



HAL
open science

La place du dossier médical partagé dans l'exercice officinal

Olivier Robert

► **To cite this version:**

Olivier Robert. La place du dossier médical partagé dans l'exercice officinal. Sciences pharmaceutiques. 2020. dumas-03212236

HAL Id: dumas-03212236

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03212236v1>

Submitted on 29 Apr 2021

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

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

UNIVERSITE DE ROUEN NORMANDIE

UFR SANTE – Département PHARMACIE

Année 2020

N°

THESE

**pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN
PHARMACIE**

Présentée et soutenue publiquement le 27 mars 2020

par

Robert Olivier

Né(e) le 27/04/1991

à Avignon

***La place du Dossier Médical Partagé dans l'exercice
officinal***

Président du jury : *Mme Concé-Chemtob Marie-Catherine,
Maître de conférences, Législation pharmaceutique, Université de
Rouen*

Membres du jury : *Mme Cécile Detuncq, Docteur en Pharmacie,
Professeur Associé, Université de Rouen*

*Mme Félice Popot, Docteur en pharmacie,
Pharmacien titulaire*

Remerciements

Aux membres du jury :

A Madame Marie Catherine CONCE-CHEMTOB, professeur à la faculté de pharmacie de Rouen, merci pour l'honneur d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail de thèse.

A Madame Cécile Detuncq, professeur à la faculté de pharmacie de Rouen, merci d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse.

A Madame Felice POPOT, docteur en pharmacie, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury, et de m'avoir fait confiance lors de mes débuts.

A ma famille :

A ma mère, mon père, merci pour tout ce qu'ils m'ont apporté et fait pour moi.

A ma petite sœur Fannie, mon frère Bruno et ma grande sœur Isabelle.

A mes amis :

A mes gars sûrs du F4LEX, La jauge, Pippin, PAM, Professeur mandibule, Stan, Faf la rage, CJ, Big Lips, Mattéo, Three fingers, La marmotte, GT, Barbe rousse, La maison des schtroumpfs et enfin Poil. Je me rends compte de la chance que j'ai eu de grandir à vos côtés.

A mes gars sûrs du SILEX, Kiki et Jojo.

A mes pharmas, Romain, Beubeu, Tiphaine, Lou, Marie, Alexis, Clément, Alexandre ...

A Max et Rose, merci les moments de détente qui vous m'avez permis au cours de mes études.

A Guerite et Clément.

A Claire, merci de m'avoir accompagné tout le long de mes études et de m'avoir orienté dès le début de celle-ci.

A Manue, merci pour tous ce que tu m'as apporté.

A Juju, merci pour la relecture de ce travail et pour tout ce que tu as fait pour moi.

A mes collègues et anciens collègues

A toute l'équipe de la pharmacie La Vatine, merci pour votre accueil et pour tout ce que vous m'avez appris.

A mes collègues de la pharmacie Audenet et de la pharmacie Eugène Delacroix, Laure, Vanessa, Mayion, Laurine, Stéphanie, Francis, Alexis, Sandrine, Emilie, Laura, et Elise. J'en apprends tous les jours à vos côtés.

A Camille et Olivier, merci de me faire confiance et de votre patience.

Au groupe Pharmagest

Merci d'avoir permis la diffusion de mon questionnaire au sein des officines.

"Le Groupe Pharmagest est le leader français de l'informatique officinale avec plus de 42% de parts de marché.

Avec plus de 1.000 collaborateurs, la stratégie du Groupe Pharmagest s'articule autour d'un cœur de métier : l'innovation informatique au service de la Santé et le développement de 2 axes prioritaires : 1/ les services et technologies à destination des patients et des professionnels de santé, notamment l'accompagnement du pharmacien dans le suivi de l'observance ; 2/ les domaines technologiques capables d'améliorer l'efficacité des systèmes de santé.

Pour servir cette stratégie, le Groupe Pharmagest a développé des métiers spécialisés : informatique officinale, solutions pour la e-Santé, solutions pour les professionnels de santé, solutions pour les laboratoires pharmaceutiques, applications et objets de santé connectés, place de marché en financement des ventes.... Ces activités sont réparties en 4 Divisions : Solutions Pharmacie Europe, Solutions pour les établissements sanitaires et médico-sociaux, Solutions e-Santé et Fintech."

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

| |
|-------------------------|
| <p>PHARMACIE</p> |
|-------------------------|

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

| | |
|---|----------------------|
| Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH) | Pharmacologie |
| Mr Thierry BESSON | Chimie Thérapeutique |
| Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite) | Pharmacologie |
| Mme Isabelle DUBUS | Biochimie |
| Mr Abdelhakim EL OMRI | Pharmacognosie |
| Mr François ESTOUR | Chimie Organique |
| Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH) | Parasitologie |
| Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite) | Toxicologie |
| Mr Michel GUERBET | Toxicologie |
| Mme Christelle MONTEIL | Toxicologie |
| Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH) | Microbiologie |
| Mr Rémi VARIN (PU-PH) | Pharmacie clinique |
| Mr Jean-Marie VAUGEOIS | Pharmacologie |
| Mr Philippe VERITE | Chimie analytique |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

| | |
|--------------------------|-----------------------------|
| Mme Cécile BARBOT | Chimie Générale et Minérale |
|--------------------------|-----------------------------|

| | |
|--|--|
| Mr Frédéric BOUNOURE | Pharmacie Galénique |
| Mr Thomas CASTANHEIRO-MATIAS | Chimie Organique |
| Mr Abdeslam CHAGRAOUI | Physiologie |
| Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO) | Statistiques |
| Mme Elizabeth CHOSSON | Botanique |
| Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB | Législation pharmaceutique et économie de la santé |
| Mme Cécile CORBIERE | Biochimie |
| Mme Nathalie DOURMAP | Pharmacologie |
| Mme Isabelle DUBUC | Pharmacologie |
| Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER | Pharmacologie |
| Mr Gilles GARGALA (MCU-PH) | Parasitologie |
| Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA | Chimie analytique |
| Mme Marie-Laure GROULT | Botanique |
| Mr Hervé HUE | Biophysique et mathématiques |
| Mme Hong LU | Biologie |
| Mme Marine MALLETER | Toxicologie |
| M. Jérémie MARTINET (MCU-PH) | Immunologie |
| Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT | Chimie analytique |
| Mr Mohamed SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mme Malika SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mme Christine THARASSE | Chimie thérapeutique |
| Mr Frédéric ZIEGLER | Biochimie |

PROFESSEURS ASSOCIES

| | |
|-----------------------------------|----------------------|
| Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ | Pharmacie officinale |
| Mme Caroline BERTOUX | Pharmacie |

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

| | |
|----------------------------|---------|
| Mme Mathilde GUERIN | Anglais |
|----------------------------|---------|

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice **MOISAN**

Virologie

M. Henri **GONDÉ**

Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Abdel **MOUHAJIR**

Parasitologie

M. Maxime **GRAND**

Bactériologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla **SALHI**

Pharmacognosie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**

Chimie Générale et minérale

Mr Thierry **BESSON**

Chimie thérapeutique

Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**

Physiologie

Mme Elisabeth **CHOSSON**

Botanique

Mme Marie-Catherine **CONCE-
CHEMTOB**

Législation et économie de la santé

Mme Isabelle **DUBUS**

Biochimie

Mr Abdelhakim **EL OMRI**

Pharmacognosie

Mr François **ESTOUR**

Chimie organique

Mr Loïc **FAVENNEC**

Parasitologie

Mr Michel **GUERBET**

Toxicologie

Mme Martine **PESTEL-CARON**

Microbiologie

Mr Mohamed **SKIBA**

Pharmacie galénique

Mr Rémi **VARIN**

Pharmacie clinique

M. Jean-Marie **VAUGEOIS**

Pharmacologie

Mr Philippe **VERITE**

Chimie analytique

Liste des Abréviations

| | |
|---------|--|
| DMP | Dossier Médical Partagé ou Personnel |
| DP | Dossier Pharmaceutique |
| PUI | Pharmacie d'Usage Intérieur |
| MSD | Merck Sharp et Dohme |
| CIP | Code Identifiant de Présentation |
| ANSM | Agence Nationale de Sécurité du Médicament |
| HAS | Haute Autorité de Santé |
| HPST | Hôpital Patient Santé Territoire |
| SMR | Service Médical Rendu |
| CSP | Code de la Santé Publique |
| MITM | Médicament d'Intérêt Thérapeutique Majeur |
| PMO | Prescription Médicamenteuse Obligatoire |
| AVK | Antivitamine K |
| AOD | Anti-coagulant Oraux Direct |
| FSPF | Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France |
| INR | International Normalized Ratio |
| TROD | Test Rapide d'Orientation Diagnostique |
| USPO | Union des Syndicats des Pharmaciens d'Officine |
| HT | Hors Taxe |
| DROM | Départements et Régions d'Outre-Mer |
| VIH | Virus de l'Immunodéficience Humaine |
| DASRI | Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux |
| CPS | Carte de Professionnel de Santé |
| ASIP | Agence des systèmes d'information partagés |
| GIP-DMP | Groupement d'intérêt public, Dossier médical Personnel |
| CR | Compte Rendu |
| ALD | Affection Longue Durée |

Table des matières

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION | 12 |
| 1. LE CONTEXTE | 14 |
| 1.1 Historique du dossier médical en France..... | 14 |
| 1.1.1 Le carnet de santé | 14 |
| 1.1.2 Droits d'accès au patient à son dossier médical | 15 |
| 1.2 Le Dossier Pharmaceutique : DP | 15 |
| 1.2.1 Présentation | 15 |
| 1.2.2 Le DP patient..... | 16 |
| 1.2.3 Le DP à l'hôpital..... | 18 |
| 1.2.4 Le Portail DP | 18 |
| 1.3 Les nouvelles missions du Pharmacien d'officine | 23 |
| 1.3.1 La Loi HPST du 21 juillet 2009 | 26 |
| 1.3.2 Plan « Ma santé 2022 »..... | 28 |
| 1.3.3 Les entretiens thérapeutiques | 29 |
| 1.3.4 Les bilans partagés de médication | 33 |
| 1.3.5 Test Rapide d'Orientation Diagnostique : TROD..... | 37 |
| 1.3.6 La vaccination antigrippale à l'officine..... | 39 |
| 1.3.7 Soins de premier recours | 43 |
| 1.3.8 Télésanté, télémedecine, téléconsultation, cabine de téléconsultation et télésoin | 44 |
| 1.4 La messagerie sécurisée..... | 48 |
| 1.4.1 Cadre juridique | 49 |
| 1.4.2 Les limites des moyens de communication usuels. | 50 |
| 1.4.3 La Messagerie sécurisée à l'officine | 51 |

| | |
|---|----|
| 1.4.4 Les principales messageries sécurisées en France..... | 51 |
| 2.Le DMP | 53 |
| 2.1 Le projet..... | 53 |
| 2.1.1 Des débuts avortés de 2004 à 2007 | 53 |
| 2.1.2 Rapport de la mission de relance du DMP – 23 avril 2008..... | 55 |
| 2.1.3 Nouvelles Expérimentations en 2010..... | 61 |
| 2.2 Le DMP actuel..... | 62 |
| 2.2.1 Comment ouvrir son DMP ?..... | 62 |
| 2.2.2 Liste exhaustive des personnes habilitées à alimenter le DMP : | 63 |
| 2.2.3 Procédure bris de glace..... | 64 |
| 2.2.4 Liste exhaustive des informations pouvant être présentes sur le DMP : | 64 |
| 2.3 Le patient et son DMP | 65 |
| 2.3.1 Comment consulter son DMP..... | 65 |
| 2.3.2 Directives Anticipées..... | 66 |
| 2.3.3 Le droit de masquage..... | 67 |
| 2.3.4 Bloquer un professionnel de santé..... | 67 |
| 2.3.5 Autres actions possibles pour le patient | 67 |
| 3 CONSULTATION DES PHARMACIENS SUR LE DMP..... | 69 |
| 3.1 Méthodologie..... | 69 |
| 3.1.1 Introduction | 69 |
| 3.1.2 Objectifs..... | 69 |
| 3.1.3 Matériels et Méthodes | 69 |
| 3.2 Le questionnaire | 70 |
| 3.3 Résultats..... | 72 |
| 3.4 Interprétations des résultats | 83 |

CONCLUSION 88

INTRODUCTION

Dans un premier temps le dossier médical du patient était représenté par le carnet de santé, propriété du patient. Comme beaucoup d'autres domaines de notre société ces dernières décennies, le dossier du patient devient numérique. La mise en place de cette numérisation des données de santé couplée à ses multiples applications dans le métier de pharmacien d'officine est le cœur de ce travail. L'avenir du métier de pharmacien est intimement lié à l'avènement du numérique et à l'essor des technologies et ses applications dans le parcours de soins du patient. La mise en place du dossier médical partagé (DMP) est un projet beaucoup plus vaste qu'il n'y paraît et propose autant de solutions et possibilités qu'elle soulève de problématiques. Le progrès des connaissances médicales et la technicisation croissante de la médecine ont conduit à une fragmentation de cette dernière en de multiples sous spécialités. Il est indispensable pour un praticien d'avoir accès rapidement aux informations de santé pertinentes pour lui concernant son patient, et ainsi d'avoir une vue d'ensemble. Au fil de son développement le DMP apparaît comme un outil formidable de communication et d'échange entre les différents acteurs du parcours de soins.

Concernant le patient, il a pour ambition d'apporter une véritable valeur ajoutée dans sa prise en charge en limitant les risques de iatrogénie, les erreurs médicales, les examens redondants, et en fluidifie ainsi son parcours de soins. Pour les pouvoirs publics, le DMP a la possibilité de rendre le système de santé mieux coordonné, plus efficace, et donc de réduire son coût sociétal. Une nouvelle vision de la médecine peut se développer autour de lui, une médecine connectée, offrant de nombreux services aux patients et aux professionnels de santé en servant de support à toutes sortes de nouvelles technologies. Les principaux obstacles et problématiques auxquels le DMP fait face, concernent la sécurisation des données de santé, la législation les entourant, et l'harmonisation des nombreux systèmes informatiques déjà présents. Chaque domaine médical possède déjà son propre fonctionnement informatisé, et au sein d'un même domaine cohabitent souvent plusieurs systèmes comme le prouvent par exemple les nombreux logiciels métiers différents utilisés par les pharmacies.

