soins, au bon moment et par la bonne personne.

La mise en place de nouvelles organisations n'est jamais simple. Il faut réussir à convaincre le corps médical que ce système est l'avenir. Il faut donc qu'il soit simple et bien formalisé. Les six missions proposées pour les CPTS sont peut-être trop nombreuses. Afin de faciliter l'adhésion de tous, trois missions dans un premier temps permettraient un démarrage en douceur. On pourrait ainsi garder comme objectifs principaux la coordination des parcours de soins, l'accès à un médecin traitant et l'accès à des soins non programmés. Au fur et à mesure, lorsque chacun serait familiarisé avec le fonctionnement de cette communauté et aura trouvé sa place, de nouvelles missions pourraient voir le jour.

En effet, l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) du 20 juin 2019 distingue trois missions prioritaires, obligatoires dites « missions socles ». La première permet d'améliorer l'accès aux soins et notamment à un médecin traitant en améliorant l'accès aux soins non programmés et en contribuant au développement de la télémédecine. La seconde mission porte sur l'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient. La troisième, quant à elle, consiste à promouvoir la prévention au sein d'un territoire.

Le passage d'un travail individuel à un travail de groupe nécessite un certain nombre de remise en question, une modification de ses habitudes quotidiennes mais également l'utilisation d'outils que nous avons pu citer précédemment afin de communiquer. Dans une CPTS on passe du multi-professionnels à l'interprofessionnel.

Un problème majeur apparaît pour certains médecins : manque de professionnels sur le territoire, pénurie de l'offre de soins, des médecins généralistes débordés au quotidien... Se pose donc la question de comment se libérer du temps pour toutes ces nouvelles missions ? La loi 2022 a pour objectif de libérer du temps aux médecins en créant une nouvelle fonction d'assistants médicaux afin d'assurer des missions comme : l'accueil des patients ; le recueil de certaines données et constantes ; la vérification de l'état vaccinal et des dépistages ; la mise à jour de données et gestion de l'aval de la consultation avec le pré-remplissage de documents administratifs... De plus, elle suggère un travail au sein d'une maison de santé.

Certains professionnels se trouvent dans des zones excentrées où les maisons de santé ne peuvent voir le jour. Ils peuvent néanmoins intégrer une CPTS, utiliser les outils de communication en commun afin de travailler ensemble, sans nécessairement de regroupement physique entre les acteurs.

Les clés nécessaires afin de mobiliser les professionnels doivent s'appuyer sur un certain nombre de données :

- Connaître son environnement et les professionnels de santé de son territoire et échanger ensemble ;
- Connaître les conditions de travail des différents professionnels du territoire et s'adapter à leurs besoins, leur disponibilité ;
- Utiliser des outils d'informations partagées comme les MS Santé ou encore des applications de communication. Elles doivent être simples et pratiques d'utilisation ;
- Proposer des formations pluri-professionnelles car cela permet tout d'abord de se rencontrer, de se connaître et de savoir qui fait quoi sur le parcours de vie des usagers ;
- Connaître la position de son ARS pour la validation des projets ;
- Avoir envie d'avancer, de s'investir, de faire bouger son territoire et de le rendre attractif.

Pour faciliter la mise en place, les CPTS doivent s'appuyer sur l'existant comme les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) qui servent de pilier d'ancrage et qui ont les moyens d'assurer une coordination. Plus de 95% d'entre elles validées par les ARS fonctionnent ainsi.

Les Equipes de Soins Primaires (ESP) (détaillées chapitre III. 4.) peuvent également servir de fondation.

La région Centre-Val de Loire a été novatrice en matière de coordination puisque la CPTS Asclépios a été la 4^{ème} en France et la deuxième dans la région après celle de Loches fondée en février 2017.

Le financement de la CPTS sera donc assuré par la CNAM sur l'élaboration d'un projet quantifiable. Attention cependant à la rémunération de la part variable qui s'effectuera en fonction des résultats obtenus : il serait décevant de voir certaines missions rejetées face à leur complexité. La véritable performance d'une CPTS c'est d'agir où sont les besoins même et surtout quand cela est complexe.

Il est important de mettre de la convivialité et de la fraternité dans des initiatives ludiques et de ne pas être dans l'injonction de faire. Si les objectifs de chacun sont bien définis cela favorisera la complémentarité et non la concurrence qui serait une lutte destructrice du projet.

Le pharmacien doit prendre conscience que l'exercice isolé n'est plus une voie d'avenir pérenne et que la CPTS est une opportunité pour développer une activité supplémentaire. Elle permettra également de se positionner comme un acteur majeur dans l'organisation des soins.

III) Mais encore :

1) Développement de la télémédecine :

La loi Ma Santé 2022 compte parmi ses objectifs de libérer du temps médical afin de répondre aux problématiques d'accès aux soins, notamment par le déploiement de la télémédecine.

La HAS soutient le déploiement de la télémédecine dont les bénéfices attendus devraient contribuer à :

- Améliorer l'accès aux soins notamment dans les territoires fragiles ;
- Améliorer la qualité de vie des patients grâce à une prise en charge et un suivi sur leur lieu de vie ;
- Améliorer la coordination entre les professionnels de santé ;
- Prévenir les hospitalisations et ré-hospitalisations ;
- Diminuer le recours inutile aux urgences ;
- Réduire le coût des transports.

Suite à la reconnaissance légale de la télémédecine en 2009 par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) et la description de son cadre réglementaire dans le décret du 19 octobre 2010, une stratégie nationale de déploiement a été mise en œuvre ⁽⁴⁵⁾.

a Qu'est-ce que la télémédecine :

La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance, fondée sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication. La télémédecine permet d'établir un diagnostic, d'assurer un suivi, de requérir un avis spécialisé ou d'effectuer une surveillance.

Cinq actes de télémédecine sont reconnus en France : téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance médicale, téléassistance médicale et régulation (centre 15).

i La téléconsultation :

La téléconsultation est une consultation entre un professionnel médical et un patient par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication. Comme défini à l'Article L. 6316-1, « *elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.* » ⁽⁴⁶⁾.

Depuis le 14 juin 2018 les actes de téléconsultations sont désormais pris en charge par l'Assurance Maladie ; cela grâce à un accord conventionnel (Avenant 6 à la convention médicale ⁽⁴⁷⁾) entre l'Assurance Maladie et les représentants des médecins libéraux.

ii La téléexpertise :

La téléexpertise permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication. Cela concerne deux médecins pendant ou à distance de la consultation initiale. Cette action ne faisait pas l'objet d'une rémunération jusqu'à présent ⁽⁴⁸⁾.

iii Télésurveillance :

La télésurveillance permet à un professionnel médical d'interpréter à distance des données recueillies sur le lieu de vie du patient (EHPAD, en structure médico-sociale ou à leur domicile)⁽⁴⁸⁾.

iv Téléassistance :

La téléassistance médicale a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ⁽⁴⁸⁾.

v La régulation :

La régulation médicale est la réponse médicale apportée dans le cadre de l'activité des centres 15 ⁽⁴⁸⁾.

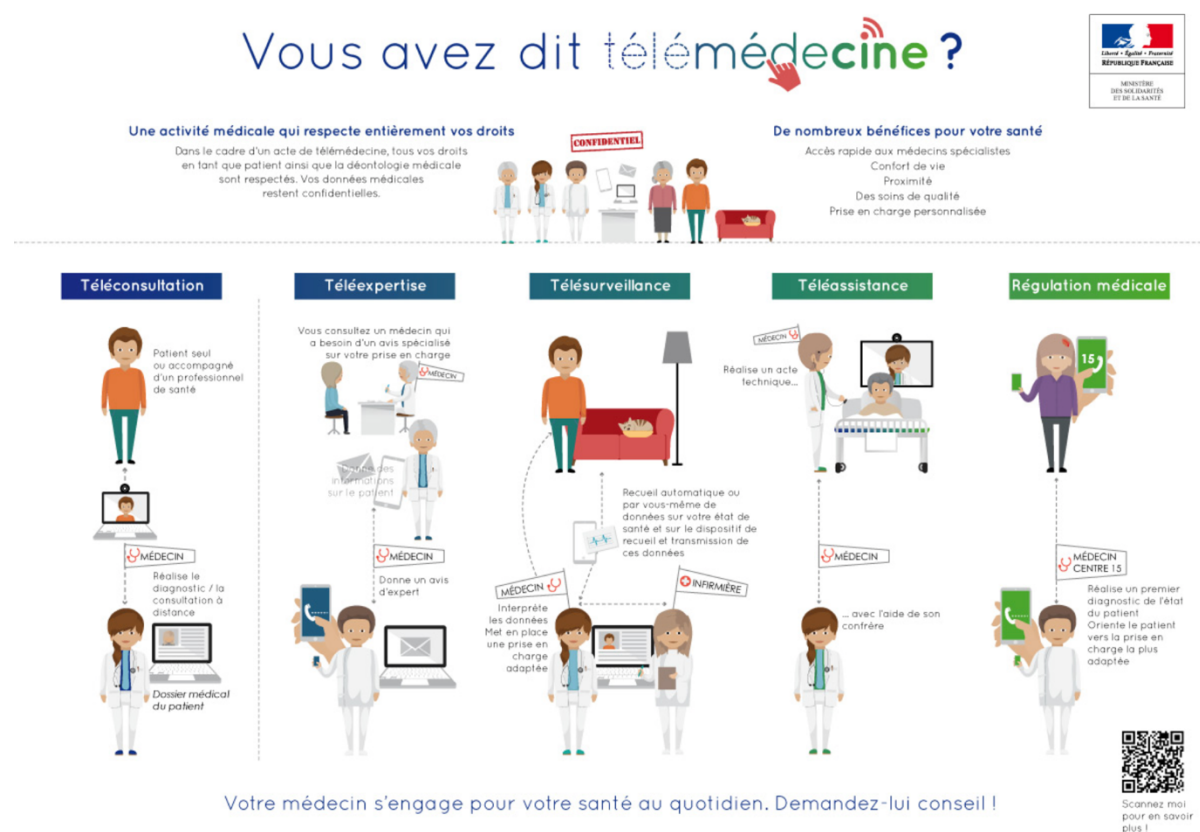


Figure 17: Résumé des différents types de télé-médecine d'après le site de l'assurance maladie

b Comment cela fonctionne :

Aujourd'hui, tout patient peut avoir accès à la téléconsultation. Cependant, il est nécessaire de remplir quelques conditions afin de pouvoir bénéficier d'un remboursement par la Sécurité Sociale :

- Etre orienté initialement par son médecin traitant, dans les conditions définies à l'article 18.1 de la Convention Médicale ⁽⁴⁹⁾, quand la téléconsultation n'est pas réalisée avec ce dernier ;
- Etre connus du médecin téléconsultant, c'est-à-dire ayant bénéficié au moins d'une consultation avec lui en présentiel dans les douze mois précédents, afin que celui-ci puisse disposer des informations nécessaires à la réalisation d'un suivi médical de qualité.

Il existe malgré tous des exceptions où la téléconsultation pourra être prise en charge. Le cas où le patient ne dispose pas de médecin traitant par exemple ou si ce dernier n'est pas disponible et que l'état du patient nécessite une consultation. Dans ces conditions dérogatoires au parcours de soins coordonnés, les partenaires conventionnels s'engagent à accompagner la mise en place et la promotion d'organisations territoriales coordonnées. C'est-à-dire, permettre au patient :

- D'être pris en charge rapidement compte tenu de leurs besoins en soins ;
- D'accéder à un médecin, par le biais notamment de la téléconsultation, compte tenu de leur éloignement des offreurs de soins ;
- D'être en mesure dans un second temps de désigner un médecin traitant pour leur suivi au long cours et réintégrer ainsi le parcours de soins.

Il peut s'agir de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), d'équipes de soins primaires (ESP), de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), de centres de santé (CDS) ou de toutes organisations territoriales qui se proposent notamment d'organiser une réponse en télémédecine de manière coordonnée et ouverte à tous les professionnels de santé du territoire.

c Pour le pharmacien :

L'avenant 15 à la convention Pharmaceutique approuvé par arrêté le 2 septembre 2019⁽⁵⁰⁾, nous détaille le rôle du pharmacien dans cet acte de téléconsultation ainsi que les conditions de mise en œuvre.

Article 13.1.2 de l'avenant 15 à la convention pharmaceutique : Rôle du pharmacien accompagnant : « *Le pharmacien, en tant que professionnel de santé accompagnant, a notamment pour rôle d'assister le médecin dans la réalisation de certains actes participant à l'examen clinique et éventuellement d'accompagner le patient dans la bonne compréhension de la prise en charge proposée. Du point de vue organisationnel, le pharmacien met à disposition le plateau technique*

nécessaire à la réalisation de la téléconsultation au sein de son officine, et se charge de son organisation en prenant contact avec le médecin. »

L'acte doit obligatoirement être réalisé par vidéotransmission dans un local fermé permettant confidentialité et intimité, mais aussi grâce à du matériel garantissant sécurisation des données transmises au médecin et traçabilité des échanges. Le pharmacien doit disposer à minima d'un stéthoscope connecté, d'un otoscope connecté, d'un oxymètre et d'un tensiomètre.

L'Article 13.1.4 nous informe des modalités de rémunération du pharmacien. Cela se compose de :

- **Une participation forfaitaire pour l'équipement** (vidéotransmission, équipements minimaux nécessaires) d'un montant de 1 225 € la première année puis 350 € les années suivantes. Les trois premières années, le versement de cette rémunération est conditionné par la déclaration en ligne de l'équipement de l'officine lui permettant de proposer la réalisation de téléconsultations. Les années suivantes, à condition de réaliser au moins une téléconsultation dans l'année.
- **Une participation forfaitaire relative au temps passé :** cette dernière varie en fonction du nombre de téléconsultations réalisées durant une année ;
 - De 1 à 20 téléconsultations : 200 €
 - De 21 à 30 téléconsultations : 300 €
 - Plus de 30 téléconsultations : 400 €

Afin de pouvoir facturer ces actes de téléconsultation à la Sécurité Sociale, le pharmacien doit être intégré dans un parcours de soins coordonnés (CPTS, ESP, MSP...), puis identifier et se rapprocher des médecins intéressés qui se situent dans la zone de sa pharmacie. Lorsque ses conditions seront remplies il pourra commencer à équiper sa pharmacie.