Ce travail dans une première partie s'intéresse au dossier pharmaceutique (DP) déjà existant, et au métier de pharmacien d'officine d'aujourd'hui et de demain. Elle permet de

visualiser dans quel contexte le DMP s'insère, notamment pour le pharmacien. La deuxième partie retrace l'historique de la mise en place laborieuse du DMP et décrit son contenu. Et enfin la troisième partie rend compte d'un travail d'investigation auprès des pharmaciens d'officine concernant l'intégration du DMP dans leur quotidien et tente un premier retour sur expérience à la suite de son lancement officiel.

1. LE CONTEXTE

1.1 Historique du dossier médical en France

C'est à la toute fin du XX siècle que le dossier médical devient un enjeu pour les autorités de santé. Il est évident que la bonne tenue d'un dossier médical présente de nombreux avantages pour la prise en charge du patient. Il permet d'améliorer la démarche médicale, de réduire les probabilités d'erreur, d'argumenter la démarche diagnostique, de se remémorer les rencontres précédentes, d'actualiser à tout moment l'histoire médicale, de planifier le suivi, de faciliter la transmission des informations à d'autres professionnels de santé ou encore de minimiser le risque iatrogène.

1.1.1 Le carnet de santé

La loi du 18 janvier 1994 (Art. L145-6 à L145-10 du Code de la sécurité sociale¹) impose la tenue d'un dossier de suivi médical pour chaque patient. Il est créé un **carnet de santé** d'abord réservé aux personnes de plus de 70 ans avec au moins deux affections chroniques. Rapidement remplacé en avril 1996² par un carnet de santé à destination de "tout bénéficiaire de l'assurance-maladie de plus de 16 ans". De ce fait, 42 millions de carnets de santé sont distribués gratuitement par l'assurance-maladie. Ces derniers contiennent plusieurs parties.

- Renseignements médicaux ;
- Consultations et examens ;
- Hospitalisations ;
- Radiologie et imagerie médicale ;
- Vaccination ;
- Notes personnelles.

¹ Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale ; <https://www.legifrance.gouv.fr/>

² Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins ; <https://www.legifrance.gouv.fr/>

Le dossier médical se matérialise alors par le carnet de santé, qui est avant tout la propriété du patient qui doit le présenter à chaque consultation. Les points faibles de ces dossiers médicaux physiques sont nombreux, ils sont rarement amenés aux rendez-vous médicaux par les patients, peuvent être difficiles à lire en fonction de l'écriture du médecin, de plus la lourdeur du dossier peut engendrer une fragmentation physique qui est susceptible d'amener une perte de données.

Indépendamment de ce carnet de santé, les médecins généralistes tiennent des dossiers médicaux métiers sur leurs patients qu'ils suivent régulièrement. On les appelle les dossiers métiers.

1.1.2 Droits d'accès au patient à son dossier médical

Concernant ces dossiers métiers, la loi du 4 mars 2002³, instaure pour les patients le droit d'accès à l'ensemble des informations qu'ils contiennent. Article L1111-7 du code de la santé publique énonce ainsi : « Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé par des professionnels et établissements de santé. »

1.2 Le Dossier Pharmaceutique : DP

1.2.1 Présentation

Créé par la loi du 30 janvier 2007⁴, sa mise en œuvre est confiée au Conseil national de l'ordre des pharmaciens⁵. Il permet un accès sécurisé à des données de santé par plusieurs professionnels de santé, principalement des pharmaciens, en présence de la carte vitale du patient. Son but est de sécuriser la dispensation des médicaments. Les médecins, à quelques

³ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; <https://www.legifrance.gouv.fr/>

⁴ Loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique ; <https://www.legifrance.gouv.fr/>

⁵ Site de l'ordre des pharmaciens : <http://www.ordre.pharmacien.fr/>

exceptions, n'y ont pas accès. Le DP est donc un dossier informatisé presque exclusivement réservé au pharmacien, à la grande différence du DMP qui comme on le verra par la suite a pour vocation à être utilisé par l'ensemble des professionnels de santé et par le patient lui-même.

Le DP est un dossier informatisé qui collecte les dernières délivrances de médicaments au patient. Ces données sont hébergées par un serveur agréé par le Ministère de la santé.

Le DP en quelques chiffres⁶ :

- 38 566 078 DP actifs ;
- 99.9% des pharmacies d'officine sont connectées au DP soit 21 438 officines ;
- 494 pharmacies à usage intérieur (PUI) sont abonnées au DP, soit 18,8 % des PUI.

Les objectifs ainsi résumés de cet outil :

- limiter les risques d'interactions, et contre-indication, l'objectif premier ;
- limiter les traitements redondants ;
- disposer de l'information la plus récente possible ;
- mieux coordonner les soins entre la ville et l'hôpital ;
- améliorer la couverture vaccinale.

1.2.2 Le DP patient

Le patient peut ouvrir son DP dans n'importe quelle pharmacie ou établissement de santé connecté au DP avec sa carte vitale. Le consentement oral du patient est indispensable à la création du DP. Il est possible de créer un DP pour les mineurs avec l'accord des représentants légaux.

La carte vitale est indispensable pour la création et la consultation du DP, qui ne peut donc se faire qu'en présence du patient, c'est une des principales différences avec le DMP.

⁶<http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Cartes-regionales-DP-en-officine/Croissance-DP>

Conditions pour que la délivrance d'un médicament soit inscrite sur le DP :

- que le patient ait autorisé la création d'un DP ;
- que la délivrance du médicament se fasse avec la carte vitale.

Informations présentes sur le DP :

- les 4 derniers mois de délivrance de médicament avec et sans ordonnance ;
- pour les médicaments biologiques, historique sur les 3 dernières années ;
- pour les vaccins, depuis 2016, la durée de conservation est portée à 21 ans.

Seul le nom du médicament, son code identifiant de présentation (CIP), le nombre de boîtes et la date sont inscrits sur le DP, pas la posologie, ni la durée du traitement, ni le prix, ni le médecin prescripteur, ni le nom de la pharmacie. Les données sont effacées de l'ordinateur du pharmacien dès la carte vitale retirée du lecteur.

Beaucoup de patients oublient de mentionner certains de leurs traitements lors d'une délivrance de médicament. De plus il est démontré que le patient a souvent plusieurs pharmacies, celle près du domicile, celle de fonctionnalité (par exemple sur le chemin du travail ou de l'école), et enfin celle économique. Le DP permet au pharmacien d'accéder rapidement aux traitements récents du patient, même s'ils ont été délivrés dans une autre pharmacie. Rendant ainsi la délivrance plus sécurisée.

Le patient ne peut pas interagir avec son DP, ni même le consulter. Il peut juste l'ouvrir et le fermer. Il peut aussi signifier au pharmacien s'il souhaite qu'une délivrance de médicament ne soit pas inscrite au DP, dans ce cas une mention "dossier incomplet" apparaîtra à l'écran pendant 4 mois lors d'une consultation ultérieure par toute pharmacie du DP du patient.⁷

⁷<http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/4938/57872/version/10/file/Cahier+th%C3%A9matique+1+Le+Dossier+Pharmaceutique.pdf>

1.2.3 Le DP à l'hôpital

Depuis 2012, les pharmaciens exerçants dans les pharmacies à usage intérieur peuvent accéder au DP comme les pharmaciens d'officine.⁸

Depuis 2013 les établissements de santé sont raccordés au DP, et ouverts aux urgentistes, anesthésistes-réanimateurs, gériatres.

Depuis 2016, tous les médecins hospitaliers peuvent aussi accéder au DMP.

1.2.4 Le Portail DP⁸

Parallèlement au DP-patient, un portail DP a été créé :

Le DP-rappels, pour les rappels et retraits de lots de médicaments, les pharmaciens d'officine sont prévenus en temps réel sur leur logiciel et le message nécessite une validation de lecture pour continuer l'activité en cours sur le poste, ce qui permet un traitement rapide de l'information et une intervention si nécessaire.

Le DP-alertes, fonctionne de la même manière et permet de faire circuler les alertes sanitaires.

Le DP-suivi sanitaire, permet au ministère d'accéder aux données des DP pour évaluer la situation de santé en France et d'en déduire des statistiques utiles à la santé publique.

Le DP-ruptures, a été créé pour améliorer la gestion de l'approvisionnement car 2% des médicaments sont en rupture. Il permet au pharmacien d'officine de faire remonter une rupture d'approvisionnement directement au pharmacien responsable du laboratoire concerné, et cela uniquement avec son logiciel, sans saisie manuelle.

⁸ <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP>

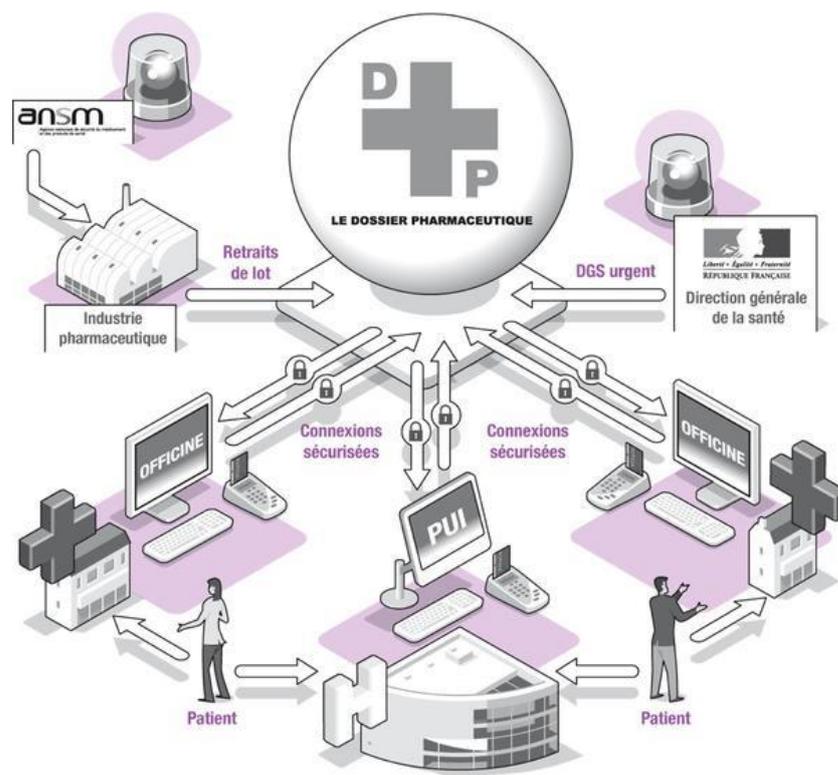


Schéma du DP et de ses intervenants, disponible sur le site de l'ordre de pharmacien

Précisons que cette question des pénuries de médicaments est d'actualité. Elles sont de plus en plus présentes en pharmacie. Comme le prouve le recensement des signalements de rupture ou de tension d'approvisionnement ayant concerné des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur. L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), recense 44 évènements de ce type de signalement en 2008, ce chiffre atteint 530 en 2017, soit une multiplication par 12 en 9 ans.^{9 10} Ce qui entraîne des situations délicates tant pour le pharmacien que le médecin. Faire face à ces pénuries est un des rôles du pharmacien. Les solutions qui s'offrent à lui sont de trouver une spécialité équivalente, (grâce au répertoire des génériques expliqué dans un des paragraphes suivants), de se faire dépanner chez un confrère, ou d'appeler le prescripteur pour modifier sa prescription avec un autre médicament disponible. Malgré cela, il se peut que le pharmacien et le médecin se trouvent dans une impasse, ce qui représente un problème majeur de santé publique. Comme exemple,

⁹ Gestion des ruptures de stock de médicaments d'intérêt thérapeutique majeur par l'ANSM 12 mars 2015 ; <https://ansm.sante.fr/>

¹⁰ Article : La pénurie de médicaments vitaux a atteint un record en 2017 ; <http://sante.lefigaro.fr/>

la pénurie en 2017-2018 du vaccin Pneumovax par le laboratoire MSD (Merck Sharp et Dohme), qui remplace anciennement le pneumo 23, cette pénurie a obligé la HAS (Haute Autorité de Santé) à émettre de nouvelles recommandations vaccinales temporaire¹¹ pour privilégier certaines populations dites prioritaires, ayant pour conséquence de différer la vaccination à la fin de la période de pénurie pour les populations dites non prioritaires. De même, le valsartan, médicament contre l'hypertension prescrit à environ 1,5 millions de Français, a été victimes de plusieurs retraits de lots concernant plusieurs laboratoires en juillet puis novembre 2018. Ceci a conduit à une pénurie, à la suite de cette dernière l'ANSM recommande de réserver les stocks de valsartan aux patients pour lesquels il n'existe pas d'alternative. Pour les autres patients, "les médecins doivent envisager un autre traitement équivalent."¹² Malgré l'existence d'alternative efficace au valsartan, il est apparu en pratique que ce changement de traitement était vécu difficilement par le patient. Ces pénuries, indépendamment du médicament et de la pathologie concernée, représentaient des facteurs de stress importants pour le patient et étaient souvent mal vécues, comme ressenti « au comptoir »

Une mission d'information sur les pénuries de médicaments et de vaccins a été lancée en juillet 2018 et pilotée par le sénateur Jean-Pierre Decool, qui a rendu publique le 2 octobre 2018 les conclusions du rapport "Pénuries de médicaments et de vaccins : Replacer l'éthique de santé publique au cœur de la chaîne du médicament".¹³ Une des conclusions de ce rapport est la vulnérabilité française et européenne face à la mondialisation de l'industrie du médicament, car "près de 40 % des médicaments finis commercialisés dans l'Union européenne proviennent de pays tiers et 80 % des fabricants de substances pharmaceutiques actives utilisées pour des médicaments disponibles en Europe sont situés en dehors de l'Union européenne". Le rapport sénatorial propose donc de recréer les conditions de création d'une industrie pharmaceutique en France, en mettant en place des exonérations fiscales pour les entreprises qui investissent dans des usines de fabrication nationales. Autre

¹¹ Recommandation vaccinale de décembre 2017 : Vaccination contre les infections à pneumocoque en contexte de pénurie de vaccin pneumococcique non conjugué 23-valent ; <https://www.has-sante.fr/>

¹² Disponible sur [https://www.anism.sante.fr/Dossiers/Valsartan/Valsartan/\(offset\)/0](https://www.anism.sante.fr/Dossiers/Valsartan/Valsartan/(offset)/0)

¹³ Rapport d'information n° 737 (2017-2018) au sénat : Pénuries de médicaments et de vaccins : renforcer l'éthique de santé publique dans la chaîne du médicament ; <https://www.senat.fr/>

piste proposée, replacer l'éthique au centre de l'industrie pharmaceutique, avec plus de transparence sur l'historique des ruptures et "rendre publiques les plans de gestion des pénuries mis en œuvre par les industriels et les sanctions adressées en cas de manquements dans la notification et la mise en œuvre de ces plans". Le décret du 20 juillet 2016¹⁴ définit les modalités de ces mesures. Plus récemment l'Assemblée nationale veut contraindre les laboratoires à toujours avoir quatre mois de stocks d'avance. Dans le cas contraire, des sanctions financières s'appliqueront.¹⁵

Deux autres pistes évoquées sont directement en lien avec le métier de pharmacien et notamment le sujet de cette thèse. Premièrement, le rapport préconise d'améliorer l'information sur le risque de pénurie en mettant en place sur le modèle du « DP-Ruptures ». Il s'agit d'une plateforme d'information centralisée sur les situations de ruptures et de risques de rupture, renseignée par l'ANSM, permettant d'accéder à des "informations actualisées sur les origines des tensions et ruptures et les dates prévisionnelles de retour des produits". On comprend ici qu'il est proposé d'améliorer le système "DP-rupture" qui est disponible aujourd'hui au seul pharmacien, en proposant un service qui renseignera tous les professionnels de santé et le grand public. Il paraît évident que le DMP, qui a pour vocation d'être utilisable par tous professionnels de santé, peut-être l'outil idéal pour héberger cette plateforme.