Article 28.6.1.3. De l'Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale médicale : Compte-rendu de la téléconsultation :

« L'acte de téléconsultation doit faire l'objet d'un compte rendu établi par le médecin téléconsultant, qu'il archive dans son propre dossier patient, conformément aux obligations légales et réglementaires, et doit être transmis au médecin traitant et au médecin ayant sollicité l'acte.

Un compte rendu doit être, le cas échéant, intégré par le médecin assurant la téléconsultation, quand il n'est pas le médecin traitant du patient, dans le dossier médical partagé (DMP) du patient lorsqu'il est ouvert. Cette intégration s'effectue dans les conditions définies par les articles L. 1111-14 et suivants et R. 1111-30 et suivants du code de la santé publique et relatifs aux conditions d'alimentation du DMP et aux conditions d'accès du patient et des professionnels de santé aux informations présentes dans ce dossier. »

On remarque que tous ces outils sont liés. Le développement de la téléconsultation sera facilité et amélioré par l'utilisation de documents dématérialisés notamment grâce au DMP. Se pose maintenant la question de la rentabilité pour une pharmacie : est-ce que l'achat du matériel, l'équipement, l'aménagement ou la construction d'un local ne constitueront pas des dépenses plus importantes que les rémunérations versées ? Est-ce que la dématérialisation des

ordonnances sera bien orchestrée et ne fera pas augmenter la fraude ? Malheureusement il existe encore certaines zones en France très mal desservies par les réseaux internet ce qui peut également poser problème lors d'une téléconsultation.

2) Maisons de Santé Pluridisciplinaire :

Les maisons de santé sont des structures pluri professionnelles, constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Elles ont été introduite dans le code de la santé publique en 2007, afin d'offrir un mode d'exercice collectif.

Une MSP doit regrouper à minima trois professionnels de santé libéraux : 2 médecins généralistes et 1 paramédical ; mettant en œuvre un projet de santé commun formalisé.

Elles permettent d'offrir un ensemble de services de santé de proximité en matière de soins et de prévention. Ces structures d'exercices coordonnés répondent à l'évolution des modes d'exercices souhaités par de nombreux professionnels de santé et sont ainsi une solution pour le maintien et le développement de l'offre de soins dans les territoires déficitaires.

Dès leur création, les maisons de santé s'inscrivaient déjà dans une démarche de coordination et de partage entre professionnels avec les objectifs suivants :

- **Améliorer les conditions des professionnels de santé** : via le partage d'informations avec un échange de pratiques dans un cadre multi-professionnel ; mais aussi par la complémentarité des interventions au sein de la MSP. Financièrement cela permet une diminution des coûts au niveau des locaux, du matériel et du personnel.
- **Améliorer la qualité de prise en charge** : permis grâce à la coordination et la continuité des prises en charges, l'apport d'une réponse de proximité puis développer des actions locales de santé publique et faciliter les interventions sur le territoire
- **Attirer des nouveaux professionnels de santé sur le territoire** : avec une offre attractive.
- **Favoriser la prévention et l'éducation à la santé** : par le biais de dépliants, documentation, organisation de séances collectives d'éducation à la santé, inciter aux dépistages, etc. ⁽⁵¹⁾

Contrairement aux maisons de santé, les CPTS n'impliquent pas de regroupement géographique des professionnels dans un même lieu d'exercice.

La SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires) est un statut juridique créé spécialement lors de la mise en place des MSP.

Les financements de la Maison de santé peuvent être de différentes natures. Ils peuvent provenir des Fond d'Investissement Régionaux accordés par l'ARS, de l'Etat, du département, de la commune.

Afin de bénéficier des financements publics, une MPS doit répondre à plusieurs critères :

- Elle doit être installée sur un territoire considéré par l'ARS comme déficitaire en offre de soins ;
- Elle doit être en cohérence avec l'approche globale d'aménagement du territoire ainsi une MSP peut être construite à condition d'avoir élaboré une étude d'opportunité en regroupant : la justification d'un besoin d'une telle structure, s'assurer de la cohérence avec les projets d'aménagement du territoire, de montrer la volonté des professionnels à s'investir dans ce projet, et de s'assurer de la volonté des élus locaux de s'engager dans la réalisation et l'aménagement de locaux avec l'assurance de la pérennité du projet.

Le nombre de MSP ne cesse d'augmenter, on en comptait 600 en 2015 et 910 en 2017 selon le rapport de la DGOS⁽⁴⁰⁾. Elles permettent de faciliter le travail collectif, en collaboration, de mettre en place différents projets de prise en charge et peuvent ainsi être un appui considérable dans la création d'une CPTS.

3) Equipe de Soins Primaires :

Selon l'Article 64 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, l'Equipe de Soins Primaires (ESP) se définit comme suit :

L.1411-11-1 du Code de la santé publique (CSP) : « Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. »

Cette conception de l'organisation de l'offre de soins aboutit à l'article L 1411-11 du code de la santé publique qui définit ainsi les soins de premier recours : ⁽⁵²⁾

« L'accès aux soins de premier recours, ainsi que la prise en charge continue des malades, sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé conformément au schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-2. Ces soins comprennent :

- 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;*
- 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;*
- 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;*
- 4° L'éducation pour la santé. »*

L'ESP est une forme plus souple et moins formalisée qu'une CPTS. Elle bénéficie elle aussi d'un financement via des FIR. La grosse différence est que l'ESP va intervenir sur la patientèle alors que la CPTS aura un rôle sur un territoire.

4) Articulation MSP-ESP-CPTS :

Afin d'assurer une bonne cohésion, l'assurance maladie propose que deux niveaux d'exercice coordonné « complémentaires » soient instaurés.

Les Maisons de Santé, Equipes de Soins Primaire et Centres de Santé assureraient des soins de proximité afin de répondre aux besoins d'une patientèle.

Le second niveau correspondrait au rôle des CPTS avec une zone d'action plus large, au niveau du territoire. C'est une approche de responsabilité populationnelle au sens où les différents acteurs acceptent de s'engager dans une réponse, qui peut impliquer pour eux de prendre part à des actions ou d'accueillir des patients, sortant de leur exercice et de leur patientèle habituelle.

Comme le précise la CNAM, il s'agit d'améliorer l'offre de soins et la coordination des parcours « au-delà du champ de la patientèle de chaque professionnel de santé » avec l'implication d'autres acteurs que les libéraux (établissements sanitaires et médico-sociaux).

Les CPTS rassemblent selon la nature des projets des professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs ESP, de professionnels de santé assurant des soins de premier ou de deuxième recours et d'acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux qui veulent s'organiser pour mieux travailler ensemble sur un territoire donné. Le nombre et le type de professionnels concernés varient selon les projets et pourront évoluer dans le temps.

. PARTIE III : Etat des lieux, Avenir, **Axes d'améliorations**

I) Sondage sur les connaissances actuelles :

1) Pourquoi ces questionnaires ?

Ce sondage a été réalisé auprès des pharmaciens mais également auprès des patients afin de tester leur niveau de connaissances sur tous ces nouveaux outils, les motifs d'un frein à leur utilisation. Connaître l'implication des gens pour leur santé et l'implication des pharmaciens pour leurs nouvelles missions étaient les objectifs de ces questionnaires.

2) Questionnaire pharmacien :

Pour ce questionnaire 65 réponses ont été obtenues sur une durée d'un mois du 01 mai 2019 au 31 mai 2019. Le questionnaire a été diffusé sur les réseaux sociaux de pharmaciens, directement par mails pour certains, également par mail aux pharmaciens du département du Cher via l'Union Régionale des Professionnels de Santé Pharmaciens. Une demande de diffusion à l'ensemble de la région Centre a été effectuée. Le questionnaire est disponible en Annexe 9.

a Questions et réponses :

- **Vous exercez dans une pharmacie :**

Les réponses sont très homogènes concernant les différentes catégories d'officines à savoir rurale, de quartier ou bien de ville.

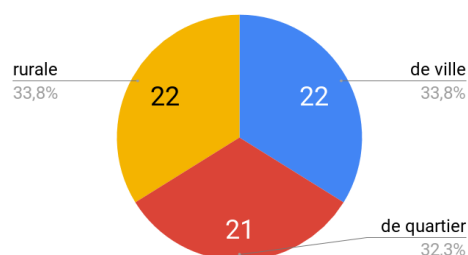


Figure 18: Pourcentage de pharmaciens exerçant soit en ville, dans un quartier ou dans un milieu rural

- **Dans quel département exercez-vous ?**

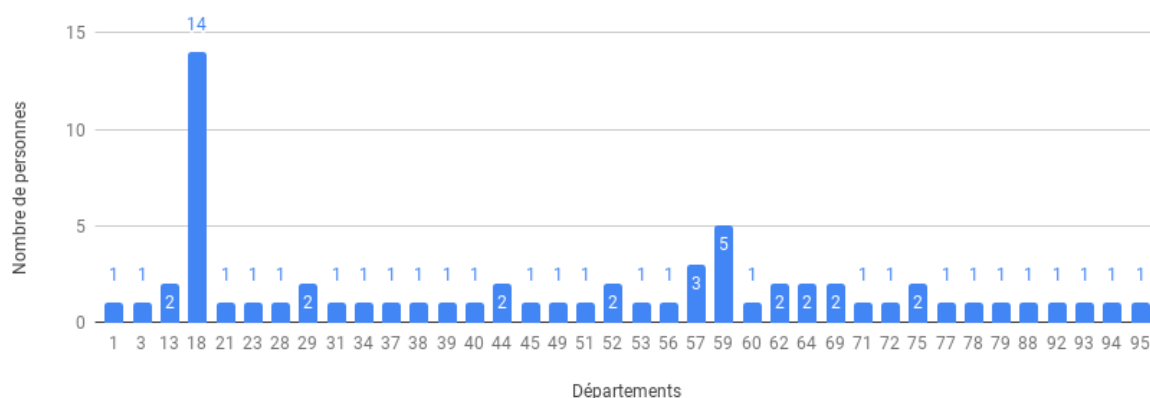
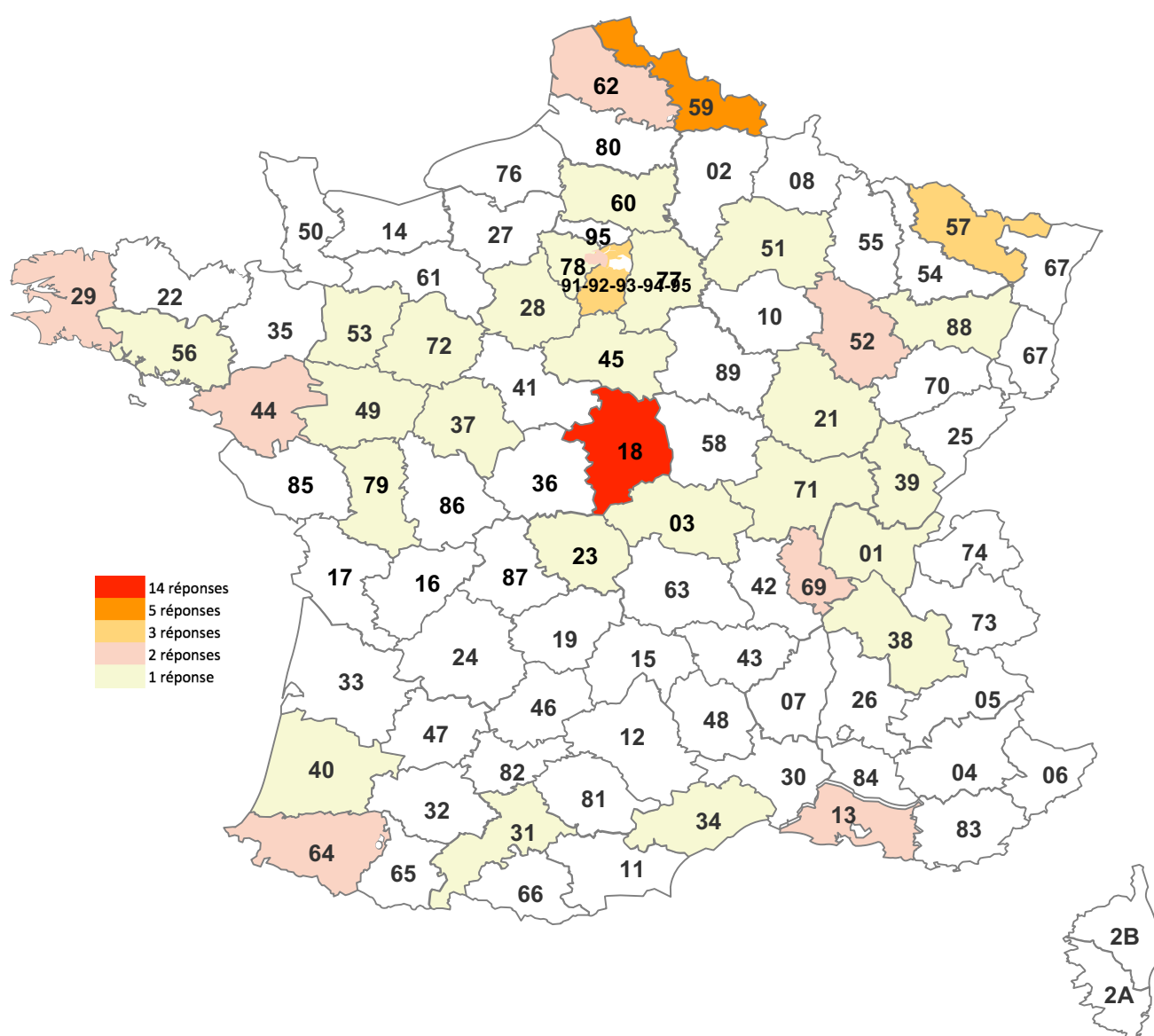
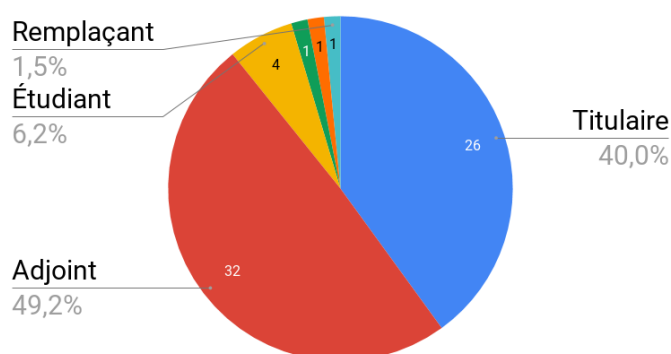


Figure 19: Répartition des réponses selon le département d'exercice



Ce questionnaire eu la chance d’être très bien diffusé dans le Cher ce qui explique un nombre de réponses plus importantes. Malgré cela, les réponses ont été obtenues sur un territoire assez vaste.

• **Quel est votre statut au sein de l'officine ?**

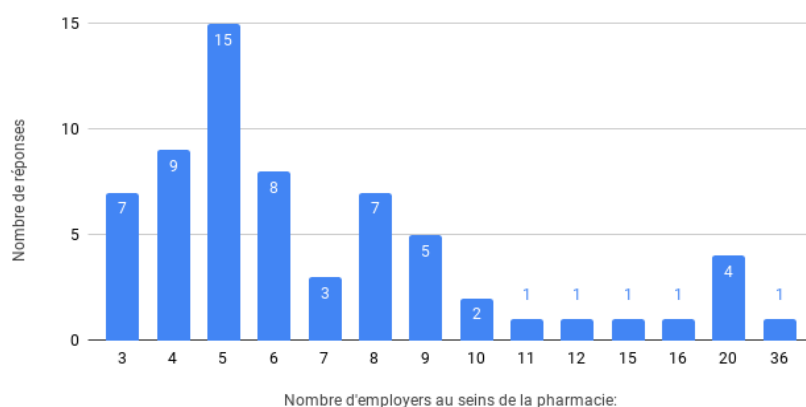


Parmi les répondants, 26 sont des titulaires, 33 des adjoints dont un ayant des parts ; 4 sont étudiants, 1 remplaçant et 1 pharmacien hospitalier.

Les réponses seront donc plus représentatives des avis de titulaires et d'adjoints travaillant en officine.

Figure 20: Répartition selon le statut au sein de la pharmacie

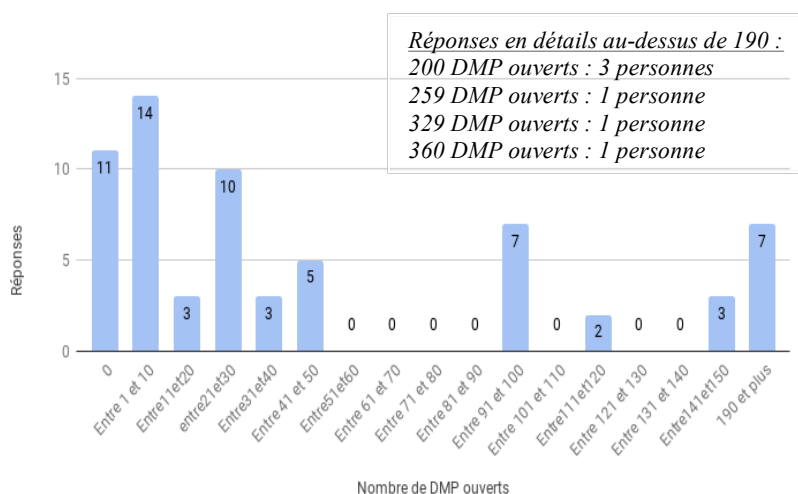
• **De combien de personnes l'équipe se compose t-elle?**



La majorité des personnes ayant répondu à au questionnaire exercent dans des officines comprenant entre 3 et 10 employés. Quatre travaillent dans une équipe composée de 11 à 16 personnes et 5 dans des équipes entre 20 et 36.

Figure 21: Nombre de personnes dans l'équipe officinale

• **Combien de DMP avez-vous ouverts dans votre officine ?**



Onze personnes ayant répondu à ce questionnaire n'ont ouvert aucun DMP. On compte environ le même nombre de personnes qui en ont ouvert entre 1 et 20 et entre 21 et 50. Il y a 7 personnes qui ont ouvert une centaine de DMP.

Figure 22: Nombre de DMP ouverts dans l'officine

- **Trouvez-vous que le DMP est un outil important et nécessaire ?**

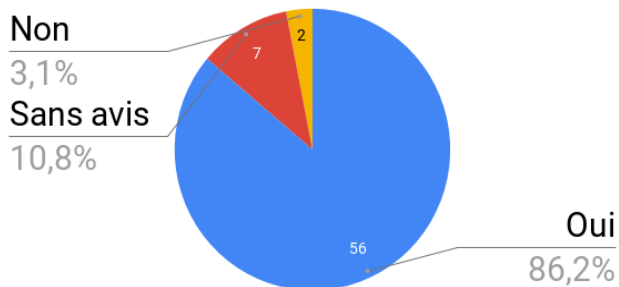


Figure 23: Utilité du DMP selon les pharmaciens

A cette question, 86,2 % soit 56 personnes sur 65 pensent que le DMP est un outil important et nécessaire. Tandis que 2 personnes pensent le contraire. Les personnes sans avis sont au nombre de 7 soit 10,8 %.

Sans avis, soit parce qu'elles ne se sont peut-être pas intéressées de plus près à ce DMP soit parce que nous n'avons pas encore assez de recul pour voir son efficacité au long cours.

- **Etes-vous prêt à l'alimenter régulièrement ?**

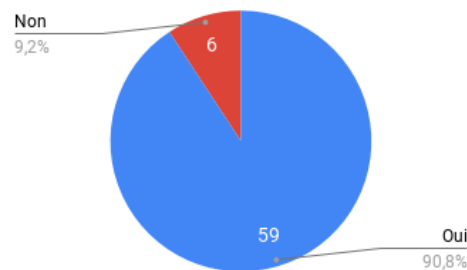


Figure 24: Pourcentage d'implication pour l'utilisation du DMP

Le nombre de réponses est assez logique avec la question précédente. Les 56 personnes trouvant le DMP utile sont prêtes à l'alimenter régulièrement ; alors que 6 ne le sont pas.

- **Pourquoi n'êtes-vous pas prêt à alimenter le DMP ?**

- « Sauf si on peut y apporter des commentaires et faire des propositions de changement de traitement si cela nous semble pertinent ».
- « Le titulaire nous a affirmé qu'il faut des lecteurs particuliers et coûteux. On attendra ».
- « Par manque de temps »
- « Pas le temps ».
- « Absence de rémunération ».
- « Peu de praticien le font ».

- **Pensez-vous être amené à utiliser le DMP régulièrement ?**

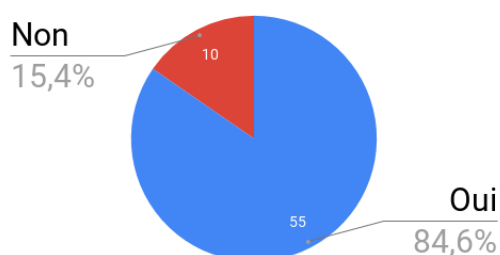


Figure 25: Utilité du DMP selon les pharmaciens

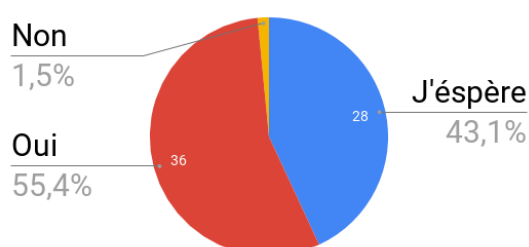
Pour cette question, 55 professionnels pensent être amenés à utiliser régulièrement cet outil et 10 ne pensent pas avoir besoin de l'utiliser de manière régulière.

Cinq personnes ont répondu qu'elles seraient prêtes à l'alimenter régulièrement à la question précédente ; mais ne pensent pas avoir besoin de l'utiliser régulièrement.

○ **Pourquoi pensez-vous ne pas utiliser régulièrement le DMP ?**

- « Beaucoup de mes patients sont des réguliers dont je connais déjà les traitements grâce aux historiques ».
- « A du mal à se développer, manque de participation pluridisciplinaire ».
- « Pas encore bien connu des professionnels de santé et des patients ».
- « Si ni utilisé par le médecin/biologiste/infirmiers/kiné. ... Aucun intérêt de l'utiliser. Pour le rendre utile il faudrait le rendre obligatoire et systématique. Qu'il puisse servir de support pour les ordonnances et le DP ».
- « Mais il faut que les logiciels nous permettent d'accéder aux données. Pour l'instant pas d'intérêt supérieur au DP ».
- « Pas d'accès pour le pharmacien, ne contient que les médicaments remboursés même si la durée est plus longue (24 mois vs 4 pour le DP). Outil à revoir pour le suivi pharmaceutique ».
- « Médecins et hôpitaux pas prêts à l'alimenter dommage idem pour labo d'analyses ».
- « Non alimenté par le médecin ».
- « Le DP suffit pour l'instant ».

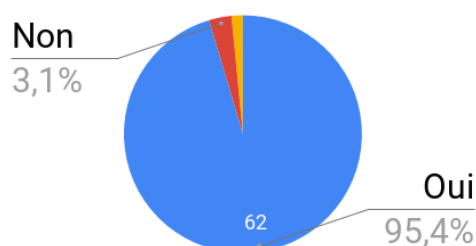
• **Pensez-vous que ce nouvel outil facilitera la coordination des soins ?**



Un professionnel de santé pense que ce nouvel outil ne facilitera pas la coordination des soins. Vingt-huit personnes espèrent bien que ce DMP sera une aide précieuse à la pratique de soins coordonnés ; et 36 sont convaincus soit 55,4%.

Figure 26: Réponses concernant l'utilité du DMP pour la coordination des soins

• **Pensez-vous qu'un nouvel onglet "vaccination" serait utile ?**



Deux pharmaciens émettent un avis négatif sur l'utilité d'un onglet « Vaccination » dans le DMP, un répond « Déjà sur le DP » et les 62 restant trouveraient ce sous dossier utile.

Figure 27: Avis sur l'ajout d'un onglet "vaccination" dans le DMP

• **Exprimez-vous sur les avantages et les inconvénients du DMP :**

<u>AVANTAGES</u>	<u>INCONVENIENTS</u>
COORDINATION	EN PRATIQUE
<p>« Accessibilité et partage de données entre professionnels de santé »</p> <p>« Communication inter professionnelle »</p> <p>« Transmission d'informations »</p> <p>« Coordination entre tous les professionnels de santé »</p> <p>« Coordination des soins, moins de risque d'interactions médicamenteuses, gain de temps si urgence »</p> <p>« Communication entre professionnels de sante »</p> <p>« Coordination ville-hôpital et entre professionnels de santé, meilleur suivi patient »</p> <p>« La coordination ».</p> <p>« Meilleure collaboration entre les médecins ».</p> <p>« Coopération entre professionnels de santé, facilement consultable, avoir toutes les informations au même endroit ».</p> <p>« Coordination ».</p> <p>« Coordination des soins, accès aux résultats des examens par les pharmaciens, évite la perte de documents, accès simple et rapide ».</p> <p>« Coordination des soins ».</p> <p>« Coordination des soins ».</p> <p>« Coordination, vérification voire adaptation du traitement en fonction des analyses biologiques ».</p> <p>« Lien entre les professionnels de santé pour garantir une bonne prise en charge des patients ».</p> <p>« Coordination entre professionnels de santé ».</p>	<p>« Les patients doutent de la sécurité et ont peur de se faire pister ».</p> <p>« Nécessite pour sa consultation et son alimentation l'accord constant du patient ».</p> <p>« Patients qui ne veulent pas tout exposer à tous les professionnels de santé concernés ».</p> <p>« Patient réfractaire, tous les soignants ne l'alimentent pas systématiquement ».</p> <p>« Sorte de fichage ».</p> <p>« Complexe ».</p> <p>« Il faudrait une généralisation pour une meilleure utilisation ».</p> <p>« Difficile à comprendre pour les patients notamment les personnes âgées ».</p> <p>« Chronophage ».</p> <p>« Lourdeur de certains dossiers ».</p> <p>« Côté virtuel pour personnes âgées, absence pour ayants droits ».</p> <p>« Certaines informations peuvent être masquées, donc ne pas se fier seulement aux infos lisibles, tous les professionnels de santé doivent l'alimenter pour obtenir un dossier fiable ».</p> <p>« Les infos arrivent et ne sont pas triées donc difficile pour le médecin de s'y retrouver et charge de travail supplémentaire pour l'alimenter ».</p> <p>« Il n'est pas obligatoire, donc beaucoup de patients vont être contre alors que ça pourrait leur être utile... ».</p> <p>« Peu. Si manquement à la sécurisation des données, infos visibles par personne X</p> <p>Manque de discrétion quand professionnel de santé dans la famille mais possibilité de « le bloquer » et l'empêcher de voir les données ».</p>
REGROUPEMENT INFOS	UTILISATION
<p>« Pouvoir connaître tous les traitements en cours pour un patient et avoir accès à ses analyses biologiques »</p> <p>« Permet un accès rapide aux informations patients »</p> <p>« Accessible par les professionnels de santé et le patient, vérification d'absence d'interaction plus profonde qu'avec le DP, les analyses laboratoires »</p> <p>« Regroupement de toutes les infos »</p> <p>« Centraliser le dossier médical du patient et les infos le concernant. »</p> <p>« Tout sur la Carte Vitale »</p>	<p>« Un trop grand flux d'informations ».</p> <p>« Praticité et mise en œuvre à l'officine »</p> <p>« Pas disponible sur tous les logiciels et version Windows (chez nous nécessite rachat de pc car version Windows 10 obsolète) ».</p> <p>« Manque de formation pour les ouvrir en pharmacie ».</p> <p>« On ne sait pas encore l'utiliser ».</p> <p>« Tout le monde doit jouer le jeu...Et hôpital ? ».</p> <p>« Seul le médecin peut le lire. Application du secret médical ».</p> <p>« Logiciel métier peu adapté à l'accès et à l'alimenter ».</p>