Concernant la substitution des médicaments, le pharmacien dispose du répertoire des génériques afin de trouver des solutions au patient. Il s'agit d'une liste de médicaments équivalent à une spécialité précise. Le pharmacien a la liberté dans ce répertoire de trouver une spécialité disponible en cas de rupture. Il est même tenu de délivrer le générique le moins onéreux disponible pour faire bénéficier au patient le tiers-payant, sauf si la mention "non substituable" est apposée par le médecin. Cette mention "non substituable" a d'ailleurs évolué au 1^{er} janvier 2020 à la suite d'un arrêté publié au Journal officiel du 19 novembre

¹⁴ Décret n° 2016-993 du 20 juillet 2016 relatif à la lutte contre les ruptures d'approvisionnement de médicaments ; <https://www.legifrance.gouv.fr/>

¹⁵ https://www.francetvinfo.fr/sante/medicament/penuries-de-medicaments-les-laboratoires-sont-maintenant-tenus-davoir-des-stocks_3675037.html

2019¹⁶. En pratique la mention “non substituable” seule disparaît, et trois catégories de mentions "non substituable" sont créées, correspondant aux trois situations retenues par le législateur pour l'exclusion à la substitution générique :

- mention « *non substituable (MTE)* », pour la prescription d'un médicament à marge thérapeutique étroite chez un sujet stabilisé ;
- mention « *non substituable (EFG)* », pour la prescription d'une forme galénique sans équivalent générique chez un enfant de moins de 6 ans ;
- mention « *non substituable (CIF)* », en cas de contre-indication à un excipient à effet notoire.

Ces trois nouvelles mentions imposent au prescripteur de justifier l'exclusion à la substitution générique, et de rendre toutes autres situations que les trois retenues, non éligibles au tiers payant si une autre spécialité que le générique le moins onéreux est délivré.

Par ailleurs, Jean-Pierre Decool propose également dans ce rapport, de permettre aux pharmaciens de proposer aux patients une substitution thérapeutique d'une spécialité en rupture” en allant au-delà du répertoire des génériques sans en demander l'accord du prescripteur. Il s'agit là de laisser plus de latitude au pharmacien. Cette mesure se base sur le modèle canadien, qui laisse au pharmacien une marge d'autonomie pour faire face à une rupture en substituant lui-même le médicament par un autre médicament de même sous-classe thérapeutique après s'être assuré qu'il ne peut obtenir le médicament auprès de deux pharmacies de sa région et auprès de deux grossistes reconnus par le ministère de la santé et des services sociaux.¹⁷ Le pharmacien canadien est rémunéré l'équivalent de 10.60 euros pour cet acte de substitution. Le DMP pourrait permettre de constater la rupture du médicament grâce au “DP rupture” amélioré qu'il pourrait héberger. Il peut aussi être l'outil permettant au pharmacien d'informer le médecin de cette substitution en le notant dans le DMP du patient.

¹⁶ Arrêté du 12 novembre 2019 précisant, en application de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, les situations médicales dans lesquelles peut être exclue la substitution à la spécialité prescrite d'une spécialité du même groupe générique ; <https://www.legifrance.gouv.fr/>

¹⁷ <https://www.senat.fr/rap/r17-737/r17-73717.html#Proposition27>

À noter que récemment une Start-up spécialisée dans la collecte, le traitement et l'analyse des données pharmaceutiques, Offisanté, a lancé en février 2018 Vigirupture¹⁸, un site web collaboratif des pharmaciens pour répondre aux ruptures de médicaments. Lorsque le pharmacien est en rupture d'un médicament, il cherche dans son application le médicament. Son application lui indique alors les confrères disposant du médicament. Les pharmacies environnantes sont géolocalisées avec la disponibilité du produit. Le pharmacien n'a plus qu'à appeler son confrère pour réserver le médicament. Le 3 juillet 2019, le fondateur et président de Vigirupture Maurice Belais a annoncé sur BMF Business que son réseau comprend à cette date 5 400 pharmacies connectées¹⁹. Le succès rapide de ce dispositif met en lumière l'impact qu'a l'augmentation des pénuries dans le travail du pharmacien et la nécessité pour lui de solutionner ces dernières.

1.3 Les nouvelles missions du Pharmacien d'officine

Dans le cadre de la loi "Hôpital Patient Santé Territoire" (HPST) du 21 juillet 2009²⁰, le métier de pharmacien d'officine est renforcé de nouvelles missions. Il est indispensable pour le pharmacien de se démarquer face aux pressions croissantes qui visent son monopole. Ses nouvelles fonctions doivent permettre de renforcer le rôle des pharmaciens d'officine dans le système de soins.

Ses nouvelles missions rentrent à la fois dans le cadre du Plan santé du 18 septembre 2018 "Ma santé 2022, un engagement collectif" dont un des objectifs principaux est le "décloisonnement de l'organisation des soins"²¹, mais aussi dans le cadre de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.²²

¹⁸ <https://www.vigirupture.fr/>

¹⁹ https://www.challenges.fr/videos/vigirupture-veut-pallier-la-penurie-de-medicaments-en-officine-0307_zpzqs3

²⁰ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ; <https://www.legifrance.gouv.fr/>

²¹ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf

²² Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ; <https://www.legifrance.gouv.fr/>

En introduction de cette partie sur les nouvelles missions du pharmacien, se pose la question centrale de la rémunération du pharmacien.

Le rôle premier et principal du pharmacien d'officine reste de délivrer une ordonnance après avoir analysé cette dernière, constaté sa validité et l'absence d'interaction médicamenteuse dangereuse pour le patient. Le pharmacien est en droit de refuser la délivrance de l'ordonnance en le signifiant au prescripteur. En complément de cette mission, le pharmacien est aussi un professionnel de santé apte à prendre en charge certaines situations de santé bénignes grâce à son conseil tel que la rhinite, les verrues, certaines conjonctivites, la contraception d'urgence... De plus il est le seul professionnel à être autorisé à faire commerce de médicaments sans ordonnance, ce qui constitue un monopole. Il peut aussi faire le commerce de produits de parapharmacie. La rémunération du pharmacien se fait au travers des marges perçues lors de ses différentes ventes que ce soit des médicaments remboursés, la vente conseil de médicament et encore de la parapharmacie. Historiquement la délivrance de médicaments remboursés représente la part la plus importante de sa rémunération.

Depuis plusieurs années, la part de rémunération du pharmacien à travers les médicaments remboursés est touchée par les vagues de déremboursement ou de diminution des taux de remboursement de certains médicaments. Entre 2002 et 2011 les pouvoirs publics ont déremboursé 369 médicaments avec un Service Médical Rendu (SMR) jugé insuffisant²³, provoquant une baisse immédiate du nombre de boîtes vendues les concernant. En avril 2003 on observe une publication au Journal officiel d'un arrêté relatif à la baisse, de 65 % à 35 %, du remboursement de 616 médicaments à SMR modéré.²⁴ De plus les médicaments remboursables subissent depuis plusieurs années des baisses de prix, qui se traduisent par une baisse de la marge pour le pharmacien.²⁵ Toutes ces mesures plus ou moins récentes, poussent certaines pharmacies à augmenter leurs activités secondaires telles que la vente directe de médicament conseil ou le commerce de parapharmacie, où les marges sont

²³ <https://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes167.pdf>

²⁴ Arrêté du 3 avril 2003 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux ; <https://www.legifrance.gouv.fr/>

²⁵ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/13-9.pdf>

plus importantes et fixées par le pharmacien, dans le but de garder le même niveau de rémunération.

Les “nouvelles missions du pharmacien” décrites ci-dessous sont une alternative pour compenser la baisse des remboursements, en proposant aux pharmaciens d’officine des missions plus en adéquation avec leur formation et plus valorisante. Elles suggèrent que le pharmacien soit rémunéré pour une prestation de santé et non sur la marge d’un produit vendu.

Plus globalement le pharmacien d’officine est rémunéré presque exclusivement sur la marge des boîtes vendues et non pour son analyse pharmaceutique. D’autres modèles dans le monde existent, notamment au Canada où le pharmacien est par exemple rémunéré pour un refus de délivrance. En France le pharmacien consciencieux qui refuse la délivrance d’un médicament sur une ordonnance à la suite de l’analyse de cette dernière grâce à sa formation reçue, ne sera non seulement pas rémunéré mais il sera pénalisé financièrement par rapport au pharmacien qui délivre l’ordonnance et qui touchera la marge sur le médicament en question. Dans un système où les pharmacies sont en concurrence cela pose une problématique évidente.

Le 3 janvier 2019, pour compenser la diminution de la marge sur les médicaments, des nouveaux honoraires de dispensations d’ordonnance ont été mis en place qui complètent les deux déjà existants²⁶. Ils découlent des avenants 11 et 14 à la Convention nationale des pharmaciens titulaires d’officine, approuvée par arrêté ministériel le 4 mai 2012²⁷

Honoraires existant préalablement à l’avenant 11 :

- honoraire par conditionnement (boîte) de médicament remboursable et facturé à l’Assurance Maladie : 1,02 € ;

²⁶ <https://www.ameli.fr/rouen-elbeuf-dieppe-seine-maritime/pharmacien/actualites/honoraires-de-dispensation-transfert-de-marge-cest-parti>

²⁷ Avenants 11 et 14 de la convention des pharmaciens titulaires d’officine de 2012 ; <https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-referance/textes-conventionnels/avenants>

- honoraire de dispensation d'ordonnance dite complexe, comprenant au moins 5 médicaments/spécialités pharmaceutiques, remboursables et facturées, délivrées en une seule fois : 0,51 € (1,02 € dès le 1er janvier 2020).

Nouveaux honoraires de dispensation créés par l'avenant 11 :

- honoraire de dispensation pour l'exécution d'une ordonnance de médicaments remboursables et facturés à l'Assurance Maladie (HDR) : 0,51 € ;
- honoraire de dispensation pour l'exécution d'une ordonnance de médicaments remboursables et facturés pour des enfants jusqu'à 3 ans et des personnes de plus de 70 ans (HDA) : 0,51 € qui passera à 1,58 € dès le 1er janvier 2020 ;
- honoraire de dispensation pour l'exécution d'une ordonnance de médicaments, remboursables et facturés, dits « spécifiques », c'est-à-dire figurant sur une liste fermée établie en annexe de la convention nationale (HDE) : 2,04 € qui passera à 3,57 € dès le 1er janvier 2020.

Ils rémunèrent le pharmacien pour la délivrance d'une ordonnance. Cette évolution est appelée le "transfert de marge". Cela semble être, un premier pas vers une rémunération moins exclusive sur la marge des médicaments vendus mais plus axée sur le travail réalisé par le pharmacien pour l'analyse de l'ordonnance en fonction de sa complexité.

1.3.1 La Loi HPST du 21 juillet 2009

La loi HPST définit une nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale qui vise à mettre en place une offre de soins graduée de qualité, accessible à tous et satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé. Elle reconnaît aux pharmaciens d'officine la possibilité d'exercer de nouvelles missions, permet de remettre à jour le cadre législatif autour du métier de pharmacien et lui confère un nouveau statut. Elle encourage aussi la coopération entre professionnels de santé.

L'article 38 du titre II concerne le pharmacien d'officine et définit le champ de ses nouvelles attributions en 8 points.²⁸ Les pharmaciens d'officine :

1° contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 du Code de la santé publique (CSP) ;

2° participent à la coopération entre professionnels de santé ;

3° participent à la mission de service public de la permanence des soins ;

4° concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;

5° peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients ;

6° peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ;

7° peuvent, dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1 du présent code, être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. À ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets ;

8° peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

Comme on peut le remarquer cette loi comprend la mention explicite de "conseil pharmaceutique" dans la liste de ses attributions et aussi de "soins de premier recours". Un autre point important est à souligner, la mission du pharmacien "d'éducation thérapeutique

²⁸ Article 38 de la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ; https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_38

patient” (ETP). L'ETP permet de remettre le patient au centre du rôle du pharmacien, elle se traduit à la fois par le travail au quotidien qui accompagne la délivrance de n'importe quelle ordonnance ou médicament conseil, mais aussi par ses nouvelles missions concrètes, telles que les entretiens thérapeutiques et le bilan partagé de médication, décrites dans les sous-parties suivantes.

1.3.2 Plan « Ma santé 2022 »

Une autre réforme importante définit les grandes lignes du pharmacien d'officine de demain, le plan” Ma santé 2022”. Annoncée en septembre 2018 par le Président de la République, ce plan prône une meilleure organisation des professionnels de santé qui devront travailler ensemble et mieux coopérer au service de la santé des patients. Son ambition est de donner la possibilité aux Français d'avoir accès à une permanence de soins tous les jours de la semaine jusqu'en soirée et le samedi matin sans devoir passer par l'hôpital, ou encore de renforcer les actions de prévention. Les pharmacies ont un rôle à jouer du fait de leur amplitude d'ouverture horaire et leur proximité avec le patient. En effet le pharmacien est accessible rapidement pour le patient, sans rendez-vous préalable. Les soins de premier recours abordés dans ce chapitre en sont la pièce maitresse.