<p>« On pourrait visualiser les analyses sanguines pour vérifier les posologies et avoir les comptes rendus spécialiste ou hospitaliers pour enfin savoir exactement les pathologies ! »</p> <p>« Outils regroupant l'ensemble des informations du patient ».</p> <p>« Historique patient ».</p> <p>« Tout est réuni au même endroit ».</p> <p>« Connaître la biologie ».</p> <p>« Valeur de la fonction rénale pour adaptation posologie (++ lors réalisation bilans médication) ».</p> <p>« Meilleure connaissance du patient par tous les professionnels de santé ».</p> <p>« Consulter le parcours soin du patient ».</p> <p>« Données regroupées et disponibles ».</p> <p>« Consultation des résultats biologiques si enregistrés dessus ».</p> <p>« Historique patient ».</p>	<p>« Les généralistes ne peuvent toujours pas l'alimenter ».</p> <p>« Nous n'y avons pas accès ».</p> <p>« On n'y a pas à accès pour le moment !!!!! ».</p> <p>« Peu de choses ouvertes (ou en projet d'ouverture). Accès aux comptes rendus pour une explication de changement de traitement, résultats biologiques etc. ».</p> <p>« Pour le moment pouvoir y accéder ».</p> <p>« Mots de passe trop compliqués ».</p> <p>« Pas d'ouverture directe avec notre logiciel ».</p> <p>« Pas de tri et d'analyse de docs ».</p> <p>« Il n'est pour le moment pas nourri par grand monde ex : pas de logiciel ophtalmo compatible ».</p> <p>« Logiciels non tous compatibles ».</p>
AMELIORATION DES PEC	IMPLICATION
<p>« Suivi des patients, aide à la délivrance et au conseil, indications éventuelles sur la pathologie du patient »</p> <p>« Eviter la redondance de soins et prescription inutile »</p> <p>« Lorsqu'il est complet, il n'a quasiment que des avantages. Suivi régulier du patient, résultats bio accessibles, prise en charge globale et parcours de soin accessible ».</p> <p>« Améliore la prise en charge, moins de risque pour le patient ».</p> <p>« Coordination des traitements ».</p> <p>« Sécurité patient ».</p> <p>« Peut être consulté par tous les professionnels sans que le patient présente tous ses résultats, connaissance des antécédents, allergies ».</p> <p>« Connaître les pathologies du patient et voir les problèmes éventuels avec les prescriptions ».</p> <p>« Permettra d'éviter les doublons d'examen ».</p> <p>« Accessible par les professionnels de santé et patient ».</p> <p>« Approche plus globale que DMP permettra de mieux travailler et d'éviter des erreurs</p> <p>Moins déranger les médecins ou labos d'analyses car plus d'infos accessibles</p> <p>Décision rapide en cas d'urgence ».</p> <p>« Amélioration du suivi du patient dans son parcours de soins ».</p>	<p>« Demande la participation de tous les intervenants pour un bon fonctionnement ».</p> <p>« Risque de ne pas être alimenté rigoureusement ».</p> <p>« Acte volontaire et pas obligatoire ».</p> <p>« Il faudrait qu'il soit vraiment effectif, alimenté par tous les professionnels et accessible via notre logiciel métier ».</p> <p>« Il faut faire la démarche d'aller le consulter ».</p> <p>« Pas d'alimentation obligatoire pour les médecins qui ne jouent pas le jeu ».</p> <p>« Les médecins ne l'alimenteront probablement jamais... ».</p> <p>« Il faut que tout le monde s'y mette... ».</p> <p>« N'est pas alimenté par les médecins ».</p>
	<p>« Je n'en vois pas pour l'instant (d'inconvénients) ».</p> <p>« Rien à signaler ».</p> <p>« Aucun ».</p>

Après lecture des différentes remarques on peut en tirer quelques points essentiels comme un risque de manque d'utilisation lié à un manque de connaissance de cet outil ou un manque de formation à l'utilisation, un manque de temps, mais principalement à un manque de mise à jour des logiciels, qui est une condition primordiale. Dans les points négatifs pouvant entraîner une sous-utilisation, il y a la crainte des patients d'être « surveillé » selon le ressenti des pharmaciens, une mauvaise compréhension de son intérêt.

En revanche, la majorité des pharmaciens ayant participé au questionnaire sont convaincus que si son utilisation est bien menée, que les acteurs de santé s'impliquent et l'intègrent dans leurs pratiques quotidiennes, cet outil participera à l'amélioration des pratiques coordonnées dans le but d'améliorer la prise en charge des patients et *in fine* de gagner du temps. C'est-à-dire, avoir les informations nécessaires à disposition et pouvoir proposer une prise en charge rapidement et de manière la plus adaptée possible.

La deuxième partie de ce questionnaire portait sur les autres outils à disposition du pharmacien et des professionnels de santé utilisables pour augmenter les communications, la coordination des soins et les pratiques coordonnées.

- **Utilisez-vous une MSSanté ?**

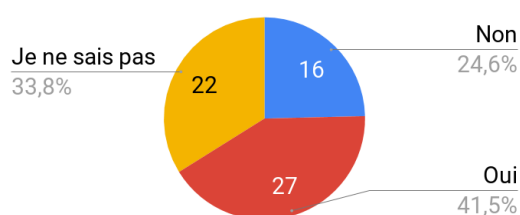


Figure 28: Pourcentage d'utilisation de la Messagerie sécurisée de santé chez les pharmaciens

Concernant les Messageries Sécurisées de Santé, on se rend compte qu'un quart des pharmaciens ayant répondu n'en utilisent pas, que 33,8% (soit 22) ne savent pas donc soit ne connaissent pas soit ne se sont pas impliqués dans ce domaine de la communication et de respect des données à caractère privé. En revanche, 41,5% des pharmaciens interrogés utilisent une messagerie sécurisée

- **Avez-vous déjà entendu parler des dispositifs PAERPA (Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie) ?**

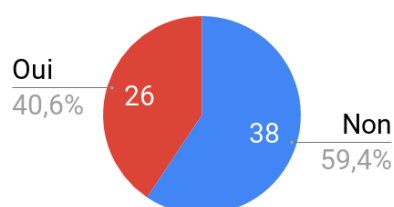


Figure 29: Connaissance du dispositif PAERPA par les pharmaciens

Le dispositif PAERPA est connu par 40,6% des répondants, pour les autres, soit 59,4% ce dispositif de travail leur est inconnu.

- **Avez-vous déjà entendu parler des CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) ?**

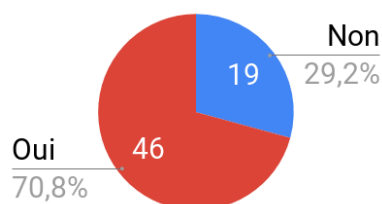


Figure 30: Connaissance des CPTS par les pharmaciens

En mai 2019, 46 pharmaciens sur 65 (70,8%) avaient entendu parler des CPTS. En effet, son développement fait partie des points phares de la loi santé 2022.

- **Pensez-vous que ces dispositifs seront intéressants dans la prise en charge ?**

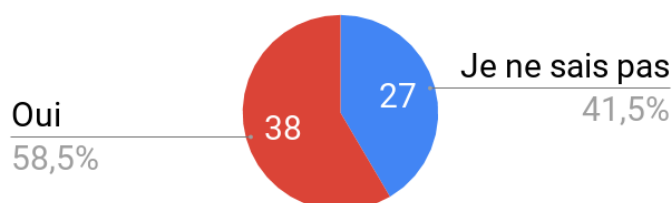


Figure 31: Utilité de des CPTS, PAERPA...dans l'amélioration des prises en charge selon les pharmaciens interrogés

Même si certains répondants paraissaient sceptiques quant à l'utilisation du DMP, la coordination des soins via ces dispositifs (PAERPA et CPTS) paraît mériter plus d'enthousiasme. En effet, personne n'a répondu de manière négative. Plus de la moitié (58,5%) pense que ces nouveaux

dispositifs peuvent être intéressants pour améliorer les prises en charge et la coordination des soins. On note malgré tout 41,5% des pharmaciens qui ne savent pas tellement quoi en penser. Espérons que malgré leur manque d'enthousiasme, ils s'impliqueront dans le circuit des pratiques coordonnées car pour que ce système fonctionne il est nécessaire de réunir des professionnels prêts à s'y investir.

- **Seriez-vous prêt à vous investir au sein d'un de ces dispositifs ?**

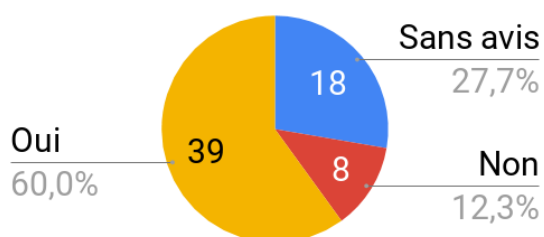


Figure 32: Motivation des pharmaciens dans l'intégration d'une pratique coordonnée

Notons que 60% des pharmaciens sont prêts à s'investir au sein de ces pratiques (ou sont peut-être déjà investis). En revanche, 12,3% des pharmaciens n'y sont pas prêts et 27,7% sont sans avis.

Le nombre d'avis favorable représente plus de la moitié des participants, cependant la question est de savoir si cela sera suffisant ; si on considère ces résultats significatifs.

- **Remarques libres :**

- « Tout cela est abstrait pour l'instant ».
- « Inter-professionnalité = avenir ».
- « Attention aux "ego" de chacun... ».
- « Déjà membre d'une CPTS »
- « Nous faisons déjà partie d'une CPTS ».

b Analyse des résultats :

Si l'on analyse les réponses obtenues on peut dire que le DMP est un outil d'avenir avec lequel les pharmaciens sont prêts à travailler seulement si les logiciels se mettent à jour afin d'y avoir accès facilement. L'implication et l'intégration au quotidien est également conditionné par sa rapidité d'utilisation et sa hiérarchisation claire et précise des documents. Il est primordial que son utilisation soit généralisée à l'ensemble des professionnels de santé sinon l'outil sera obsolète. La crainte des patients n'a pas lieu d'être, le travail du pharmacien est de prendre le temps d'expliquer clairement les choses et de tenir un discours rassurant.

Les dispositifs de travail en collaboration sont amenés à se développer de plus en plus. On note un certain enthousiasme de la part des pharmaciens à s'y investir. Pour les autres on peut se demander si cela vient d'un manque d'information, d'un manque de rémunération par rapport au temps passé, ou bien de ne pas avoir envie de changer ses pratiques habituelles.

Est-ce que le manque de communication autour de ces nouveaux outils ne serait pas la source d'un problème de sous-utilisation ? Si personne n'a jamais présenté la MS Santé à un pharmacien ce dernier ne peut pas l'utiliser car il n'en a pas la connaissance. En effet, il doit se tenir au courant des actualités et des obligations légales mais cela représente parfois beaucoup d'informations. Il est donc souvent utile de solliciter le pharmacien via différents supports (mails, informations laboratoires, flyers, courriers papiers...). Une autre cause peut être la difficulté d'utilisation de ces outils. Pas assez clair, trop compliquée pour créer un compte, interface peu attrayante, etc.

Intéressons-nous au nombre de DMP ouverts par pharmacie.

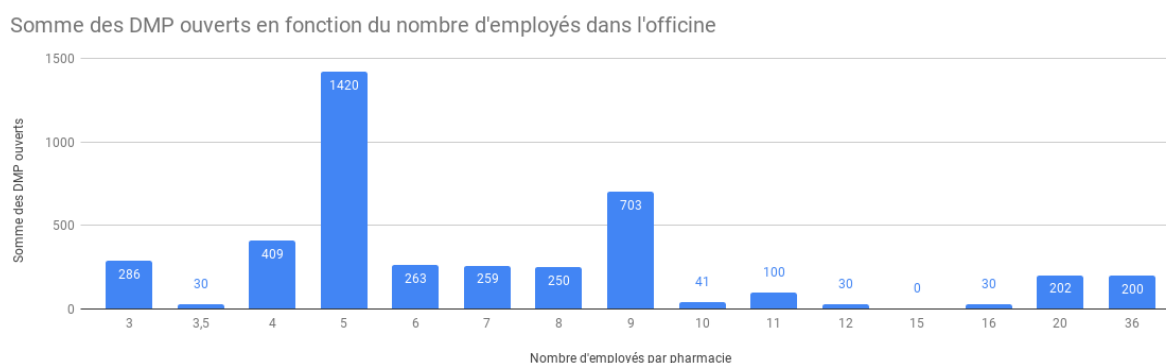


Figure 33: Somme des DMP ouverts en fonction du nombre d'employés dans l'officine

Sur ce graphique, nous avons fait la somme des DMP ouverts par rapport au nombre d'employés au sein d'une officine. La première remarque est que la totalité des pharmacies contenant moins de 10 employés ont ouverts plus de DMP que celles contenant plus de 10 employés. Supposons qu'une pharmacie contenant plus de 10 employés côtoie un nombre de patients plus importants par jour. La question qui se pose est donc : pourquoi les pharmacies contenant plus de 10 employés, donc des pharmacies avec un gros chiffre d'affaire n'ouvrent pas beaucoup de DMP par rapport aux petites pharmacies ? Est-ce à cause d'un manque de proximité avec les patients ? Les patients sont-ils moins fidèles et donc peut-être n'y a-t-il pas de relation de confiance ? Est-ce que cette démarche n'est pas suffisamment rentable pour ces

établissements ? Ou bien est-ce que la clientèle des « grosses pharmacies » n'est-elle pas prête à entendre ce genre d'informations et s'y rend pour d'autres raisons ?

Certes, plus de personnes travaillant dans des petites pharmacies ont répondu au questionnaire par rapport aux plus grandes mais si l'on regarde le graphique ci-après, on voit qu'en faisant les moyennes on obtient la même conclusion.