Il place aussi le numérique au cœur du parcours de soins, ce qui est le sujet central de cette thèse. En effet dans la présentation de ce plan sur le site du Ministère de la santé est exprimé le souhait suivant : “les patients n'auront pas à assumer seuls la coordination des différents professionnels de santé. Désormais, ceux-ci se coordonneront plus efficacement, entre autres grâce au numérique”, et il insiste sur la “généralisation du DMP en vue du déploiement des espaces numériques personnels”.²⁹

Enfin plus récemment et pour aller encore plus loin la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019³⁰ relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, propose des

²⁹ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/>

³⁰ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ; <https://www.legifrance.gouv.fr/>

évolutions structurantes pour les pharmaciens au bénéfice des patients. Ce texte aborde des points importants pour définir le pharmacien de demain, il est notamment question de :

- renouveler des traitements chroniques et adapter des posologies ;
- la dispensation, par les pharmaciens d'officine, de certains médicaments à prescription médicale obligatoire sur la base de protocoles bien précis ;
- élargir la définition des activités de conseil pharmaceutique en prenant en compte les entretiens pharmaceutiques, vaccination, etc. ;
- la possibilité du pharmacien d'officine, en cas de rupture d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur (MITM), de pouvoir le substituer avec un autre médicament conformément aux recommandations de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;
- la possibilité, pour le pharmacien d'officine, de prescrire certains vaccins de prescription médicale obligatoire (PMO).³¹

1.3.3 Les entretiens thérapeutiques

Lancés en juin 2013 à la suite de la Convention nationale des pharmaciens du 7 mai 2012,³² ces entretiens ont pour ambition de promouvoir la qualité de la dispensation des médicaments et valoriser l'engagement du pharmacien dans les missions de santé publique que sont le conseil et l'accompagnement des patients souffrant de maladies chroniques. Leurs rôles sont de contribuer à la bonne observance des traitements et leur bonne utilisation mais ainsi d'agir en prévention des risques. Un objectif important de ces entretiens est également de faire adhérer le patient à son traitement en lui expliquant les tenants et les aboutissants de sa prise en charge. Ils doivent ainsi parvenir à un discours personnalisé, “sur-mesure” pour une réponse la plus adaptée possible et une compréhension optimale du patient.

³¹http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/475579/2170403/version/3/file/1906_69_C_NOP_TP_11_internet.pdf

³² <https://www.ameli.fr/rouen-elbeuf-dieppe-seine-maritime/pharmacien/textes-referance/textes-conventionnels/convention-nationale>

Ces entretiens thérapeutiques rentrent pleinement dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient inscrit au Code de la santé publique à la suite de la publication de la loi HPST en juillet 2009. Plus en détail l'ETP permet au patient d'acquérir des compétences utiles pour devenir acteur de sa santé en s'impliquant dans la prise en charge de sa maladie. Ainsi, à la suite du suivi d'un programme d'éducation thérapeutique, la personne peut être en mesure de :

- mieux comprendre sa maladie et ainsi pouvoir l'accepter ;
- connaître les bénéfices et les effets secondaires de ses traitements ;
- connaître les mesures préventives à adopter : aménagement de l'environnement, prise d'un traitement préventif, etc. ;
- reconnaître une aggravation et savoir réagir de manière adéquate ;
- identifier les facteurs ou circonstances déclenchant des pics de résurgence de la maladie pour mieux les éviter ;
- résoudre les difficultés du quotidien liées à la maladie (améliorer la qualité de vie).

Pour réaliser des entretiens thérapeutiques, le pharmacien doit disposer dans son officine d'un espace de confidentialité clos. Cet espace est indispensable.

Ces entretiens concernent pour le moment deux populations de patients, les asthmatiques sous corticoïdes inhalés et les patients sous traitements anticoagulants oraux, que ce soit les antivitamines K, dit AVK (fluindione, warfarine , acénocoumarol) ou les nouveaux anticoagulants aussi appelés les anti-coagulants oraux directs, les AOD (rivaroxaban, apixaban, dabigatran).

Plus d'un million de patients en France sont sous traitement anticoagulant. Ces derniers sont indiqués dans les pathologies cardiovasculaires, ils diminuent la coagulation sanguine pour traiter ou prévenir les thromboses veineuses. Ce sont des médicaments à marge thérapeutique étroite, c'est-à-dire qu'il y a peu d'écart entre les doses thérapeutiques efficaces et les doses toxiques. Des doses insuffisantes entraînent un risque thrombotique et des doses trop élevées un risque hémorragique. De plus l'alimentation et la prise d'autres médicaments peuvent modifier la coagulation sanguine ou encore les concentrations sanguines en anticoagulants. Ceci nécessite une éducation indispensable du patient pour une utilisation efficace et sécurisée de ce type de traitement et une surveillance renforcée. Le

pharmacien d'officine a pleinement les compétences, et est dans son rôle, pour participer à cette éducation. L'entretien thérapeutique donne le temps nécessaire au pharmacien de former le patient et d'obtenir son adhésion au traitement. Les traitements anticoagulants par AVK ou AOD sont la première cause d'accident iatrogénique en France avec chaque année 17 300 hospitalisations et de 4 000 décès.³³

L'asthme est une maladie chronique qui touche 6.8 % de la population, soit 4.5 millions de patients.³⁴ La bonne observance des traitements et sa bonne utilisation concernant notamment des traitements corticoïdes inhalés participent à une prise en charge optimisée des populations concernées. Ces dispositifs inhalés aux corticoïdes constituent le traitement de fond de l'asthmatique et ils nécessitent une bonne utilisation et compréhension par le patient pour être efficace, et doit être adapté. Le pharmacien d'officine est pleinement dans son rôle de s'en assurer.

L'accompagnement du patient par le pharmacien s'effectue en articulation avec le médecin prescripteur, et ce lien à terme pourrait s'effectuer à l'aide du DMP.

L'inscription à ces entretiens se fait sur le site Ameli pro dans la rubrique dédié au pharmacien, mais le DMP pourrait aussi remplir ce rôle. Il apparaît évident que le DMP peut avoir un rôle central la pratique de ses entretiens thérapeutiques.

Pour qu'un patient soit éligible aux entretiens thérapeutiques, il doit être sous traitement AVK ou AOD ou sous corticoïdes inhalés pour une durée d'au moins 6 mois. Le recrutement se fait par le pharmacien en collaboration avec le médecin.

Déroulement et contenu de l'entretien thérapeutique

Il doit notamment permettre :

- de renforcer les rôles de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien auprès des patients ;

³³ Avenants 1 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine de 2012 ; <https://www.ameli.fr/rouen-elbeuf-dieppe-seine-maritime/pharmacien/textes-referance/textes-conventionnels/avenants>

³⁴ Avenants 4 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine de 2012 ; <https://www.ameli.fr/rouen-elbeuf-dieppe-seine-maritime/pharmacien/textes-referance/textes-conventionnels/avenants>

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

Le pharmacien s'engage dans ce cadre à donner aux patients les précisions et informations suivantes :

- la posologie, y compris la posologie maximale pour les médicaments à prise modulable ou à posologie non précisée sur l'ordonnance (antalgiques par exemple) ;
- la durée de traitement ;
- les précautions d'emploi ;
- les informations nécessaires au bon usage du médicament ou du dispositif médical délivré ;
- les informations nécessaires lors de la substitution d'un médicament générique à un princeps ;
- les éventuelles précautions particulières à prendre ainsi que tout renseignement utile à la bonne compréhension du traitement par le patient ;
- les analyses biologiques indispensables à l'initiation, à la surveillance et à la poursuite de certains traitements.

La première année :

Un entretien d'évaluation : recueil d'information sur le patient, son adhésion au traitement, son observance. Cet entretien permet d'apprécier le degré d'accompagnement nécessaire.

Deux entretiens thématiques : (un seul si adhésion au seconde semestre) les thématiques sont définies par l'assurance-maladie.

Pour les traitements anticoagulants 4 possibilités :

- observance ;
- suivi biologique ;

- effet du traitement ;
- vie quotidienne et alimentation.

Pour les traitements par corticoïdes inhalés 5 possibilités :

- principe du traitement ;
- techniques d'inhalation ;
- effet du traitement ;
- observance ;
- facteurs déclenchants des crises.

Les années suivantes :

Deux entretiens thématiques

À chaque étape des formulaires sont mis à la disposition du pharmacien pour l'encadrer dans le déroulement de ces entretiens.

Concernant la tarification, la rémunération du pharmacien est de 50 euros pour la première année et 30 euros pour les années suivantes selon les avenants 1, 4 et 11 à la convention des pharmaciens de 2012³⁵. Le pharmacien est éligible à la rémunération dès lors qu'il réalise au moins deux entretiens pharmaceutiques au cours de l'année civile.

1.3.4 Les bilans partagés de médication

Plus récents que les entretiens thérapeutiques, ils s'inscrivent dans la même démarche, c'est à dire dans le cadre de ETP, et ont pour vocation à être complémentaires à ces derniers.

³⁵ Avenants 1, 4 et 11 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine de 2012 ; <https://www.ameli.fr/rouen-elbeuf-dieppe-seine-maritime/pharmacien/textes-referance/textes-conventionnels/avenants>

Les modalités de ces bilans ont été officialisées par l'arrêté du 9 mars 2018.³⁶ Tout comme pour les entretiens thérapeutiques, le pharmacien doit disposer dans son officine d'un espace de confidentialité.

Les objectifs des bilans partagés de médication sont d'accompagner les patients dans la prise de leurs médicaments, d'obtenir l'adhésion à leur traitement et de venir en appui de la prescription. Le pharmacien lors de ces bilans, recense l'ensemble des médicaments du patient, ceux prescrits par les différents médecins et ceux de l'automédication, explique si nécessaire leurs intérêts, détecte les éventuelles interactions ou le mésusage d'un ou de plusieurs médicaments. Tout cela doit se faire en coordination avec le médecin traitant. Dans une médecine moderne qui possède de plus en plus de spécialités et de sous-spécialités, les patients ont souvent plusieurs prescriptions à gérer et un travail de synthèse peut s'avérer indispensable.

La population cible concerne 3.9 millions de patients. Pour être inclus dans le dispositif les patients doivent cumuler trois conditions :

- être âgé soit d'au moins 75 ans, soit de 65 ans et plus avec au moins une affection de longue durée ;
- avoir au moins cinq principes actifs prescrits au moment de l'inclusion ;
- être sous traitement chronique, c'est-à-dire pour une durée consécutive d'au moins 6 mois.

Comment cela fonctionne-t-il ? :

La première année : 3 étapes

Entretien de recueil d'information : cela correspond à un recueil d'information planifié avec le patient et l'explication de l'objectif de ce bilan au patient. Recensement de l'ensemble des traitements, prescrits ou non et des différentes informations utiles à l'analyse par le pharmacien (résultats d'analyses biologiques, états physiopathologiques, antécédents pathologiques, diagnostic établi par le médecin). Le pharmacien peut échanger avec les

³⁶ Arrêté du 9 mars 2018 portant approbation de l'avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie ; <https://www.legifrance.gouv.fr/>

aidants ou les proches du patient. Le DMP, du patient s'il l'a créé précédemment, est un outil important pour ce recueil d'information.

Analyse des traitements : c'est une étape sans le patient. Analyse des informations recensées lors de l'entretien de recueil. C'est une rédaction d'une synthèse claire et argumentée du ressenti du patient vis-à-vis de son traitement, des difficultés rencontrées, des optimisations possibles du traitement médicamenteux. Cela consiste en vérifier les posologies et les contre-indications de chaque médicament, vérifier les interactions médicamenteuses, évaluer l'observance globale du patient aux traitements, les éventuels effets indésirables. Cette synthèse assortie de conclusions et de recommandations est envoyée au médecin traitant pour qu'il valide les optimisations proposées par le pharmacien. Il est ainsi nécessaire d'obtenir une concertation indispensable entre le médecin traitant et le pharmacien. Cette synthèse est ajoutée au DMP du patient s'il est existant.

Entretien conseil : Explication des conclusions du pharmacien et de son médecin traitant, échange autour de la prise des traitements, de leur bon usage au quotidien et d'éventuelles adaptations de traitements quand elles sont validées par le médecin traitant. Le pharmacien délivre des conseils adaptés à la situation du patient comme un plan de posologie, ou encore des conseils hygiéno-diététiques.

Années suivantes : 2 options

- S'il n'y a pas de changement de traitement, le pharmacien réalise deux **entretiens de suivi de l'observance** dans l'année. Il permet d'évaluer l'observance du patient, insister particulièrement sur un traitement si cela est nécessaire, vérifier que le prescripteur a tenu compte des recommandations et en mesurer l'amélioration sur la prise des médicaments par le patient. Si le pharmacien décèle une mauvaise observance, il peut en informer le médecin.
- S'il y a un changement dans le traitement par rapport à l'entretien de recueil : un entretien de suivi de l'observance, puis une analyse des nouveaux traitements qui débouche à nouveau sur un entretien conseil après une nouvelle concertation avec le médecin traitant.

Concernant la tarification, le bilan partagé de médication sera rémunéré, au plus tard au mois de mars de chaque année selon l'avenant 11 de la convention nationale des pharmaciens de 2012³⁷ :

- 60 euros pour la première année d'adhésion du patient ;
- 30 euros les années suivantes en cas de changement de traitement ;
- 20 euros les années suivantes en cas de poursuite identique des traitements.

Entretien thérapeutique et bilan de médication sont complémentaires. Le président de la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF)³⁸, préconise aux officines de faire autant d'entretiens thérapeutiques que de bilans partagés de médication.³⁹ L'entretien thérapeutique qui est ciblé sur un domaine précis ou sur une molécule précise peut être une passerelle, une porte d'entrée vers le bilan de médication. Le cheminement inverse est moins logique dans la mesure où un entretien pharmaceutique risque d'être redondant pour un patient ayant déjà eu un bilan partagé de médication, mais il peut tout de même permettre d'approfondir le sujet.

Le DMP a pour vocation d'être une pièce centrale pour ces deux nouvelles missions accordées au pharmacien d'officine. Il pourrait permettre de notifier leur réalisation et de transmettre les conclusions aux autres professionnels de santé ainsi qu'au patient. Les médecins pourraient simplement se connecter au DMP du patient pour en tirer les informations nécessaires.