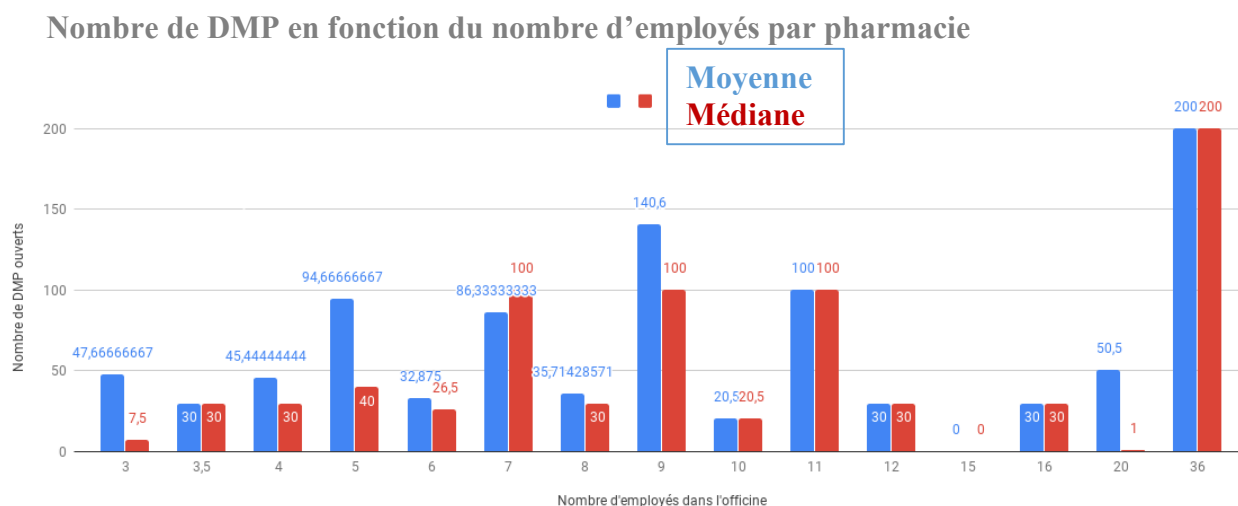


Figure 34: Nombre de DMP ouverts en fonction du nombre d'employés par pharmacie

Ici, nous avons donc fait la moyenne des DMP ouverts par personne en fonction du nombre d'employés. Donc dans une pharmacie contenant 3 employés, un employé a ouvert en moyenne 47,7 DMP. La moyenne n'étant pas toujours significative nous avons calculé la médiane. Si l'on reprend notre exemple, dans une pharmacie contenant 3 employés, une moitié a ouvert 7 DMP ou moins et l'autre moitié 7 DMP ou plus. En effet, les réponses sont très variées et influencent les résultats. Par contre, si l'on regarde les pharmacies contenant 7 employés, la moyenne est environ égale à la médiane. Donc la répartition des réponses est plutôt équilibrée.

LIMITES DU QUESTIONNAIRE :

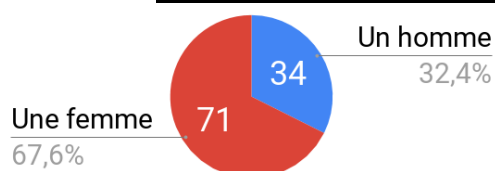
- L'âge des participants aurait pu être un paramètre à prendre en compte. En effet, cela pourrait influencer sur la façon de travailler et l'envie, les capacités de changer ses habitudes de travail, et sur l'implication.
- Les réponses ne prennent pas en compte toutes les pharmacies de toutes les régions, mais seulement un échantillon.
- En France environ 74 000 pharmaciens sont inscrits à l'Ordre (toutes sections confondus) et seulement 65 ont répondu à ce questionnaire. Si l'échantillon est représentatif les résultats peuvent être significatifs mais pour pouvoir l'affirmer il aurait été nécessaire d'obtenir un plus grand nombre de réponses.
- Diffusion sur les réseaux et internet non quantifiable.

3) Questionnaire patient :

Ce questionnaire a été mené durant le mois de mai 2019 sur internet via les réseaux sociaux et en version papier dans quelques pharmacies. Cent cinq réponses ont été obtenues. Questionnaire disponible en Annexe 10.

a Questions et réponses :

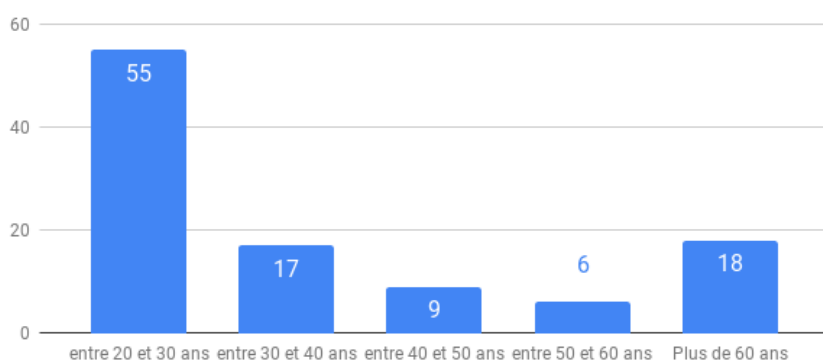
- **Vous êtes un homme ou une femme ?**



Pour ce questionnaire patient, deux tiers des répondants sont des femmes et un tiers sont des hommes.

Figure 35: Pourcentage d'homme et de femme parmi les répondants

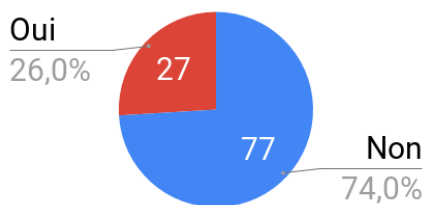
- **Quel âge avez-vous ?**



La moitié des patients ayant répondu à ce questionnaire ont entre 20 et 30 ans. L'autre moitié se répartie assez également entre 30 et plus de 60 ans comme nous le montre le graphique.

Figure 36: Diagramme correspondant à l'âge des répondants

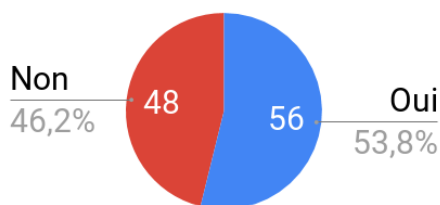
- **Avez-vous une pathologie chronique ?**



Environ trois quart des patients ayant participé à ce questionnaire n'ont pas de pathologie chronique, tandis que 27 en ont une ou plusieurs. En effet, cela est corrélé à l'âge des répondants. Lorsque l'on est jeune, on a moins de risque d'avoir une pathologie chronique.

Figure 37: Présence d'une pathologie chronique ou non chez les répondants

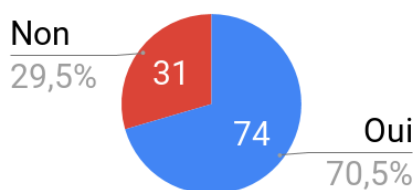
- **Allez-vous voir plusieurs médecins (généralistes ou spécialistes) ?**



On note que même sans avoir de pathologie chronique, un patient sur deux est suivi par plusieurs médecins (dentistes, généralistes, ophtalmologues, kinésithérapeutes, cardiologues, diabétologues...).

Figure 38: Est-ce que les répondants vont voir un seul médecin ou plusieurs?

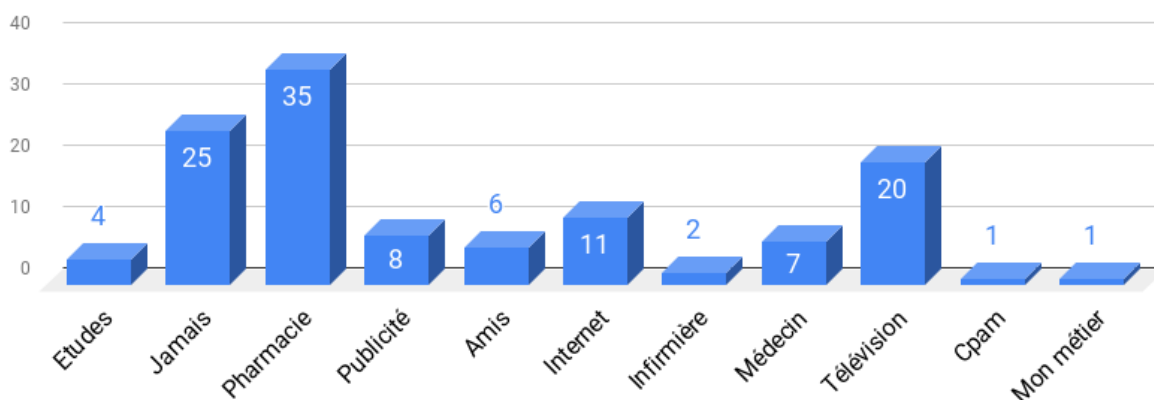
- **Connaissez-vous le Dossier Médical Partagé (DMP) ?**



Parmi les personnes ayant répondu, 31 soit 29,5% ne connaissaient pas le DMP et 74 soit 70,5% ont répondu qu'elles connaissaient.

Figure 39: Connaissance du DMP chez les répondants

- **Par quel biais en avez-vous entendu parler ?**



En mai 2019 lorsque l'information a été relayé, elle émanait du pharmacien en grande majorité suivi de la télévision. Cela montre encore une fois qu'en règle générale le pharmacien s'est plutôt bien impliqué quant au développement du DMP et en a informé ses patients. Depuis les mois de mai - juin des spots publicitaires sont régulièrement diffusés sur les télévisions et à la radio. On remarque également des affiches d'informations chez les médecins, les pharmaciens...

- **Trouvez-vous que l'information concernant le DMP a été bien relayée ?**

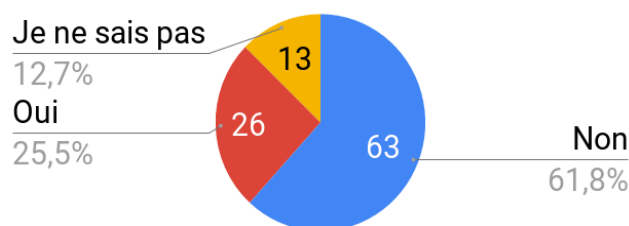


Figure 40: Avis sur la transmission d'informations concernant le DMP

Même si plus de la moitié des répondants ont affirmé qu'ils avaient déjà entendu parler du DMP, ici, une majorité également trouve que l'information n'a pas été assez bien transmise. Presque 13% ne savent pas et 25,5% trouvent qu'au contraire l'information est bien passée auprès de la population.

- **Seriez-vous prêt à ouvrir votre DMP ?**

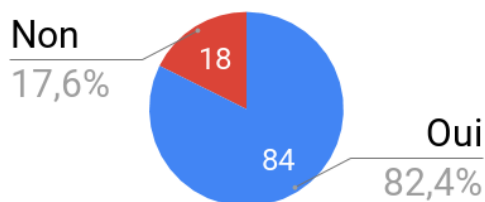


Figure 41: Pourcentage de gens prêts à ouvrir leur DMP suite à ce questionnaire

Plus de trois quart des patients, soit 82,4 % seraient prêt à ouvrir leur DMP et 17,6% ne seraient pas d'accord.

Parmi les 18 personnes réfractaires à l'ouverture d'un DMP, 8 ont une crainte concernant la sécurisation des données concernant leur santé.

- **Si non, pourquoi ?**

- « Ne sais pas ce que c'est », « Je ne connais pas »
- « Qu'on se serve de mes informations »
- « Sécurisation des données »
- « Échec d'une première tentative via la messagerie Amélie et pas d'antécédents particuliers »
- « D'après certain médecin il est très mal fait »
- « Je n'ai pas envie que mon dossier soit lu par n'importe qui »
- « Car les médecins ne remplissent pas le dossier et c'est dommage »
- « Je ne souhaite pas partager des informations à des gens ou des personnes que je n'ai pas choisi préalablement. »
- « Je n'ai pas souvent de problème de santé »
- « Indiscrétion »
- « Secret professionnel pas toujours respecté »
- « Manque de visibilité dans l'avenir. Sentiment que les informations peuvent "fuir" »
- « A voir plus tard »
- « Confidentialité ! et but purement économique ... »

Pour certains, la réticence face à l'ouverture du DMP concerne principalement une crainte concernant la sécurisation des données de santé.

• **Est-ce que vous conseillerez à un ami ou à votre entourage d'ouvrir un DMP ?**

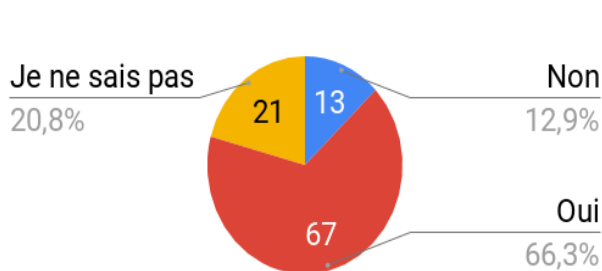


Figure 42: Est-ce que les répondants sont prêt à conseiller l'ouverture d'un DMP suite au questionnaire ?

Plus de la moitié soit 66,3% seraient prêt à conseiller à un de ses proches d'ouvrir son DMP. Cela montre que ces patients sont convaincus de l'utilité et de l'importance de cet outil. En revanche 12,9% ne sont pas prêt à faire cette démarche et 20,8% ne savent pas. Il est donc nécessaire que cet outil fasse ses preuves dans l'avenir afin de convaincre le reste de la population de son importance.

• **Remarques :**

- « Dépend de l'état de santé de la personne »
- « Ce n'est pas encore assez « popularisé »
- « Déjà ouvert pour ma part »
- « Je pensais qu'il y avait déjà tout cela sur la carte vitale... »
- « Je ne conseille pas, j'explique les avantages et les risques éventuels, à lui de faire son choix. »
- « Pourrait être un formidable outil si bien maîtrisé et respecté et consulté... »

b Analyse des résultats :

Selon les résultats obtenus, 7 français sur 10 ont déjà entendu parler du DMP. En janvier 2019, 49% soit 5 personnes sur 10 seulement avaient une notion de DMP. En octobre 2018 cela représentait environ 24%. La communication autour du DMP fonctionne puisqu'une nette augmentation des chiffres est observable.

Les patients sont prêts, en majorité, à ouvrir leur DMP. En revanche, une forte inquiétude pour certains concernant la sécurisation des données est à prendre en compte. A l'avenir, il est nécessaire de renforcer l'information sur la sécurisation des données, de pouvoir avoir des arguments convaincants. En effet, cela ne présente pas plus de risque que de renseigner ses codes de carte bancaire sur internet ou encore d'avoir un smartphone connecté à plusieurs applications comme une banque en ligne, un compte Améli... Aucun système n'est infailible mais le DMP est hébergé sur des serveurs ultra sécurisés qui ne revendent pas les données.

LIMITES DU QUESTIONNAIRE :

- Un plus grand nombre de personnes jeunes qui ont répondu avec potentiellement moins de pathologies chroniques donc avec moins d'intérêt d'ouvrir un DMP.
- Une centaine de réponses ont été obtenues, ce qui représente un petit échantillon au niveau de la population.
- Diffusion sur les réseaux sociaux et internet non quantifiable.

• CONCLUSION / DISCUSSION

De nombreux outils sont d'ores et déjà disponibles pour le pharmacien et les professionnels de santé afin de faciliter leur travail de collaboration et de coordination des soins. Le problème aujourd'hui est qu'ils ne sont pas ancrés dans les habitudes de travail. Soit par un manque d'implication, soit par manque d'information autour de ces applications ou bien encore par manque de compatibilité des logiciels. Cette dernière raison constitue la plus importante, il est nécessaire que les développeurs de logiciels se mettent à jour. Restera à voir par la suite l'augmentation tarifaire des locations de logiciel suite à ces améliorations apportées.

Malgré plusieurs tentatives de développement du DMP, cette fois-ci, plus de moyens ont été mis en œuvre et les résultats sont prometteurs par rapport aux nombres d'ouvertures. Mais qu'en sera-t-il de l'utilisation dans les mois à venir ? Le DMP connaîtra-t-il le même avenir que les années précédentes ?

En 1999, substitution des princeps par les génériques. En 2007, développement et ouverture par les pharmaciens du Dossier Pharmaceutique. Des nouveautés à intégrer au quotidien des patients, grâce à un discours rassurant, des explications précises et claires, une confiance en son professionnel de santé : tout cela prend du temps avant d'être ancré dans les pratiques. Il sera de même pour le DMP. Avec trop peu de recul, les patients restent méfiants. Combien de temps faudra-t-il avant de pouvoir intégrer le DMP dans nos pratiques ? Est-ce que les pratiques de soins coordonnées en seront les vecteurs ?

Face à un système de santé devenu inadapté, le volet "Accélérer le virage numérique" issu de Ma Santé 2022 vise à s'appuyer sur le numérique pour optimiser le parcours de soins et libérer du temps aux professionnels de santé. Une nouvelle architecture s'impose pour développer les outils numériques utiles aux patients et aux différents acteurs de la santé. Le partage et l'échange d'informations, la simplification et la fluidité du parcours de soins, le déploiement des outils et des fonctionnalités nécessaires au développement de la e-santé sont au cœur des orientations de la stratégie de transformation du système de santé.

L'amendement de mars 2019 concernant la réforme de santé 2022, prévoit que le pharmacien puisse délivrer des médicaments à prescription obligatoire dans un cadre très précis. Pour certaines pathologies comme une cystite ou bien encore utiliser des TROD pour le dépistage de l'angine, possibilité également d'ajuster la posologie de certains médicaments dans le cadre d'une pathologie chronique. Tout cela à condition d'exercer dans une démarche d'exercice coordonné, en respectant les protocoles définis par la Haute Autorité de Santé (HAS). Un décret fixe les conditions d'application, notamment les conditions de formation préalable des pharmaciens et les modalités d'information du médecin traitant. (53)

Cette mesure tend ainsi à inciter les pharmaciens à participer aux futures équipes de soins pluridisciplinaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

L'implication du pharmacien au sein du parcours de santé est grandissante et lui permet de pouvoir s'investir de plus en plus dans des projets de santé. Néanmoins, il faut qu'il sache rester à sa place sous peine de dégrader les relations qu'il peut avoir avec le médecin traitant par exemple, qui pour la plupart voient ces missions d'un œil critique.

Communiquer et s'entraider c'est l'avenir de notre métier !

• BIBLIOGRAPHIE

1. loi_HPST.pdf [Internet]. [cité 27 janv 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf
2. 2017-77-Avenant-11-Convention-Pharmaceutique-signé.pdf [Internet]. [cité 7 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.uspo.fr/wp-content/uploads/2017/07/2017-77-Avenant-11-Convention-Pharmaceutique-sign%C3%A9.pdf>
3. N° 2208 - Rapport sur la mise en application de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (M. Jean-Michel Dubernard) [Internet]. [cité 7 févr 2019]. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i2208.asp#P180_32953
4. Rapport coulomb [Internet]. [cité 27 janv 2019]. Disponible sur: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:sx2kUliPAF4J:esante.gouv.fr/sites/default/files/Rapport_Coulomb.pdf+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr
5. Rapport de 2007 DMP [Internet]. [cité 7 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000713.pdf>
6. rapport_cout_dossier_medical_personnel_2012.pdf [Internet]. [cité 7 févr 2019]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_cout_dossier_medical_personnel.pdf
7. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
8. Snapshot [Internet]. [cité 7 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/indre-et-loire/pharmacien/actualites/deja-3-millions-de-dmp>
9. CP_3M_DMP.pdf [Internet]. [cité 7 févr 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_3M_DMP.pdf
10. DP_5_millions_de_DMP.pdf [Internet]. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_5_millions_de_DMP.pdf
11. Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 | CNIL [Internet]. [cité 7 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees>
12. pdf_6_etapes_interactifv2.pdf [Internet]. [cité 7 févr 2019]. Disponible sur: https://www.cnil.fr/sites/default/files/atoms/files/pdf_6_etapes_interactifv2.pdf
13. Snapshot [Internet]. [cité 25 avr 2019]. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/labels-certifications/hds/liste-des-herbergeurs-agrees>
14. 08-services-publics-numeriques-en-sante-Tome-2.pdf [Internet]. [cité 10 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2018-01/08-services-publics-numeriques-en-sante-Tome-2.pdf>
15. Avenants [Internet]. [cité 26 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-reference/textes-conventionnels/avenants>
16. Ameline P. Le DMP, un mauvais concept, porté par le mauvais acteur au mauvais moment [Internet]. [cité 17 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.atoute.org/n/article377.html>
17. Traitements des données de santé par messagerie sécurisée Autorisation unique AU-037 | CNIL [Internet]. [cité 7 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/declaration/au-037-traitements-des-donnees-de-sante-par-messagerie-securisee>
18. Délibération de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. 2014-239 juin 12, 2014.
19. Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

20. Code de la santé publique - Article L1110-4. Code de la santé publique.
21. Code de la santé publique - Article L1111-8. Code de la santé publique.
22. Décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2006-6 janv 4, 2006.
23. Décret n° 2018-137 du 26 février 2018 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel | Legifrance [Internet]. [cité 7 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2018/2/26/SSAZ1733293D/jo/texte>
24. hds_referentiel_de_certification_v1.1f_mai2018.pdf [Internet]. [cité 13 févr 2019]. Disponible sur: https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/hds_referentiel_de_certification_v1.1f_mai2018.pdf
25. Hébergement des données de santé [Internet]. [cité 13 févr 2019]. Disponible sur: <http://esante.gouv.fr/labels-certifications/hebergement-des-donnees-de-sante>
26. 80f87501-1f34-4828-88bf-47e301f93517.pdf [Internet]. [cité 7 févr 2019]. Disponible sur: https://www.mssante.fr/documents/16106/73317/DOSSIER_DE_PRESSE_MSSANTE_FEVRIER+2018.pdf/80f87501-1f34-4828-88bf-47e301f93517
27. 08-services-publics-numeriques-en-sante-Tome-2.pdf [Internet]. [cité 10 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2018-01/08-services-publics-numeriques-en-sante-Tome-2.pdf>
28. APICRYPT - Actualités [Internet]. [cité 17 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.apicrypt.org/>
29. Le dossier communicant [Internet]. Le dossier communicant. [cité 10 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.globule.net/>
30. Outil de coordination autour du domicile - LISA | www.paerpa-paris.fr [Internet]. [cité 16 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.paerpa-paris.fr/nos-actions/suivi-des-actions/prevenir/outil-coordination>
31. LISA : Lien Santé [Internet]. [cité 16 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.lisa.sante-idf.fr/pro/#/login>
32. DGOS. Le programme Territoire de Soins Numérique - TSN [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 18 avr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/tsn/article/le-programme-territoire-de-soins-numerique-tsn>
33. PAACO | TSA Institutionnel [Internet]. [cité 28 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.tsa-esante.fr/services/paaco>
34. MonSisra « GCS SARA [Internet]. [cité 28 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.sante-ra.fr/services/monsisra/>
35. eTICSS « GCS E-Santé Bourgogne [Internet]. [cité 14 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.esante-bourgogne.fr/eticss/>
36. ARDOC IDF » TerriS@nté [Internet]. [cité 10 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.ardoc.fr/actions/terrisante>
37. Le parcours santé des aînés (Paerpa) - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 14 févr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/>
38. Code de la santé publique - Article L1434-12. Code de la santé publique.
39. Santé M des S et de la. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 10 mars 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/>
40. dgos_cc_2018_02_16_a_web_pages_hd.pdf [Internet]. [cité 5 mai 2019]. Disponible

- sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_cc_2018_02_16_a_web_pages_hd.pdf
41. Rapport+-+Développer+la+prévention+en+France.pdf [Internet]. [cité 17 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/429901/2024808/version/4/file/Rapport+-+D%C3%A9velopper+la+pr%C3%A9vention+en+France.pdf>
 42. DGOS. La société interprofessionnelle de soins ambulatoires - SISA [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 23 mars 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/la-societe-interprofessionnelle-de-soins-ambulatoires-sisa>
 43. DGOS. Le groupement de coopération sanitaire - GCS [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 23 mars 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/article/le-groupement-de-cooperation-sanitaire-gcs>
 44. Perte d'autonomie des personnes âgées et autonomie des personnes handicapées | CNSA [Internet]. [cité 26 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/qui-sommes-nous/missions>
 45. Sophie D. Haute Autorité de santé. 2018;74.
 46. DGOS. La téléconsultation [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 18 avr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/la-teleconsultation>
 47. avenant_6_-_texte.pdf [Internet]. [cité 3 oct 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/451403/document/avenant_6_-_texte.pdf
 48. La télémedecine [Internet]. [cité 18 avr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/la-telemedecine>
 49. Arrete_du_20-10-16__JO_23-10-16_-convention_medicale.pdf [Internet]. [cité 3 oct 2019]. Disponible sur: https://convention2016.ameli.fr/wp-content/uploads/2016/12/Arrete_du_20-10-16__JO_23-10-16_-convention_medicale.pdf
 50. Arrêté du 2 septembre 2019 portant approbation de l'avenant n° 15 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.
 51. Guide_MSP_ARS_HNormandie.pdf [Internet]. [cité 2 mai 2019]. Disponible sur: http://www.urps-sf-idf.fr/wp-content/uploads/2015/10/Guide_MSP_ARS_HNormandie.pdf
 52. hcaam_seance_23_mars_2017_-_medecine_specialisee.pdf [Internet]. [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_seance_23_mars_2017_-_medecine_specialisee.pdf
 53. Assemblée nationale ~ SYSTÈME DE SANTÉ (no 1681) - Amendement no 1487 [Internet]. [cité 17 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/15/amendements/1681/CION-SOC/AS1487.asp>

● ANNEXES

Annexe 1 :



Version du 12/04/2018
(V2.1.0)

Matrice d'habilitations des professionnels de santé (conditions d'accès en lecture aux types de documents selon la profession ou la discipline)

Page 1/2

L'accès au DMP d'un patient est réservé aux professionnels de santé expressément autorisés ou réputés autorisés du fait de leur appartenance à son équipe de soins. Lesdits professionnels ne peuvent accéder qu'aux catégories de données prévues au titre de la présente matrice des habilitations et ne doivent accéder, au sein de ces catégories, qu'aux seules données strictement nécessaires à la prise en charge du patient. L'attention des professionnels de santé est attirée sur le fait que l'ensemble des accès et actions sur un DMP est tracé dans le système DMP. Ces traces sont consultables et utilisables à tout moment par le titulaire du DMP. Ce dernier est également notifié, par tout moyen, de tout premier accès d'un professionnel de santé à son dossier médical partagé. Tout accès en dehors des règles précitées est passible d'une peine d'emprisonnement et d'une amende, conformément au droit pénal, sans préjudice des poursuites qui pourraient être engagées devant les juridictions disciplinaires de l'ordre.