Concernant les retours sur expériences des entretiens thérapeutiques et du bilan partagé de médication, la synthèse est mitigée⁴⁰. Pour les entretiens AVK par exemple, un premier bilan est obtenu par l'assurance-maladie en décembre 2014 soit 18 mois après le lancement et comptabilise que "14 584 officines, soit 63% des officines, se sont impliquées dans l'accompagnement des patients sous AVK, ce qui représente aujourd'hui un total

³⁷ Avenants 11 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine de 2012 ; <https://www.ameli.fr/rouen-elbeuf-dieppe-seine-maritime/pharmacien/textes-referance/textes-conventionnels/avenants>

³⁸ <http://www.fspf.fr/>

³⁹ Le moniteur des pharmacies n°3227 du 25 mai 2018

⁴⁰ Accompagnement pharmaceutique des patients sous traitement par AVK Premier bilan à un an ; https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_Bilan_1_an_AVK_141217_01.pdf

cumulé de 153 375 adhésions enregistrées pour 161 110 entretiens réalisés”. La note de satisfaction moyenne des patients toujours selon ce bilan est de 8,7/10, de plus 81% d’entre eux déclarent que ces entretiens les ont aidé à prendre conscience de l’importance du suivi et de la surveillance des « International Normalized Ratio » (INR) et 74% à mieux comprendre leur traitement AVK. Ces premiers chiffres sont encourageants, mais ce succès a été de courte durée, puisque seulement 9 268 patients étaient inscrits en 2016 aux entretiens AVK.

Ce déclin s’explique tout d’abord par la rémunération modeste pour ces entretiens chronophages par rapport au coût salarial horaire d’un pharmacien, et surtout l’absence de rémunération par l’assurance-maladie pour non-conformité. Selon le site Le Pharmacien de France, près de 70 % de ces entretiens ne sont pas rétribués par l’assurance maladie,⁴¹ la plupart parce qu’au moins un entretien manquait sur les 2 à réaliser sur une année civile.

Les bilans partagés de médication risquent d’être confrontés au même problème de rémunération car la tarification et les modalités sont proches. De plus, ils peuvent aboutir sur une simplification du traitement en “retirant les médicaments superflus” dans le cadre de son optimisation. Dans un système concurrentiel entre pharmacies où le pharmacien est payé principalement à la marge sur les boîtes vendues, cela semble peu gratifiant par les officines réalisant ces bilans.

1.3.5 Test Rapide d’Orientation Diagnostique : TROD

À la suite de l’arrêté du 1er août 2016, les pharmaciens d’officine sont autorisés à réaliser dans un espace de confidentialité 3 tests de dépistage appelés TROD :

Test capillaire d’évaluation de la glycémie, destiné au repérage d’une glycémie anormale. Les pharmaciens ne sont autorisés à pratiquer ce test que dans le cadre d’une campagne de prévention du diabète.

⁴¹ <http://www.lepharmaciendefrance.fr/actualite-web/pourquoi-70-des-entretiens-nont-pas-ete-payes>

Test oro-pharyngé d'orientation diagnostique des angines à streptocoque du groupe A. Un prélèvement réalisé dans le fond de la gorge, sur l'amygdale, à l'aide d'un écouvillon permet une orientation diagnostique en faveur d'une angine bactérienne. Parmi les 9 millions de cas annuels d'angine, 80 % sont dus à des virus et ne nécessitent pas d'antibiotiques. Les TROD, en permettant de distinguer angines virales et angines bactériennes, contribuent à limiter l'administration inutile d'antibiotiques. L'avenant 18 à la Convention pharmaceutique de 2012 signé le 18 septembre 2019 par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) et la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF), fixe la rémunération des pharmaciens pour la réalisation de ces TROD de l'angine, à compter du 1er janvier 2020.⁴² Deux cas sont possibles pour la prise en charge de ces TROD à l'officine.

Dans un premier cas, le patient se présente spontanément à l'officine et est directement pris en charge par le pharmacien. Le pharmacien tarifie la réalisation du TROD angine 6 euro hors taxe (HT) (6,30 euros HT dans les départements et régions d'outre-mer (DROM)). Si le résultat est positif, le pharmacien redirige le patient chez son médecin traitant avec le résultat du test. Si le résultat est négatif, le patient n'est pas invité à se rendre chez le médecin dans un premier temps, le pharmacien lui délivre les conseils adaptés pour prendre en charge les symptômes, et l'invite à prendre contact avec son médecin traitant seulement en cas de persistance et d'aggravation des symptômes.

Dans un second cas, le patient est dirigé vers la pharmacie par son médecin traitant pour la réalisation du test. Le patient se présente dans ce cas à la pharmacie avec ordonnance dite conditionnelle d'antibiotiques. La tarification est dans ce cas la suivante :

- en cas de résultats positifs, 6 euros HT (6,30 euros HT dans les DROM). Le pharmacien dispense alors le traitement antibiotique sur la base de l'ordonnance conditionnelle présentée par le patient ;
- en cas de résultats négatifs, 7 euros HT (7,35 euros HT dans les DROM). Les antibiotiques prescrits sur l'ordonnance conditionnelle ne sont pas délivrés. Cet euro supplémentaire rémunère l'explication du pharmacien au patient qui ne se fait pas

⁴² <https://www.ameli.fr/rouen-elbeuf-dieppe-seine-maritime/pharmacien/actualites/signature-de-lavenant-18-sur-les-trod-de-langine>

délivrer d'antibiotiques alors qu'il dispose d'une ordonnance pour cela. Puis comme dans le premier cas, le pharmacien délivre au patient les conseils adaptés pour gérer au mieux les symptômes et l'invite à reprendre contact avec son médecin traitant en cas de persistance et d'aggravation des symptômes.

Ces tarifs incluent le coût d'achat du test, dont le prix limite est fixé à 1 euro TTC. La réalisation du TROD sera remboursée à 70 % par l'assurance maladie obligatoire et les 30 % restants par les complémentaires santé.

Test oro-pharyngé d'orientation diagnostique de la grippe. Réalisé le plus tôt possible après l'apparition des symptômes, ce test permet une orientation diagnostique en faveur d'une grippe.

Ces 3 tests sont des tests rapides d'orientation diagnostique et d'évaluation, ils ne peuvent en aucun cas se substituer au diagnostic par un médecin. Le pharmacien qui réalise le test, en adresse, avec le consentement du patient, le résultat à son médecin.

Les pharmaciens ne sont en revanche pas autorisés à réaliser les autotests VIH vendus en officine.

1.3.6 La vaccination antigrippale à l'officine

Cette vaccination à l'officine ne concerne que le vaccin contre la grippe. Ce vaccin est recommandé est pris en charge par la sécurité sociale chaque année entre octobre et janvier pour les personnes éligibles. La vaccination à l'officine a pour but d'augmenter la couverture vaccinale. En 2018, la grippe en France a été responsable de 8 semaines d'épidémie. Durant ces 8 semaines, il y a eu, 1.8 millions de consultations pour syndrome grippal, 65 600 passages aux urgences pour grippe, 11 000 hospitalisations et 9 900 décès attribuables à la grippe⁴³. Cette année-là, la couverture vaccinale chez les personnes à risque, c'est à dire les patients pour qui la vaccination est recommandée et remboursée par la sécurité sociale, était seulement de 47.2%. La marge de progression est importante, c'est un enjeu

⁴³ <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/services-patients/vaccination-grippe-saisonniere>

majeur de santé publique. La vaccination par les pharmaciens d'officine a pour but de simplifier les étapes de la vaccination pour le patient. Le patient pourra retirer son vaccin à l'officine et se faire vacciner en même temps, il n'aura plus besoin de prévoir un rendez-vous avec un médecin ou un infirmier. Les pharmacies ont l'avantage d'avoir des horaires d'ouverture souvent plus larges que les cabinets médicaux. L'autre objectif de cette vaccination à l'officine, c'est le désengorgement des cabinets médicaux, notamment appréciable dans les déserts médicaux. Ce dispositif a été testé avec succès dans certaines régions lors des campagnes vaccinales 2017-2018 et 2018-2019.

En effet 160 000 vaccinations antigrippales ont été réalisées par les pharmaciens d'officine dans les 2 régions test, Auvergne-Rhône-Alpes et Nouvelle Aquitaine.⁴⁴ Lors de la campagne de 2018-2019, deux nouvelles régions test ont été ajoutées aux deux précédentes, Hauts de France et Occitanie et 743 512 vaccinations contre la grippe saisonnière ont été réalisées par un pharmacien.⁴⁵

Au regard des résultats positifs des deux premières années d'expérimentation de la vaccination contre la grippe saisonnière en officine, la loi de financement de la sécurité sociale 2019, Article 59⁴⁶, prévoit la généralisation à l'ensemble du territoire à compter du 1^{er} mars 2019. Le pharmacien d'officine devient donc le quatrième professionnel à vacciner contre la grippe avec les médecins, les infirmiers et les sages-femmes.

Pour mettre en œuvre la vaccination, l'officine dans laquelle exerce le pharmacien doit :

- disposer de locaux adaptés pour assurer l'acte de vaccination comprenant un espace de confidentialité clos pour mener l'entretien préalable, accessible depuis l'espace client, sans accès possible aux médicaments ;
- disposer d'équipements adaptés comportant une table ou un bureau, des chaises et /ou un fauteuil pour installer la personne pour l'injection, un point d'eau pour le

⁴⁴ <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02018184/document>

⁴⁵ https://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite-pharmaceutique/article/2019/03/25/vaccination-lofficine-acte-ii_277413

⁴⁶ Article 59 de la LOI n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 ; <https://www.legifrance.gouv.fr/>

lavage des mains ou des solutions hydro-alcoolique, une enceinte réfrigérée pour le stockage des vaccins ;

- disposer du matériel nécessaire pour l'injection du vaccin et d'une trousse de première urgence ;
- éliminer les déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI) produits par la vaccination, conformément à la réglementation (article R. 1335-1 et suivants du CSP)

Dans l'officine, seuls les docteurs en pharmacie ayant suivi la journée de formation sont autorisés à vacciner. Les étudiants en pharmacie n'ont pas l'autorisation pour réaliser cette vaccination.

Le vaccin est pris en charge à 100% pour certaines catégories de personnes, la stratégie vaccinale vise à protéger les populations les plus exposées aux risques de complications graves en cas de grippe. Cela concerne :

- les personnes âgées de 65 ans et plus ;
- les personnes atteintes de certaines pathologies chroniques définies par une liste de l'assurance-maladie ;
- les femmes enceintes ;
- l'entourage des nourrissons de moins de 6 mois.

Lors de la première année d'expérimentation, étaient exclus de la vaccination à l'officine les mineurs, les femmes enceintes, les primo-vaccinant, les personnes immunodéprimées, les personnes présentant des troubles de la coagulation, et les personnes présentant des antécédents de réaction allergique sévère à l'ovalbumine ou à une vaccination antérieure. À la suite des résultats positifs de l'expérimentation, la population cible a été augmentée. Pour la campagne de 2019-2020 qui concerne l'ensemble du territoire, les pharmaciens pourront administrer la vaccination antigrippale saisonnière aux personnes majeures, ciblées par les recommandations vaccinales en vigueur, à l'exception des personnes présentant des antécédents de réaction allergique sévère à l'ovalbumine ou à une vaccination antérieure.⁴⁷ Les personnes identifiées par le pharmacien lors de l'entretien pré-

⁴⁷ Arrêté du 23 avril 2019 fixant la liste des vaccinations que les pharmaciens d'officine peuvent effectuer en application du 9° de l'article L. 51 ; <https://www.legifrance.gouv.fr/>

vaccinal comme présentant des antécédents de réaction allergique sévère à l'ovalbumine ou à une vaccination antérieure sont orientées vers leur médecin traitant.

Le Décret n° 2019-357 du 23 avril 2019⁴⁸ relatif à la vaccination par les pharmaciens d'officine précise l'utilisation du DMP pour notifier l'acte réalisé. "Le pharmacien inscrit dans le carnet de santé, le carnet de vaccination ou le dossier médical partagé de la personne vaccinée ses nom et prénom d'exercice, la dénomination du vaccin administré, la date de son administration et son numéro de lot. À défaut de cette inscription, il délivre à la personne vaccinée une attestation de vaccination qui comporte ces informations." avant de préciser qu'"en l'absence de dossier médical partagé et sous réserve du consentement de la personne vaccinée, le pharmacien transmet ces informations au médecin traitant de cette personne. La transmission de cette information s'effectue par messagerie sécurisée de santé répondant aux conditions prévues à l'article L. 1110-4-1 du CSP⁴⁹, lorsqu'elle existe." Le DMP est présenté ici comme un support de communication entre professionnels de santé qui peut se substituer à une messagerie sécurisée.

La rémunération de la vaccination pour le pharmacien définit par avenant n°16⁵⁰ à la Convention nationale de 2012 est la suivante :

- 6.30 euros par personne éligible vaccinée bénéficiant d'un bon de prise en charge sécurité sociale en métropole, et 6,60 € HT pour les départements et collectivités d'outre-mer.

Enfin cette vaccination antigrippale à l'officine, si elle prouve son efficacité et sa sécurité, peut-être l'ouverture à d'autres vaccinations en officine. Elle nécessite également une bonne coordination médecin-pharmacien.

⁴⁸ Décret n° 2019-357 du 23 avril 2019 relatif à la vaccination par les pharmaciens d'officine ; <https://www.legifrance.gouv.fr/>

⁴⁹ Article L1110-4-1 du code de la santé publique ; <https://www.legifrance.gouv.fr/>

⁵⁰ Arrêté du 2 septembre 2019 portant approbation de l'avenant no 16 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie ; <https://www.legifrance.gouv.fr/>

1.3.7 Soins de premier recours

Evoqué dans la loi HPST de juillet 2009, le pharmacien “contribue aux soins de premier recours” et “participe à la mission de service public de la permanence des soins”, les soins de premier recours sont aussi abordés dans le plan “Ma santé 2022”. Comme expliqué en amont, la proximité du pharmacien avec le patient peut permettre de désengorger les médecins généralistes et aussi les urgences des petites pathologies. En effet chaque année de nombreuses consultations aux urgences concernent des patients n’étant pas parvenu à obtenir de rendez-vous avec leur médecin traitant pour des situations qui peuvent être gérées en ambulatoire. Dans un contexte de déserts médicaux, le pharmacien peut soulager le médecin dans le cadre de pathologies précises avec des protocoles bien définis.

Prévus dans la loi du 24 juillet 2019 vu précédemment dans ce travail, et en attente des textes d’application, les soins de premier recours permettront au pharmacien d’officine dans le cadre de certaines pathologies bénignes bien précises de prescrire et délivrer certains médicaments sur ordonnance. Les modalités ne sont pas encore définies, mais cela concernerait des pathologies comme des cystites, les migraines, ou encore des angines notamment grâce au test oro-pharyngé d’orientation diagnostique des angines à streptocoque du groupe A. Ce “droit de prescription” donné au pharmacien est sujet à controverse avec les médecins.

Cette prescription-délivrance, aussi appelée dispensation protocolisée, devra s’effectuer dans le cadre d’un exercice coordonné avec d’autres professionnels de santé, selon un protocole mis en place par la HAS après une formation des pharmaciens, et avec l’obligation d’en informer le médecin traitant. Le DMP du patient pourrait permettre de notifier la délivrance de ces médicaments et aussi d’être le support de la transmission de l’information au médecin. Il peut aussi permettre d’accéder à l’historique du patient qui peut être un élément déterminant pour la prise de décision du pharmacien, comme par exemple l’historique de prise en charge par le médecin ou même le pharmacien des cystites antérieures, pour la dispensation protocolisée notamment d’antibiotiques par le pharmacien.

1.3.8 Télésanté, télémédecine, téléconsultation, cabine de téléconsultation et télésoin

Avant d’aborder cette partie, il est important de distinguer la télémédecine (qui correspond à la téléconsultation et la téléexpertise) du télésoin, qui correspond à une forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l’information et de la communication. La « télésanté » qui rassemble ces deux notions, est donc constituée de la « télémédecine » d’une part et du « télésoin » d’autre part.

Le déploiement de la télémédecine est un enjeu clé pour l’amélioration de l’organisation du système de santé et l’accès aux soins pour tous les assurés sur tout le territoire. De plus en plus d’actualité, le site Ameli de l’assurance-maladie définit les modalités de la téléconsultation en juin 2019.⁵¹ Il s’agit d’une consultation réalisée à distance par un médecin avec une vidéo-transmission au cours de laquelle le patient peut être assisté par un autre professionnel de santé, comme par exemple un autre médecin ou un infirmier. Le potentiel est important car “tout médecin peut recourir à la téléconsultation, quels que soient : sa spécialité, son secteur d’exercice” et “a priori, toutes les situations médicales peuvent donner lieu à la téléconsultation” sous réserve du jugement du médecin de la pertinence d’une prise en charge médicale à distance plutôt qu’en consultation usuelle.

Si la téléconsultation n’est pas une pratique récente, elles sont nouvellement éligibles au remboursement par l’assurance-maladie,⁵² depuis le 15 septembre 2018 “les modalités de remboursement sont les mêmes que pour une consultation classique”. Cette décision devrait logiquement aboutir sur une augmentation puis une généralisation de cette pratique dans les années à venir. La téléconsultation ne dispense pas de respecter le parcours de soins et le patient doit consulter d’abord son médecin traitant. À noter que pour le moment l’assurance-maladie considère que pour réaliser une téléconsultation, le médecin doit connaître le patient et l’avoir reçu physiquement au cours des 12 derniers mois précédents. Cependant de nombreuses exceptions existent qui permettent ainsi de s’affranchir du parcours de soins

⁵¹ <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/telemedecine/teleconsultation>

⁵² <https://www.ameli.fr/rouen-elbeuf-dieppe-seine-maritime/assure/actualites/premiere-bougie-pour-la-teleconsultation>

mais également de téléconsulter un médecin non consulté physiquement lors des 12 derniers mois :

- consultation de certains spécialistes (gynécologie, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie orale ou en chirurgie maxillo-faciale, psychiatrie ou neuropsychiatrie et pédiatrie) ;
- patient de moins de 16 ans ;
- urgence ;
- absence de médecin traitant ou rendez-vous dans un délai incompatible avec l'état de santé du patient : le patient doit alors se rapprocher de ce qu'on appelle une « organisation coordonnée territoriale ».

L'assurance-maladie précise que cette téléconsultation doit avoir lieu depuis un lieu dédié équipé tel qu' :

- une maison de santé pluriprofessionnelle ;
- une pharmacie équipée d'une cabine ;
- un chariot de téléconsultation.

Au pharmacien de saisir cette opportunité, en s'imposant comme acteur majeur de la téléconsultation ce qui permettrait de le situer au cœur du parcours de soins et de conforter son monopole en renforçant son rôle d'acteur de santé incontournable pour le patient. Pour cela il doit s'équiper de cabine de consultation.

Cabine de téléconsultation en pharmacie

La FSPF, l'USPO et l'Assurance-maladie ont signé le 6 décembre 2018 l'avenant 15⁵³ à la Convention nationale pharmaceutique de 2012 qui précise les modalités de mise en œuvre de la téléconsultation en officine ainsi que le rôle d'accompagnement du pharmacien dans ce cadre. Cet avenant est actuellement en cours d'approbation ministérielle. Le texte précise les conditions à respecter pour réaliser ces téléconsultations en officine :

⁵³ <https://www.ameli.fr/rouen-elbeuf-dieppe-seine-maritime/pharmacien/actualites/deploiement-de-la-teleconsultation-dans-les-pharmacies>

- la prise en charge devra s'effectuer dans le respect du parcours de soins ;
- le pharmacien devra disposer d'un espace permettant de préserver la confidentialité des échanges lors d'une téléconsultation ;
- le pharmacien devra disposer des équipements nécessaires à la vidéotransmission, à la bonne installation des patients et à la réalisation de certains actes pour un éventuel examen clinique (tensiomètre, oxymètre, stéthoscope et otoscope connectés) ;
- il pourra, à la demande du médecin, lui transmettre des données complémentaires comme, par exemple, les valeurs tensionnelles.

Ces conditions nécessitent la présence d'une cabine de téléconsultation au sein de l'officine. Il doit s'agir d'un espace confidentiel avec une station de vidéoconférence, des outils connectés qui permettent un télémonitorage des signes vitaux, comme la tension artérielle, la fréquence cardiaque, le taux d'oxygène sanguin, le poids et la température corporelle. La cabine peut être équipée aussi par exemple d'une caméra haute définition permettant de visualiser une plaie, une lésion cutanée...

L'Assurance-maladie prévoit, pour encourager les pharmacies à s'équiper de ce type de cabine, une "rémunération valorisant leur contribution à l'exercice coordonné entre professionnels de santé et à l'évolution des pratiques". Pour se faire, seraient mis en place : un forfait à l'installation de la cabine et une participation fixe les années suivantes, et un second forfait en fonction du nombre de téléconsultations réalisées au sein de l'officine.⁵⁴

En France certaines pharmacies sont déjà équipées de ce type de cabine. Une pharmacie avec une cabine de téléconsultation peut être un vrai bénéfice pour des patients situés dans des zones dites de "déserts médicaux". Dans ces territoires où il est difficile d'obtenir un rendez-vous chez le médecin, la télémédecine a vocation à être une des solutions. Elle peut être aussi utile pour n'importe quel patient sur le territoire qui a du mal à obtenir un rendez-vous rapidement chez son médecin traitant pour des pathologies telles que cystites, états grippaux, ou gastroentérites. Elle peut également avoir sa place dans les consultations dites de suivi, notamment de médecin spécialiste, qui a vu le patient récemment

⁵⁴ Déploiement de la téléconsultation dans les pharmacies ; <https://www.ameli.fr/rouen-elbeuf-dieppe-seine-maritime/pharmacien/actualites/deploiement-de-la-teleconsultation-dans-les-pharmacies>

et connaît le contexte pathologique. En effet certains patients sont obligés de couvrir des distances importantes pour voir leur spécialiste. On peut imaginer un schéma de consultation alterné pour le suivi du patient par le spécialiste, entre consultation physique et téléconsultation.

Pour la permanence de soins sur l'ensemble du territoire souhaité par le plan "Ma santé 2022", la cabine de téléconsultation permettrait de diminuer les passages aux urgences pour des pathologies classiquement prises en charge en ville, n'ayant pas réussi à obtenir un rendez-vous chez leur médecin traitant. Les urgences seraient moins saturées comme notamment lors d'épidémies grippales. En effet on peut aisément imaginer qu'un patient avec un syndrome grippal sans gravité peut être pris en charge en téléconsultation.

Pour la pharmacie s'équipant de ces cabines les avantages sont évidents, en effet nombre de pharmacies cherchent la proximité de cabinets médicaux pour générer du flux d'ordonnance, quoi de mieux que d'avoir le cabinet médical en plein cœur de l'officine. À noter que le patient demeure tout de même libre du choix de la pharmacie pour la délivrance de l'ordonnance à la suite de la téléconsultation. Enfin la coopération entre pharmacien et médecin en serait renforcée puisque le pharmacien peut assister le médecin lors de la consultation.

Autre branche de la télémédecine, la **téléexpertise** est une pratique qui consiste pour un médecin à solliciter d'un autre médecin son expertise en raison de sa formation ou de sa compétence particulière. Cette nouvelle pratique devrait améliorer encore la qualité de la prise en charge des patients et permettre également aux professionnels de gagner du temps et ainsi de libérer un temps médical. La téléexpertise ne concerne pas le pharmacien.

Notion plus récente, le **télésoin** concerne le pharmacien. Elle apparaît dans le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 13 février 2019⁵⁵, projet aussi en discussion au Sénat⁵⁶. Ce projet insère dans le Code de la santé publique une nouvelle section relative au

⁵⁵ Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé ; <http://www.assemblee-nationale.fr/15/projets/pl1681.asp>

⁵⁶ Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé ; <https://www.senat.fr/rap/l18-524/l18-52419.html>

télésoin, qui est une déclinaison de la télé médecine réalisée par des professionnels de santé non-médecins. Il définit le télésoin « comme pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication qui met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux, en complément de la télé médecine réservée aux professions médicales. À titre d'illustration, peuvent être cités, notamment, l'accompagnement par les infirmiers des effets secondaires de chimiothérapies orales, ou encore les séances d'orthophonie et d'orthoptie à distance. » Il est question de la prise en charge des activités de télésoin par l'Assurance maladie. Plus concrètement pour le pharmacien, l'activité de télésoin a vocation à s'appliquer aux missions conventionnelles qu'exercent les pharmaciens d'officine (entretiens pharmaceutiques pour les patients asthmatiques non contrôlés et les patients sous anticoagulants oraux, bilans partagés de médication pour les personnes âgées). Les activités de télésoin prises en charge par l'Assurance maladie doivent mettre en relation un pharmacien et un patient et sont effectuées par vidéo transmission. Autre possibilité dans le futur, la présence du pharmacien auprès du patient lors d'une téléconsultation avec le médecin traitant, soit un acte de télésoin éligible à une tarification par l'Assurance-maladie.

Le DMP dans tout ça

L'Assurance-maladie préconise qu'« à la fin de la téléconsultation, le médecin rédige un compte rendu, et l'archive dans le DMP du patient s'il est ouvert ». Tout acte de télésanté peut être notifié dans le DMP patient. Le DMP peut aussi permettre au médecin, pharmacien ou auxiliaire de santé téléconsultant de récupérer des informations de santé sur le patient dans le cadre d'une téléconsultation ou d'un télésoin, avec par exemple un urgentiste, qui ne connaîtrait pas les antécédents du patient.

1.4 La messagerie sécurisée

La messagerie sécurisée est un sujet central et transversal de ce travail. Les solutions de messageries sécurisées et le système DMP sont complémentaires. Le DMP peut permettre de généraliser la messagerie sécurisée. En effet le principal défi de cette messagerie est son intégration dans le parc hétéroclite des logiciels utilisés par les professionnels de santé. En

effet, chaque corps de métier possède ses propres logiciels métiers, et parfois même plus d'une dizaine de logiciels différents par profession comme par exemple les médecins généralistes et les pharmaciens. Le DMP a cette ambition d'universalité, il est donc le support idéal pour la mise en place d'une messagerie commune entre toutes les professions concernées. Cette messagerie sécurisée doit aussi permettre la traçabilité des échanges. On peut imaginer, que certaines transmissions entre professionnels de santé effectuées grâce au support DMP soient automatiquement intégrées et rangées dans le DMP du patient, par exemple une transmission de résultat d'analyse.

1.4.1 Cadre juridique

Il est indispensable de sécuriser la transmission des informations de santé car elles possèdent un caractère confidentiel. Plusieurs textes encadrent la mise en œuvre de la messagerie sécurisée.

- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, Art 1110-4⁵⁷ : “Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.” Il faut assurer la sécurité des messages et des pièces jointes, notamment leur confidentialité et leur intégrité lors de leur transfert.
- Décret n°2007-960 du 15 mai 2007⁵⁸ : “En cas de transmission par voie électronique entre professionnels, les mesures mises en œuvre pour garantir la confidentialité des informations échangées, le cas échéant, par le recours à un chiffrement en tout ou en partie de ces informations.” “En cas d'accès par des professionnels de santé aux informations médicales à caractère personnel conservées sur support informatique ou de leur transmission par voie électronique, l'utilisation de la carte de professionnel

⁵⁷ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; <https://www.legifrance.gouv.fr/>

⁵⁸ Décret n° 2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique et modifiant le code de la santé publique ; <https://www.legifrance.gouv.fr/>

de santé est obligatoire”. Ce décret impose lors des échanges de données médicales personnelles, l’authentification des professionnels à l’aide de la carte de professionnel de santé (CPS) et donc la possession d’un lecteur de ce type de carte. Il est indispensable de garantir l’identité de l’émetteur du message et de son destinataire en vérifiant leur appartenance à un référentiel d’identification national.

- L’autorisation unique 037 de la Commission nationale de l’information et des libertés⁵⁹ : Pour être sécurisée une messagerie doit répondre aux spécifications de cette autorisation unique. L’Agence des systèmes d’information partagés (ASIP) a créé l’espace confiance MSSanté qui répond aux spécifications de cette autorisation. À terme, l’ensemble des messageries de santé existantes ont vocation à intégrer l’Espace de Confiance MSSanté au sein duquel les professionnels de santé pourront échanger de manière sécurisée.



1.4.2 Les limites des moyens de communication usuels.

- Le courrier : utilisé notamment pour faire parvenir des comptes rendus d’hospitalisation ou des résultats d’analyses au médecin traitant, ou encore la correspondance entre médecins, ce moyen de communication a le principal défaut de mettre 24 à 48 heures pour parvenir à son destinataire.
- Le téléphone : très utile en cas de communication d’urgence, le téléphone a l’inconvénient de déranger le professionnel de santé par son caractère impérieux. De plus il ne permet pas l’archivage de l’information transmise.

⁵⁹ Autorisation unique AU-037, Le traitements des données de santé par messagerie sécurisée ; <https://www.cnil.fr/fr/>

- Fax et mail : ne répondent pas au critère de confidentialité imposé par le cadre juridique. Si un email avec des données médicales est piraté, le professionnel de santé peut voir sa responsabilité engagée.