			Code profession CPS (a) n													
			Médecins généralistes et spécialistes (dont radiologues, biologistes, libéraux, salariés (hors méd. du travail) Samu-Urgences-C.15, internes	Pharmaciens biologistes et internes	Chirurgiens-dentistes Internes	Sages-femmes	Pharmaciens d'offices et de pharmacies hospitalières, internes et préparateurs	Infirmiers	Kinésithérapeutes	Pédicures-podologues	Orthophonistes	Ergo-thérapeutes, Psycho-motriciens, Orthoptistes, Diététiciens	Audio-prothésistes, Métiers de l'appareillage	Opticiens-lunetiers	Manipulateurs d'électroradiologie médicale	
			10	21 (b)	40	50	21 (b)	60, 69	70	80	91	92, 94, 95, 96	26, 81, 82, 83, 84, 85	28	98	
Classe de document (classCode)			Type de document													
Code	Intitulé (classCode/Display/Name)	Code LOINC (TypeCode)	Intitulé (TypeCode/Display/Name)													
10	Comptes rendus															
		11488-4	CR ou fiche de consultation ou de visite	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	
		11506-3	CR ou fiche de suivi de soins par auxiliaire médical	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
		11493-4	CR hospitalier (séjour)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
		11490-0	Lettre de sortie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
		46241-6	CR d'admission	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	
		15507-7	CR de passage aux urgences	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	
		11502-2	CR d'examen biologique	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
		11526-1	CR d'anatomie et de cytologie pathologiques	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	
		11528-7	CR d'imagerie médicale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
		27899-4	CR d'acte diagnostique (autre)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
		24511-6	CR de télé-médecine (télé-consultation)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
		34794-8	CR de réunion de concertation pluridisciplinaire	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
	BIL AUTO (d)		CR de bilan d'évaluation de la perte d'autonomie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
	47420-5		CR de bilan fonctionnel (par auxiliaire médical)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	39256-3		CR d'acte diagnostique à visée préventive ou de dépistage	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
	34749-2		CR de consultation pré-anesthésique	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	10213-7		CR d'anesthésie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
	34874-8		CR opératoire	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
	15508-5		CR d'accouchement	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
	11505-5		CR d'acte thérapeutique (autre)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
	29554-3		CR d'acte thérapeutique à visée préventive	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
11	Synthèses															
	SYNTH (d)		Synthèse	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	14133-9		Synthèse d'épisode de soins	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

- (a) La CPS est requise pour l'authentification du professionnel de santé et le contrôle de ses habilitations.
(b) La profession des pharmaciens (code profession 21) se subdivise en deux colonnes assorties d'habilitations propres, selon leur section d'appartenance (table G05 de la CPS) :
- Les pharmaciens biologistes sont inscrits dans l'une des deux sections G (pharmacien biologiste) et EG (DOM - pharmacien biologiste)
- Les pharmaciens d'officine et hospitaliers inscrits dans l'une des sections A, DA, DM, DH, EA, ED, EH ou H (Titulaire ou Adjoint)
- Les pharmaciens inscrits dans d'autres sections ne sont pas habilités à accéder au DMP.
(c) Les listes de références d'objets d'imagerie DICOM produites dans le cadre d'une procédure d'imagerie médicale sont typées d'après la procédure qui a produit ces objets d'imagerie. Ce typage constituera une nomenclature complémentaire, propre à ces documents, à paraître.
(d) Les codes temporaires ou spécifiques attribués à l'élément typeCode par l'ASIP s'appuient sur l'OID 1.2.250.1.213.1.1.4.12.

This material contains content from LOINC® (<http://loinc.org>). The LOINC table and LOINC codes are copyright © 1995-2017, Regenstrief Institute, Inc. and the Logical Observation Identifiers Names and Codes (LOINC) Committee, and is available at no cost under the license at <http://loinc.org/license>



Version du 12/04/2018
(V2.1.0)

Matrice d'habilitations des professionnels de santé (conditions d'accès en lecture aux types de documents selon la profession ou la discipline)

Page 2/2

L'accès au DMP d'un patient est réservé aux professionnels de santé expressément autorisés ou réputés autorisés du fait de leur appartenance à son équipe de soins. Lesdits professionnels ne peuvent accéder qu'aux catégories de données prévues au titre de la présente matrice des habilitations et ne doivent accéder, au sein de ces catégories, qu'aux seules données strictement nécessaires à la prise en charge du patient. L'attention des professionnels de santé est attirée sur le fait que l'ensemble des accès et actions sur un DMP est tracé dans le système DMP. Ces traces sont consultables et utilisables à tout moment par le titulaire du DMP. Ce dernier est également notifié, par tout moyen, de tout premier accès d'un professionnel de santé à son dossier médical partagé. Tout accès en dehors des règles précitées est passible d'une peine d'emprisonnement et d'une amende, conformément au droit pénal, sans préjudice des poursuites qui pourraient être engagées devant les juridictions disciplinaires de l'ordre.

(V2.1.0)

			Médecins généralistes et spécialistes (dont radiologues, biologistes, libéraux, salariés (hors méd. du travail) Samu-Urgences-C.15, internes	Pharmaciens biologistes et internes	Chirurgiens-dentistes Internes	Sages-femmes	Pharmaciens d'offices et de pharmacies hospitalières, internes et préparateurs	Infirmiers	Kinésithérapeutes	Pédicures-podologues	Orthophonistes	Ergo- thérapeutes, Psycho- motriciens, Orthoptistes, Diététiciens	Audio- prothésistes, Métiers de l'appareillage	Opticiens- lunetiers	Manipulateurs d'électro- radiologie médicale
Code profession CPS (a) ⇨			10	21 (b)	40	50	21 (b)	60, 69	70	80	91	92, 94, 95, 96	26, 81, 82, 83, 84, 85	28	98
Classe de document (classCode)	Type de document														
Code	Intitulé (classCode/Display/Name)	Code LOINC (typeCode)	Intitulé (typeCode/Display/Name)												
31	Imagerie médicale														
	Code procédure variable (c)		Nom de la procédure à l'origine d'objets d'imagerie accessibles en format DICOM	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
	52040-3	Document encapsulant une image d'illustration non DICOM		X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
42	Traitements prescrits ou administrés														
	29551-9	Prescription de médicaments		X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
	52521-2	Prescription de soins		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	52063-5	Prescription (autre)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
43	Dispensations														
	29550-1	Dispensation médicamenteuse		X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
	DISP_AUT (d)	Dispensation (autre)		X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
44	Plans de soins, protocoles de soins														
	18776-5	Plan personnalisé de soins		X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
	PROT_ALD (d)	Protocole de soins ALD		X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
52	Certificats et déclarations														
	CERT_DECL (d)	Certificat, déclaration		X	X	X	X	X	X	X	X	X			
60	Données de remboursement														
	REMB (d)	Données de remboursement		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
90	Expression du titulaire														
	EXPPAT_1 (d)	Volontés et droits du patient		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	EXPPAT_2 (d)	Document du patient		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

- (a) La CPS est requise pour l'authentification du professionnel de santé et le contrôle de ses habilitations.
(b) La profession des pharmaciens (code profession 21) se subdivise en deux colonnes assorties d'habilitations propres, selon leur section d'appartenance (table G05 de la CPS) :
- Les pharmaciens biologistes sont inscrits dans l'une des deux sections G (pharmacien biologiste) et EG (DOM - pharmacien biologiste)
- Les pharmaciens d'officine et hospitaliers inscrits dans l'une des sections A, DA, DM, DH, EA, ED, EH ou H (Titulaire ou Adjoint)
- Les pharmaciens inscrits dans d'autres sections ne sont pas habilités à accéder au DMP.
(c) Les listes de références d'objets d'imagerie DICOM produites dans le cadre d'une procédure d'imagerie médicale sont typées d'après la procédure qui a produit ces objets d'imagerie. Ce typage constituera une nomenclature complémentaire, propre à ces documents, à paraître.
(d) Les codes temporaires ou spécifiques attribués à l'élément typeCode par l'ASIP s'appuient sur l'OID 1.2.250.1.213.1.1.4.12.

This material contains content from LOINC® (<http://loinc.org>). The LOINC table and LOINC codes are copyright © 1995-2017, Regenstrief Institute, Inc. and the Logical Observation Identifiers Names and Codes (LOINC) Committee, and is available at no cost under the license at <http://loinc.org/license>

Annexe 2 :

► Comptes-rendus	
	CR d'accouchement
	CR d'acte diagnostique (autre)
	CR d'acte thérapeutique (autre)
	CR d'admission
	CR d'anesthésie
	CR de bilan d'évaluation de la perte d'autonomie
	CR de bilan fonctionnel (par auxiliaire médical)
	CR de consultation pré-anesthésique
	CR de passage aux urgences
	CR de réunion de concertation pluridisciplinaire
	CR de télé-médecine
	CR hospitalier (séjour)
	CR opératoire
	CR ou fiche de consultation ou de visite
	Lettre de liaison à la sortie d'un établissement de soins
► Imagerie médicale	
	CR d'imagerie médicale
	Document encapsulant une image d'illustration non DICOM
► Synthèses	
	Note de transfert (dont lettre de liaison à l'entrée en établissement de soins)
	Synthèse
	Synthèse d'épisode de soins
	Synthèse du dossier médical
► Traitements et soins	
	CR d'administration de médicaments
	CR ou fiche de suivi de soins par auxiliaire médical
	Dispensation médicamenteuse
	Dispensation (autre)
	Plan personnalisé de soins
	Prescription de médicaments
	Prescription de soins
	Prescription (autre)
	Protocole de soins ALD
► Biologie	
	CR d'anatomie et de cytologie pathologiques
	CR d'exams biologiques
► Prévention	
	CR d'acte diagnostique à visée préventive ou de dépistage
	CR d'acte thérapeutique à visée préventive
Certificats, déclarations	
Données de remboursement	
Documents dont je suis l'auteur	
	Directives anticipées
	Document du patient

Annexe 3 :

GLOBULE

Dossier mobile communicant

- sur simple abonnement
- dans votre navigateur internet
- mutualisé, multi-établissements
- 100% web, mode SaaS (hébergé)
- accès hors site : libéraux, PH, réseaux de santé, MSP...
- sécurité : gestion des droits, authentification forte...
- agrément INS-C
- DMP-compatible
- messagerie sécurisée (MSSanté)

Pour en savoir plus :
www.globule.net

Pour nous contacter
ou pour une démonstration à distance :
Tél. : +33 (0)5 57 02 00 72
contact@globule.net

GLOBULE est édité par Ki-Lab

Ki-Lab est créée en 2006 par des pionniers de l'informatisation du dossier de l'usager, créateurs du logiciel Actipdos en 1994. L'équipe apporte une longue expérience de déploiement de dossiers informatisés au service de son application web, mobile et communicante.

Ki-Lab - 4 allée Georges Brus
33600 Pessac - France



Votre Dossier Unique médico-social et santé



GLOBULE

GLOBULE

Du projet personnalisé au suivi d'activité

Quoi ?

- dossier unique communicant de l'usager (médico-social) ou du patient (sanitaire)
- dossier administratif, social, éducatif, médical ou médico-psychologique
- accompagnement, projet personnalisé, plan d'action

Qui ?

- l'ensemble des professionnels d'un même site (coordination pluri-disciplinaire)
- les directeurs d'association ou d'établissement (pilotage, indicateurs)
- les professionnels libéraux et intervenants externes (médecins, infirmières, kinés, ergothérapeutes, HAD, services à domicile...)
- les professionnels au domicile (libéraux, coordinateurs des réseaux, aidants-familiaux...)

Où ?

- en ligne sur internet
- PC, Mac, Linux
- applications natives : smartphones et tablettes
- hébergé chez Orange™, agréé par le ministère de la santé





Annexe 4 :



Paerpa - Un parcours mieux coordonné

Annexe 5 :

PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ (PPS)

Suivi du PPS		Nom :	SKO	Prénom :	née le 11 avril 1937
Préférences de la personne Retrouver son autonomie					
Priorités					
Suivi	Date	Professionnels ayant élaboré le PPS	Priorité actuelle de la personne	Problèmes identifiés et classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux	Résumé de l'atteinte des objectifs partagés
Initiation	6 juin 2013	Médecin traitant IDEC SSIAD IDE ETP Gériatre	Difficultés à se déplacer liées à une phobie de la chute	1 : déplacement et risque de chute lié à la phobie et à une dénutrition modérée (sans facteur articulaire) pas de kiné disponible allant à domicile ; 2 : suivi acceptation des nouveaux intervenants médecin traitant et SSIAD par le mari 3 : médicament risque iatrogénique élevé 4 : mise en place d'aides/AVQ	
Point d'étape 1	Septembre 2013				
Point d'étape 2					

HAS / Service des Maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades / Juillet 2013
30

PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ (PPS)

La personne et ses contacts utiles					
N° du PPS : 1		Coordonnateur du PPS : nouveau médecin traitant			Date : xx/xx/xxxx
Informations sur la personne					
Adresse :		Consentement à l'échange d'informations contenues dans le PPS : <input type="checkbox"/>		ALD <input type="checkbox"/> APA <input type="checkbox"/> Recherche d'hébergement en cours <input type="checkbox"/>	
Aidant :		Téléphone : xx xx xx xx xx	Mail :		
Référénts familiaux/amicaux :		Téléphones : xx xx xx xx xx	Mails :		
Autres informations utiles : numéro de sécurité sociale, informations relatives à la mutuelle, à la caisse de retraite					
Contacts utiles					
Médecin traitant	Tél/mail	Infirmier ETP	Tél/mail		Tél/mail
		SSIAD	Tél/mail	Ergothérapeute	Tél/mail
Infirmier coordonnateur SSIAD	Tél/mail	Kinésithérapeute	Tél/mail	Coordonnateur d'appui (réseau, équipe mobile)	Tél/mail
		CLIC	Tél/mail	Service social (CLIC, CCAS...)	Tél/mail
Pharmacien d'officine	Tél/mail	Assistant social	Tél/mail	Travailleur social (APA...)	Tél/mail
		Gériatre	Tél/mail		

HAS / Service des Maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades / Juillet 2013
31

Check-list d'aide à l'identification des priorités des professionnels (oui / non / ?)

Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables)	Suivi			Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables)	Suivi		
	Initiation	Point d'étape 1	Point d'étape 2		Initiation	Point d'étape 1	Point d'étape 2
Problèmes liés aux médicaments	O			Précarité	O		
- accident iatrogène				- financière	O		
- automédication à risque				- habitat			
- Prise de traitement à risque de iatrogénie grave (psychotropes et/ou diurétiques et/ou anti-thrombotiques et/ou hypoglycémiant)	O			- énergétique			
- problème d'observance							
- adaptation par la personne des traitements (AVK, diurétiques et/ou hypoglycémiant)				Incapacités dans les activités de base de la vie quotidienne	O		
				- soins personnels/toilette	O		
Organisation du suivi	N			- habillage			
- pas de déplacement à domicile du médecin traitant				- aller aux toilettes			
- multiples intervenants				- continence			
- investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques nombreuses ou complexes				- locomotion			
				- repas			
Problèmes de mobilité	O						
- risque de chute	O			Difficultés à prendre soin de soi	O		
- chute(s)	O			- difficultés à utiliser le téléphone			
- phobie post-chute				- difficultés à s'occuper soi-même de la prise des médicaments			
- problèmes de mobilité à domicile				- difficultés à voyager seul			
- problèmes de mobilité à l'extérieur				- difficultés à gérer son budget			
				- difficultés à avoir une alimentation adaptée / dénutrition	O		
Isolation :	O			- refus de soins et d'aides			
- isolement géographique				- situations de maltraitance, quelle qu'en soit la cause			
- faiblesse du réseau familial et/ou social	O						
- isolement ressenti				Soins palliatifs	N		
- Isolement culturel							

HAS / Service des Maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades / Juillet 2013

32

Plan de soins

Suivi	Problèmes	Objectifs partagés	Actions	Intervenants	ETP		Critères d'atteinte des résultats
					Besoin X	Acteur formé O/N	
Initiation	Priorité 1 : phobie de la marche dénutrition	Intégration des « auto-mouvements » dans le quotidien (pas de kiné pour l'instant)	ETP sur l'activité physique et l'appréhension à la marche	IDE ETP	X	O	septembre 2013 : - amélioration du périmètre de marche
		Avoir une alimentation enrichie	ETP sur l'alimentation enrichie tenant compte de ses moyens financiers	IDE ETP	X	O	- poids stable
	Priorité 2 : sécuriser le suivi médical	Éviter le recours aux urgences (5 hospitalisations dans l'année précédente)	Avoir un médecin traitant prenant le tiers payant et se déplaçant à domicile	Médecin traitant			septembre 2013 : diminution du recours aux urgences
	Priorité 3 : limiter le risque iatrogénique	Sécuriser les prises médicamenteuses Savoir réagir à bon escient	Préparation quotidienne des médicaments ETP signes d'alerte et situations à risque	IDE SSIAD IDE ETP	X	O	- maintien du passage du SSIAD dans le temps - compétences acquises
point d'étape 1							

HAS / Service des Maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades / Juillet 2013

33

Plan d'aides							
Suivi	Problèmes	Objectifs partagés	Actions	Intervenants	ETP		Critères d'atteinte des résultats
					Besoin X	Acteur formé O/N	
Initiation	Priorité 4 : incapacités dans les activités de base de la vie quotidienne	Compenser la perte d'autonomie dans la vie quotidienne	Aide à la toilette	IDE SSIAD			septembre 2013 maintien du SSIAD dans le temps
Point d'étape 1							

Annexe 6 :

NOM :	Norm du service :	Médecin traitant :
Prénom :		Infirmier à domicile :
Date de naissance : / /	Numéro de chambre :	Pharmacien d'officine :
IPP :		EHPAD :

[illegible]

*Nom du conciliateur 1 = **Nom du conciliateur 2

Rapport d'expérimentation du projet Med'Rec – Annexe 4

[illegible]

*Nom du compilateur 1 - **Nom du compilateur 2

Rapport d'expérimentation du projet Med'Rec – Annexe 4

Annexe 7 :

PAR MAGALI CLAUSENER

Montant annuel	CPTS taille 1 < 40 000 habitants	CPTS taille 2 Entre 40 et 80 000 hab.	CPTS taille 3 Entre 80 et 175 000 hab.	CPTS taille 4 > 175 000 hab.
Financement du fonctionnement de la CPTS	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €
Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins (socle)				
Volet fixe/moyens	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
Volet variable/actions et résultat*	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
Volet lié à l'organisation des soins non programmés (compensation des professionnels de santé)	10 000 €	12 000 €	15 000 €	20 000 €
Volet supplémentaire lié à l'organisation des soins non programmés (financement spécifique pour le traitement et l'orientation des demandes de soins non programmés)	35 000 €	45 000 €	55 000 €	70 000 €
Missions en faveur de l'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient (socle)				
Volet fixe/moyens	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
Volet variable/actions et résultat*	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
Missions en faveur du développement des actions territoriales de prévention (socle)				
Volet fixe/moyens	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
Volet variable/actions et résultat*	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins (optionnel)				
Volet fixe/moyens	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
Volet variable/actions et résultat*	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire (optionnel)				
Volet fixe/moyens	5 000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
Volet variable/actions et résultat*	5 000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
Financement total possible**	185 000 €	242 000 €	315 000 €	380 000 €

* Les montants mentionnés dans le volet variable/actions et résultat correspondent à un taux d'atteinte de 100 %.

** Ces montants n'intègrent pas le financement spécifique à l'organisation du dispositif de traitement et d'orientation des demandes de soins non programmés.

Source : accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des CPTS.

Annexe 8 :

Date de création	20 janvier 2019
Date de modification	
Structure porteuse du protocole	CPTS Asclépios
Titre du protocole	Dépistage de la BPCO
Thématique générale	Santé publique, pneumologie
Référent	Gilles CONAN Pharmacien
List des professions ou structures impliquées dans la prise en charge	Pharmaciens équipés d'un spiromètre Médecins généralistes équipés d'un spiromètre Pneumologue Kinésithérapeute à orientation pneumologique Médecins généralistes traitants
Objectif général	Dépistage coordonné et prise en charge de tous les patients atteints de BPCO vivant sur le territoire de la CPTS Asclépios
Objectifs secondaires	Prévenir les complications à terme graves des BPCO non diagnostiquées ou sous traitées
Population cible	Tous les patients adultes vivant sur le territoire de la CPTS Asclépios qui présentent une dyspnée non diagnostiquée
Liste des documents associés	
Liste des sources documentaires ou références	
Liste de consultation du protocole	
Liste des professionnels adhérant au protocole	
Liste des professionnels informés du protocole	Tous les professionnels de santé de la CPTS Asclépios
Groupe de travail	Mr Gilles CONAN, Dr Jean-Michel LEMETTRE
Mode de validation du protocole	
Date prévue d'actualisation	31.12.2019
Rôle des Pharmaciens	Défectent dans leur patientèle les patients qui présentent une dyspnée non diagnostiquée Réalisent une spirométrie s'ils sont équipés et adressent au médecin traitant Adressent au médecin traitant s'ils ne sont pas équipés
Rôle des Médecins Généralistes	Défectent dans leur patientèle les patients présentant une dyspnée non diagnostiquée Réalisent une spirométrie s'ils sont équipés et l'interprètent Adressent à un médecin généraliste équipé ou au pneumologue s'ils ne sont pas équipés Les médecins généralistes équipés qui dépistent une BPCO dans leur patientèle la prennent en charge ou l'adressent au pneumologue Les médecins généralistes équipés qui dépistent une BPCO chez un patient qu'ils ne suivent pas le ré adressent à son médecin traitent
Rôle du pneumologue	Prend en charge les patients qui lui sont adressés dans le cadre de ce protocole
Rôle du kinésithérapeute à orientation pneumologique	Participe à la prise en charge des patients BPCO dépistés
Modalités de transmission de l'information	MSS, DMP, futur réseau social CPTS
Critères de suivi	Pourcentage de dépistages positifs sur l'ensemble des examens réalisés Adéquation entre dépistage positif et bilan pneumologique
Critères d'actualisation du protocole	

Annexe 9 :

QUESTIONNAIRE

Dans le cadre de ma thèse de docteur en pharmacie ayant comme sujet, la coordination et la communication entre les différents professionnels de santé dans un but d'amélioration de la prise en charge des patients ; je souhaite faire un petit sondage quant au développement du Dossier Médical Partagé, remis au goût du jour depuis 2018. Je vous remercie pour l'attention que vous porterez à ce questionnaire.

- 1- Vous exercez dans une pharmacie de centre-ville, de quartier ou rurale et quel département ?
- 2- Vous êtes titulaire ou adjoint ?
- 3- L'équipe se compose de combien de personnes ?
- 4- Combien de DMP avez-vous ouverts dans votre pharmacie ?
- 5- Trouvez-vous que le DMP est un outil important et nécessaire ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Sans avis
- 6- Etes-vous prêt à l'alimenter régulièrement ? ☐ Oui ☐ Non
 → Si non
 pourquoi ?
- 7- Pensez-vous être amené à utiliser le DMP régulièrement ? ☐ Oui ☐ Non
 → Si non pourquoi ?
- 8- Pensez-vous que ce nouvel outil facilitera la coordination des soins ?
☐ Oui ☐ Non
 → Si non pourquoi ?
- 9- Avantages du DMP selon vous :
- 10- Inconvénients du DMP selon vous :
- 11- Utilisez-vous une MSSanté ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas
- 12- Avez-vous déjà entendu parler des dispositifs PAERPA (Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie) ?
☐ Oui ☐ Non
- 13- Avez-vous déjà entendu parler des CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) ?
☐ Oui ☐ Non

- 14- Pensez-vous que ces dispositifs seront intéressants dans la prise en charge ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas
 → Si non pourquoi ?

- 15- Seriez-vous prêt à vous investir au sein d'un de ces dispositifs ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas
 → Si non pourquoi ?

- 16- Remarques :

MERCI !

Annexe 10 :

QUESTIONNAIRE

Dans le cadre de ma thèse de docteur en pharmacie ayant comme sujet, la coordination et la communication entre les différents professionnels de santé dans un but d'amélioration de la prise en charge des patients ; je souhaite faire un petit sondage quant au développement du Dossier Médical Partagé, remis au goût du jour depuis 2018. Je vous remercie pour l'attention que vous porterez à ce questionnaire.

- 1- Vous êtes : ☐ un homme ☐ une femme
- 2- Quel âge avez-vous ?
- 3- Avez-vous une pathologie chronique ? ☐ Oui ☐ Non
- 4- Allez-vous voir plusieurs médecins (généralistes ou spécialistes) ? ☐ Oui ☐ Non
- 5- Connaissez-vous le Dossier Médical Partagé (DMP) ? ☐ Oui ☐ Non
- Par quel biais en avez-vous entendu parlé ? (Internet, TV, pharmacien, pub, amis, médecin, infirmière, autre)
-

Le DMP correspond à un carnet de santé électronique sur lequel peut être enregistré toutes les données de santé (compte rendu d'hospitalisation, compte rendu de spécialistes, prescriptions, délivrances des médicaments, vaccination, allergies...). Il peut être visualisé par tout professionnel de santé possédant une Carte de professionnel de santé dans un but d'amélioration de votre prise en charge. Vous avez également la possibilité de gérer votre DMP via l'application ou le site internet et décider de bloquer l'accès de certains documents. Seul le médecin traitant peut avoir accès à l'ensemble des documents.

- 6-Trouvez-vous que l'information concernant le DMP a été bien relayée ?

☐ Oui ☐ Non

- 7-Seriez-vous prêt à ouvrir votre DMP ? ☐ Oui ☐ Non

 → Si non pour quelle raison ?

.....

.....

- 8- est-ce que vous conseillerez à un ami ou à votre entourage d'ouvrir un DMP ?

☐ Oui ☐ Non

- Remarques :

.....

.....

.....

MERCI !

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée DETERNE Justine,.....
Déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. (Décret n°92-657 du 13 juillet 1992)
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

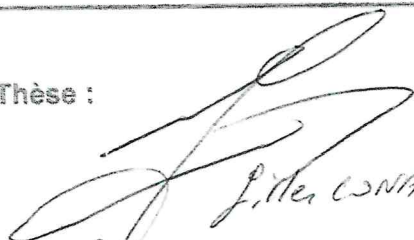
Signature :



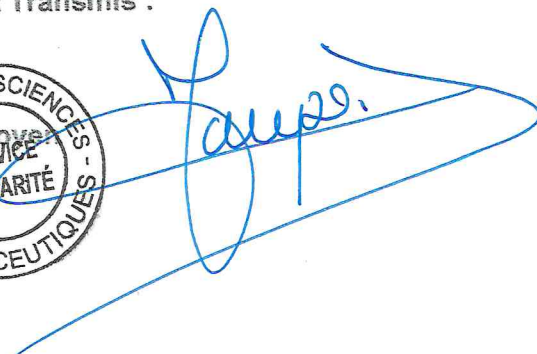
SIGNATURES DU DIRECTEUR DE THESE ET DU DOYEN

Le(s) Directeur(s) de Thèse :

Tours, le :


130320
J. DETERNE

Vu et Transmis :



DETERNE, Justine

TITRE DE LA THÈSE

COLLABORATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ, HARMONISATION DE LA PRISE EN CHARGE DANS L'INTÉRÊT DU PATIENT : LES OUTILS MIS EN PLACE

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Au vue de l'évolution du métier de pharmacien, la collaboration et la coordination entre les différents acteurs de santé semblent être devenues incontournables et nécessaires.

De nombreuses applications et logiciels ont vu leur apparition afin de faciliter ces échanges au quotidien si chacun y contribue.

Nous aborderons dans un premier temps certains outils à la disposition du pharmacien : le Dossier médical partagé, la messagerie sécurisée de santé et enfin les applications de communication interprofessionnelles.

Nous examinerons ensuite différents groupes de travail ou l'implication du pharmacien prend tout son sens.

Pour terminer, nous ferons un état des lieux concernant les connaissances des patients sur le Dossier Médical partagé. Nous interrogerons également les pharmaciens sur le sujet des communautés professionnelles territoriales de santé.

MOTS-CLÉS SIGNIFICATIFS DE SON CONTENU: Coordination, Dossier Médical Partagé, Messagerie sécurisée de santé, Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

JURY

Président : Mme MAUPOIL Véronique, Professeur des Universités, Pharmacien, Faculté de Pharmacie, TOURS

Membres :

M. Gilles CONAN, Pharmacien titulaire, AMBOISE

M. José LUSURIER, Pharmacien, MONTLOUIS-SUR-LOIRE

M. Matthieu JUSTE, Maître de Conférence des Universités, Pharmacien – Faculté de Pharmacie, TOURS

DATE ET LIEU DE SOUTENANCE: le 28 Février 2020 à la Faculté de Pharmacie de Tours