1.4.3 La Messagerie sécurisée à l'officine

Une des principales possibilités d'utilisation de la messagerie sécurisée pour le pharmacien est la prescription électronique, détaillée dans la deuxième partie de ce travail. Le pharmacien, dans le cadre de ses nouvelles missions a également intérêt à utiliser la messagerie sécurisée, pour transmettre les comptes rendus des entretiens thérapeutiques, des bilans partagés de médication et aussi informer le médecin de la vaccination de son patient. Une autre possibilité de la messagerie sécurisée à l'officine est d'informer le médecin sur toutes informations pertinentes concernant la délivrance de l'ordonnance, la rupture de médicament, le changement de spécialité ou de forme galénique, l'interaction, l'adaptation posologique, etc... Cette messagerie sécurisée peut devenir un outil majeur de coordination pour le binôme médecin-pharmacien.

1.4.4 Les principales messageries sécurisées en France

Il existe de nombreuses messageries sécurisées, leur principal défaut réside dans le fait qu'elles sont peu interopérables entre elles, même si elles passent maintenant presque toutes par l'espace de confiance MSSanté créée par l'ASIP. Cet espace possède un annuaire répertoriant les professionnels de santé qui possèdent une adresse mail sécurisée.

En plus des 2 principales messageries citées ci-dessus, il en existe de nombreuses autres créées par des éditeurs de logiciels ou encore des Agences de santé régionales.

- **Mailiz**



Mise en place par l'ASIP, il s'agit d'une messagerie sécurisée gratuite, proposée par les sept Ordres de santé. Pour le créer il faut être professionnel de santé, titulaire d'une carte CPS, disposer d'un lecteur de carte, et d'un accès au site mailiz.mssante.fr. La messagerie est accessible depuis son ordinateur, son smartphone ou sa tablette.

- **La Messagerie Apicrypt.**



Créé en 1995 par des médecins, il s'agit de la plus répandue en France. En 2015 elle est utilisée par près de 60 000 professionnels de santé via leur logiciel métier, c'est un service payant. Certains établissements de santé sont abonnés à la messagerie, comme l'AP-HP à Paris.⁶⁰

⁶⁰ <https://www.lesechos.fr/2015/08/la-messagerie-apicrypt-conquiert-les-medecins-252871>

2. Le DMP

2.1 Le projet

2.1.1 Des débuts avortés de 2004 à 2007

La mise en place du DMP a été assez laborieuse. C'est en 2003 qu'est né le projet d'un dossier médical informatisé national, ses bases figurent dans un rapport⁶¹ demandé par le Ministre de la santé Jean François Mattei, rédigé par M. Fieschi professeur de biostatistique et d'informatique médicale à la faculté de Marseille. Les objectifs principaux de ce dossier médical informatisé national sont de limiter la redondance des examens complémentaires et d'améliorer la qualité des soins pour les patients. Le rapport de M. Fieschi estime que les évolutions de la société et la nécessité de coordination des soins exigent "une mise en commun d'informations entre tous les acteurs du système de santé et le patient afin d'améliorer sa prise en charge, la coordination et la continuité des soins". Il décrit un projet à la fois ambitieux avec "Un dossier médical structuré, exhaustif, convenant à tous quelle que soit la spécialité de chacun et interopérable avec tous les systèmes d'information existants en pratique" et nécessaire, "la mise en œuvre maîtrisée de systèmes d'information adaptés est une condition nécessaire à la coordination des soins". Il justifie aussi le projet par les évolutions de la médecine moderne, "L'utilisation intensive des techniques biologiques et chirurgicales, le développement des connaissances médicales ont amenés la fragmentation de la médecine en de nombreuses sous spécialités". La multiplication de ses spécialités et sous spécialités impose des systèmes de communication performants. Toujours dans ce rapport, un autre aspect du DMP est évoqué, c'est l'importance pour le patient d'être acteur de sa santé. En effet M. Fieschi préconise que le patient ait un accès direct à son DMP. Ce point fait débat en 2003, certains acteurs de santé redoutent que l'accès par le patient à ses informations de santé développe un effet anxiogène

⁶¹ Rapport au ministre de la santé de la famille et des personnes handicapées : les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins ; <https://reseauprosante.fr/files/santepublique/Les-donnees-du-patient-partagees-la-culture-du-partage-et-de-la-qualite-des-informations-pour-ameliorer-la-qualite-des.pdf>

chez ce dernier. Mais les études menées n'ont pas mis en évidence de tel effet⁶², et d'autres études contrôlées montrent à l'inverse des effets positifs sur l'information et l'éducation du patient^{63 64}

Concernant l'hébergement de ces données, la loi du 4 mars 2002⁶⁵ autorise l'hébergement des données de santé à caractère personnel et les hébergeurs doivent préalablement obtenir un agrément de l'administrateur.

La loi n°2004-810 du 13 août 2004⁶⁶ lance le DMP à travers les articles L161-36-1 et suivant du Code de la sécurité sociale. Le DMP s'appelle alors le Dossier Médical Personnel. Puis en 2005 est créé le GIP-DMP, Groupement d'intérêt public, Dossier médical Personnel. C'est un groupement de préfiguration du dossier médical partagé, regroupant l'État (Ministère de la Santé), l'Assurance maladie et la Caisse des dépôts et consignations.

En juin 2006 le GIP-DMP lance la première expérimentation sur le DMP, il est testé dans 17 sites et 13 régions françaises⁶⁷. Cette expérimentation marque un coup d'arrêt pour le DMP qui avait pour vocation d'être instauré le 1er juillet 2007. La mission d'audit confiée à plusieurs corps d'inspection (affaires sociales, finances, technologies de l'information) à la suite de cette expérimentation fait un rapport qui conclut sur l'absence d'enseignement à tirer et préconise le report du DMP⁶⁸. Ce rapport explique que “ le coût du projet, longtemps et grandement sous-estimé, a conduit à ne jamais accorder au GIP-DMP les moyens humains, techniques et budgétaires qui lui étaient nécessaires” ou encore que “la priorité ait été donnée d'emblée à la dimension technique et à l'hébergement du DMP, avant que la

⁶² Elbourne D, Richardson M, Chalmers I, Waterhouse I, Holt E: The Newbury Maternity Care Study: a randomized controlled trial to assess a policy of women holding their own obstetric records. Br J Obstet Gynaecol 1987;94:612-9.

⁶³ Bronson DL, O'Meara K: The impact of shared medical records on smoking awareness and behaviour in ambulatory care. J Gen Intern Med 1986; 1:34 -7.

⁶⁴ Bronson DL, Costanza MC, Tufo HM: Using medical records for older patient education in ambulatory practice. Med Care 1986;24:332-9

⁶⁵ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; <https://www.legifrance.gouv.fr/>

⁶⁶ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ; <https://www.legifrance.gouv.fr/>

⁶⁷ <https://bfmbusiness.bfmtv.com/01-business-forum/dmp-retour-sur-un-fiasco-367576.html>

⁶⁸ Rapport sur le dossier médical personnalisé -Novembre 2007- ; <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/074000713.pdf>

réflexion sur son contenu et son usage ait été réellement menée”. Plusieurs dysfonctionnements sont pointés du doigt, “une instabilité managériale” du GIP sous l’influence des choix ministériels, des retards dans la publication des décrets qui sont des prérequis au contenu du DMP, ou encore un appel d’offre lancé de façon trop précipité pour désigner l’hébergeur. Enfin ce rapport préconise des recommandations pour la suite du projet, notamment de relancer le projet en adoptant une démarche adaptée à la taille et la complexité de l’enjeu, de traiter les problèmes de contenu et d’usage avant le mode d’hébergement ou encore de résoudre les questions juridiques en publiant les décrets nécessaires.

2.1.2 Rapport de la mission de relance du DMP – 23 avril 2008

Pour relancer le DMP, le gouvernement par communiqué daté du 12 novembre 2007⁶⁹, annonce le lancement d’une phase de concertation, jusqu’en mars 2008 associant les différents acteurs concernés en vue de préciser « la feuille de route » du projet DMP. Les conclusions de cette concertation sont dans un rapport d’avril 2008⁷⁰ par le Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Ce Rapport décrit les "principes d’action pour réussir la relance du DMP”. Il pose les bases du DMP tel qu’on le connaît aujourd’hui.

Il préconise avant tout de prendre le temps pour ce projet qui sera “inévitavelmente de long terme” et qui “doit s’inscrire dans un calendrier à la fois souple, réaliste et lisible”. C’est le projet “d’une, voire de deux décennies”. En effet la complexité et l’importance du projet sont incompatibles avec toute précipitation. Il est mis l’accent également sur le caractère évolutif du DMP, “il sera au début nécessairement incomplet” dans son infrastructure et son contenu. Il est question d’un “système d’informations urbanisé” c’est-à-dire d’organiser sa transformation progressive et continue visant à le simplifier, à optimiser sa valeur ajoutée et le rendre à la fois réactif et flexible, vis-à-vis des évolutions technologiques ou stratégiques.

⁶⁹ Communiqué de presse du 12 novembre 2007 sur le dossier médical personnel ; <https://www.economie.gouv.fr/archives-presse-budget>

⁷⁰ Rapport de la mission de relance du DMP – 23 avril 2008 ; <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/084000279.pdf>

Il faudra du temps pour que toutes les données de santé soient rapidement livrables sous forme électronique. Le DMP concerne pratiquement toutes les professions de santé qui adopteront chacune le DMP à leur rythme. Il est d'ailleurs précisé que "chaque professionnel de santé, chaque établissement, chaque service hospitalier, chaque réseau conserve ses dossiers médicaux". Le poste de travail du professionnel de santé devra pouvoir être un espace d'intégration permettant au praticien de passer aisément, sans duplication des saisies, de son dossier « métier » au « dossier partagé ». Le DMP se veut comme une articulation entre les dossiers des différents praticiens.

Concernant l'échec de l'expérimentation précédente, une des raisons principales avancées est que les choix techniques ont pris le dessus sur les nécessités d'usages. "Les choix techniques et d'architecture doivent servir les usages et non les contraindre". Le DMP n'est pas un projet technique mais « un service ».

Le partage des données

L'accent est mis sur le partage des informations de santé grâce au DMP entre les professionnels de santé eux-mêmes mais aussi entre le patient et les professionnels de santé. Le DMP n'a pas pour vocation à constituer seulement une « armoire de rangement » électronique, mais plutôt une "fonction de mémoire à une dynamique du partage". C'est-à-dire que l'accès aux données peut se faire selon de multiples axes, comme par exemple par chronologie, par discipline, par pathologie, par catégorie de donnée, etc. De ce fait, chaque professionnel de santé, pourra avoir de son poste de travail une vue du contenu du dossier partagé correspondant à ses besoins. L'ergonomie du système sera une des clés de réussite. Une véritable synergie entre le système DMP et le logiciel métier est primordiale pour la réussite du projet. C'est là un des principaux défis du projet, les services du DMP doivent être intégrés de manière optimale dans les logiciels « métier ». L'hétérogénéité fonctionnelle et technique du « parc informatique » chez les professionnels de santé notamment chez les pharmaciens et encore plus chez les médecins de ville est un obstacle à sa diffusion.

Il s'agit d'un dossier partagé, d'où sa ré-appellation en Dossier Médical Partagé et non plus Dossier Médical Personnel. Il est expliqué aussi que le DMP est conçu pour améliorer la coordination et la qualité des soins, et doit d'abord être un outil utilisé par les professionnels de santé. Mais il est toujours prévu que le patient puisse y avoir accès. Il y a

la notion de partage, qui consiste à la mise en commun de données dans un périmètre de personnes habilitées, mais aussi la notion différente d'échange de données. Concernant l'échange de données entre professionnels de santé est décrit le système d'échanges « point à point » qui nous intéresse beaucoup car il peut être utilisé dans nombre de situations décrites dans le premier chapitre de ce travail. Il s'agit de dispositifs permettant à un utilisateur de recourir à la voie électronique pour transmettre à un ou plusieurs interlocuteurs des messages, documents ou informations immatérielles en substitution aux supports traditionnels, courrier postal, télécopie, conversation orale en face à face ou téléphonique. L'émetteur connaît le ou les destinataire(s) et transmet un message adapté au(x) correspondant(s) souhaité(s) et à la situation donnée. Ce système est applicable dans le cadre des nouvelles missions du pharmacien, notamment, les entretiens thérapeutiques, les bilans partagés de médication, soins de premier recours ...

Comme le montre le système d'échanges "point à point", le DMP n'est plus envisagé comme un dossier avec simple fonction d'archivage, mais a pour vocation de proposer des services à valeur médicale ajoutée. Le rapport imagine d'autres services à valeur médicale ajoutée pour le praticien tels que :

- des systèmes experts pour aider le praticien dans sa prise de décision ;
- de sécuriser la transmission de documents entre professionnels de santé, comme une ordonnance électronique par exemple ;
- des systèmes d'indicateur pour évaluer sa pratique et la confronter avec celle de ses confrères ;
- de favoriser un travail coopératif entre professionnels de santé ;
- d'intégrer les référentiels de bonnes pratiques et les protocoles de soins ;
- de recourir à la télémédecine, comme expliqué dans le chapitre I.

La prescription électronique

Le rapport se penche plus en détail sur la prescription électronique, sujet qui concerne directement le pharmacien. Elle est l'une des productions les plus courantes de la consultation, et constitue un document très standardisé qu'ils s'agissent de prescriptions de médicaments ou d'exams médicaux. Elle se prête donc pleinement à une utilisation numérique. Le patient gagne en confort, il n'aurait plus à s'occuper de la transmission de

l'ordonnance au pharmacien ou au laboratoire. Les ordonnances papier sont facilement falsifiables, avec une ordonnance électronique la falsification est beaucoup plus compliquée voire impossible. De plus cela permettrait de s'affranchir des sources d'erreurs dues à la lisibilité parfois compliquée des ordonnances papier. On peut imaginer le système suivant ; le prescripteur "déposerait" l'ordonnance dans le DMP du patient, puis le patient se rend dans la pharmacie de son choix, le pharmacien avec son accord récupère l'ordonnance en se connectant au DMP du patient grâce à sa carte vitale pour sécuriser la transmission de l'ordonnance. Il reviendra au pharmacien d'imprimer l'ordonnance pour le patient, car il est indispensable que le patient ait l'ordonnance en main ne serait-ce que pour connaître les posologies. Le pharmacien notifie dans le DMP la délivrance des produits grâce, par exemple, à une nouvelle version de l'ordonnance transmise au DMP contenant les spécialités délivrées et les quantités. Le médecin peut avoir connaissance automatiquement de la délivrance de l'ordonnance et les détails de celle-ci grâce au DMP du patient. Lors d'un complément de délivrance de l'ordonnance ou d'un renouvellement, le pharmacien qu'il soit le même ou non que lors de la première délivrance, a accès à toutes les informations nécessaires dans le DMP patient pour donner le solde de la prescription au patient. Cette transmission électronique au pharmacien doit répondre aux spécificités de la messagerie sécurisée déjà abordée dans ce travail.

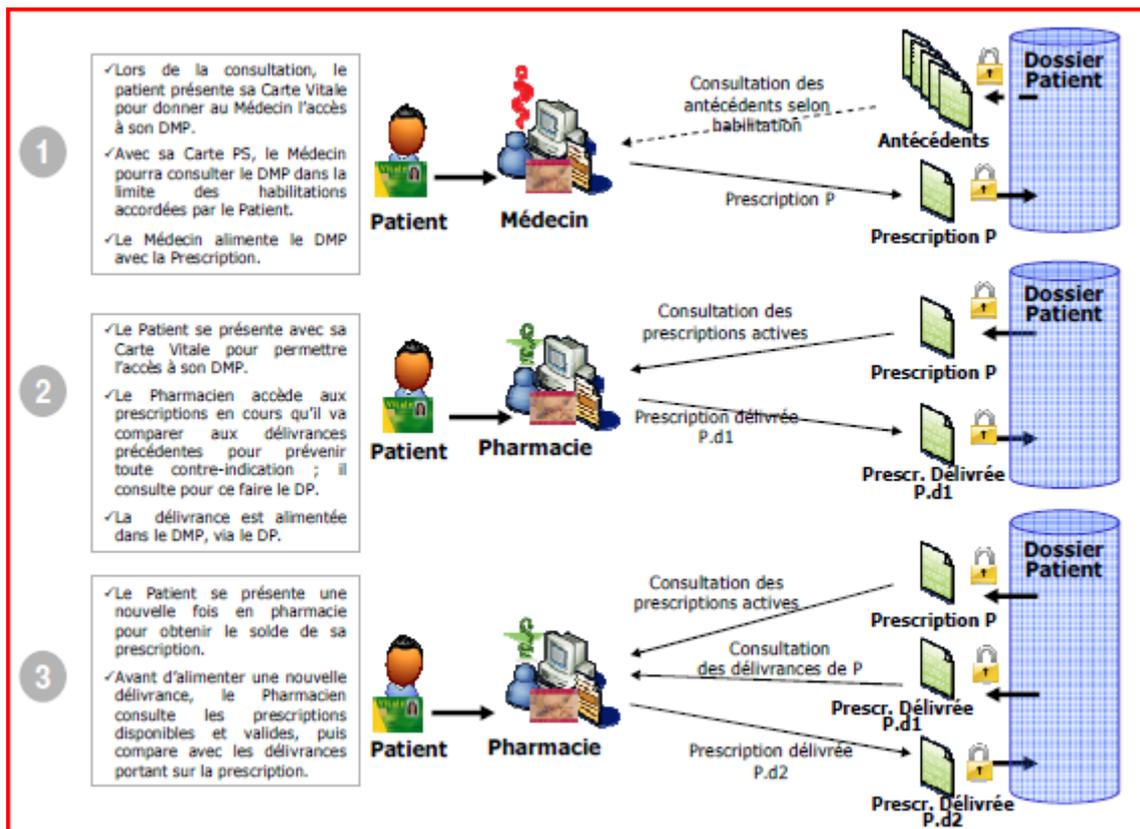


Schéma : Cinématique envisageable de la prescription électronique.

Source : Rapport de la mission de relance du DMP – 23 avril 2008

Le consentement du patient et l'accès à ses données de santé

Dans une autre partie du rapport de relance, plusieurs points importants concernant le consentement du patient et l'accès à ses données de santé par les professionnels de santé sont abordés :

- l'ouverture du DMP doit se faire sur la base d'un consentement explicite et éclairé du patient. "Le patient doit exprimer expressément son accord, après avoir été dûment informé de la portée de son engagement". Elle ne doit être en aucun cas automatique ou imposée ;
- le patient conserve à tout moment le droit de s'opposer expressément à l'accès à son DMP ;

- le patient doit toujours avoir le moyen de refuser l'accès d'un professionnel de santé particulier à son DMP ;
- la procédure « bris de glace » : dans les cas d'urgence, lorsque le pronostic vital d'un patient est en jeu, tout professionnel de santé appelé à prendre le patient en charge doit pouvoir accéder au DMP ;
- le droit au masquage : possibilité pour un patient de rendre inaccessibles des données contenues dans son dossier médical partagé ; qui assure à chacun un droit légitime à l'oubli ;
- le principe de traçabilité : rendre compte, en temps réel et de façon à la fois visible par le patient et par les professionnels de santé habilités, de tout acte de consultation ou d'alimentation du DMP. Le patient sera averti de tout professionnel de santé consultant son DMP. Cette traçabilité est destinée à repérer les éventuels accès abusifs.

Pour garantir le respect de ses règles il est précisé dans le rapport que “Tout usage abusif du DMP doit être très lourdement puni. La législation actuelle a prévu des sanctions pouvant aller jusqu'à un an de prison et 15 000 € d'amende.

Trois actions possibles du patient sur son DMP sont décrites dans le rapport :

- une consultation et une utilisation de ses données de santé ;
- la possibilité de rajouter des documents ou des informations pour enrichir son DMP;
- l'accès à des services multiples pour favoriser sa prise en charge.

Ces services multiples, sont à valeur médicale ajoutée pour le patient, on peut citer, la télémédecine, un agenda médical, un annuaire des professionnels de santé, un service d'alerte pour rappel des vaccins ou des dépistages, des liens vers les autres sites de gestion ou d'information de santé, ou encore le recueil de la volonté du patient en matière de don d'organes.

Services pour la santé publique

Il est aussi question de l'utilisation des données de santé que va générer l'utilisation du DMP. L'intérêt de l'exploitation des données à des fins de santé publique notamment pour des études épidémiologiques apparaît comme évident. Le rapport préconise sur ce point de

permettre cette exploitation mais lors “d’une étape ultérieure” et de ne pas en faire une finalité à court ou moyen terme sur un projet qui en contient déjà beaucoup. Les enjeux de confidentialité et de sécurisation sont suffisamment importants dans un premier temps pour ne pas les complexifier trop rapidement.

2.1.3 Nouvelles Expérimentations en 2010

Pour donner suite au rapport précédent, la relance du DMP est entérinée lors de la déclaration de Mme Roselyne Bachelot, Ministre de la santé, de la jeunesse, le 23 juin 2008⁷¹. Elle crée l’ASIP, l’Agence des systèmes d’information de santé partagée. L’e-santé en France dispose désormais de sa propre agence. C’est cette dernière qui sera chargée d’expérimenter le DMP sur le terrain. Elle définit aussi le DMP “socle”, une présentation basique du dossier médical constitué de 4 piliers :

- les médicaments délivrés ;
- les comptes-rendus de radiologie ;
- les résultats des analyses de biologie ;
- les comptes-rendus hospitaliers.

C’est cette version basique du DMP qui fera l’objet des expérimentations et qui s’enrichira au fur et à mesure. Elles commencent en 2010 avec le déploiement du DMP dans 4 régions pilotes, Alsace, Aquitaine, Franche Comté et Picardie, Fin septembre 2011, plus de 35 000 DMP sont créés⁷², mais seulement 42 % ont au moins un document et seulement 9 % des patients ont consulté leur DMP. Le déploiement est étendu à 10 nouvelles régions en 2012. Fin 2014, 513 226 DMP ont été créés alors que le déploiement prévu visait 5

⁷¹ Déclaration de Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, sur l’apport des technologies de l’information pour la qualité des soins, notamment pour le dossier médical du patient, Paris, Hôpital Georges Pompidou, le 23 juin 2008.

⁷² Point d’avancement de l’activité DMP et DMP compatibilité le 6 octobre 2011 ; https://fr.slideshare.net/esante_gouv_fr/avancement-activite-dmpetdmpcompatibilite

millions de dossiers. On comptait à cette date seulement 55% de dossiers alimentés et 22% partagés.⁷³

2.2 Le DMP actuel

Le décret n°2016-1545 du 16 novembre 2016⁷⁴, pris en application de l'article 96 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016⁷⁵ de modernisation de notre système de santé, autorise la création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé « dossier médical partagé ». Comme prévu le DMP a un caractère entièrement facultatif, chaque patient est libre de le créer ou non. Le fait qu'un patient n'ait pas de DMP n'a pas d'impact sur ses droits à remboursement et aucune amende n'est prévue. En avril 2019, 5 millions de patients ont créé leur DMP.⁷⁶ L'objectif fixé par l'Assurance-maladie est d'arriver à 40 millions de dossiers ouverts d'ici à 2022.⁷⁷

2.2.1 Comment ouvrir son DMP ?

Un DMP peut être créé par un professionnel de santé à la demande d'un patient sur l'ensemble du territoire français, puis fin 2018 il est possible de le créer sur internet pour certains régimes. En avril 2019, 31% des DMP ont été créés dans une pharmacie, 32 % par un agent de l'Assurance-maladie, 19 % des patients l'ont ouvert eux-mêmes sur le site dmp.fr et 18 % ont profité d'une consultation auprès d'un professionnel de santé. Il est prévu bientôt, que les personnes ayant des difficultés à se déplacer pourront se tourner vers les infirmiers qui seront rémunéré 1 euro par DMP créé.

⁷³ https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2015/ANNEXE/HCAAM-2015-RAPPORT-ANNEXE-LE_NUMERIQUE.pdf

⁷⁴ Décret n° 2016-1545 du 16 novembre 2016 autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé « dossier médical partagé » ; <https://www.legifrance.gouv.fr/>

⁷⁵ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ; <https://www.legifrance.gouv.fr/>

⁷⁶ 5 millions de personnes ont ouvert leur DMP ; <https://www.ameli.fr/rouen-elbeuf-dieppe-seine-maritime/centre-de-sante/actualites/5-millions-de-personnes-ont-ouvert-leur-dmp>

⁷⁷ Les pharmacies dopent la création de nouveaux DMP ; <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/esante/les-pharmacies-dopent-la-creation-de-nouveaux-dmp>

2.2.2 Liste exhaustive des personnes habilitées à alimenter le DMP⁷⁸ :

- les médecins généralistes et autres spécialistes (dont radiologues, biologistes) libéraux ou salariés ;
- les médecins du SAMU, des urgences, des centres 15, les internes en médecine, les pharmaciens biologistes et internes ;
- les dentistes et internes ;
- les sages-femmes ;
- les pharmaciens d'officine et de PUI, internes et préparateur ;
- les infirmiers ;
- les kinésithérapeutes ;
- les pédicures podologues ;
- les ergothérapeutes ;
- les psychomotriciens ;
- les orthophonistes ;
- les orthoptistes ;
- les diététiciens ;
- les audioprothésistes, opticiens lunetiers, métiers de l'appareillage pour les personnes handicapées ;
- les manipulateurs d'électro-radiologie médicale ;

Ces professionnels de santé ne peuvent accéder qu'aux catégories de données prévues en fonction de leurs professions et ne doivent accéder, dans ces catégories, qu'aux données strictement nécessaires à la prise en charge de leur patient.

Pour le professionnel de santé l'accès peut se faire par un navigateur internet ou grâce au logiciel métier à condition qu'il soit « DMP-compatible », c'est-à-dire intégrant une interface d'authentification et de navigation. La DMP-compatibilité du logiciel s'obtient via une procédure d'homologation.

⁷⁸ Matrice d'habilitations des professionnels de santé au DMP ; en annexe 1.

2.2.3 Procédure bris de glace

Tout médecin régulateur du SAMU est autorisé, en cas d'urgence, à accéder au DMP d'un patient. Si son état présente un risque immédiat pour sa santé, un professionnel de santé peut également y accéder. Cette procédure est appelée « bris de glace ». Une trace de tous ces accès en urgence figure dans le DMP. Le patient peut s'opposer à la possibilité de cette procédure lors de la création de son DMP, et peut modifier cet accès à tout moment depuis les paramètres de son compte. Lors de la création d'un DMP à l'officine deux questions sont posées au patient à ce sujet :

- Si votre état présente un risque immédiat pour votre santé, autorisez-vous tout professionnel de santé à accéder à votre DMP ?
- Si votre état présente un risque immédiat pour votre santé, autorisez-vous le médecin régulateur du SAMU à accéder à votre DMP ?

À noter que, les médecins du travail, les organismes privés, les assurances, ainsi que toute personne non autorisée par le patient, ne peuvent accéder au DMP.

2.2.4 Liste exhaustive des informations pouvant être présentes sur le DMP⁷⁹ :

- les comptes rendus (CR) suivant : CR d'accouchement, CR d'acte diagnostique, CR d'acte diagnostique à visée préventive ou de dépistage, CR d'acte thérapeutique, CR d'acte thérapeutique à visée préventive, CR d'admission, d'anatomie et de cytologie pathologiques, 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 génétique moléculaire, CR de passage aux urgences, CR de réunion de concertation pluridisciplinaire, CR de télé-médecine, CR d'examen biologiques, CR hospitalier (séjour), CR opératoire, CR ou fiche de consultation ou de visite, CR ou fiche de suivi de soins par auxiliaire médical, et lettre de liaison à la sortie d'un établissement de soins ;

⁷⁹ Matrice d'habilitations des professionnels de santé au DMP ; en annexe 1.

- les synthèses suivantes : note de transfert (dont lettre de liaison à l'entrée en établissement de soins), synthèse d'épisode de soins, synthèse du dossier médical ;
- imagerie médicale : CR d'imagerie médicale, document encapsulant une image d'illustration ;
- prescriptions de médicaments et de soins, ainsi que toutes autres types de prescriptions ;
- dispensation médicamenteuse ainsi que toutes autres types de dispensation ;
- plans de soins, protocoles de soins : plan personnalisé de soins, protocole de soins d'affection longue durée (ALD) ;
- traitements administrés ;
- certificats et déclarations ;
- données de remboursement ;
- expression du titulaire : directives anticipées, document du patient, volontés et droits du patient.

À noter que les pharmaciens d'officine ont le droit d'accès selon la matrice des habilitations, à l'ensemble des informations ci-dessus à l'exception des directives anticipées du patient selon la matrice d'habilitation disponible en Annexe 1.

2.3 Le patient et son DMP

2.3.1 Comment consulter son DMP

Le patient peut consulter son DMP à tout moment en se connectant sur le site internet dmp.fr. Il clique sur "Mon DMP", s'il s'agit de sa première connexion, il a besoin du mot de passe initial qui a été remis lors de la création du DMP. Pour sécuriser la connexion il recevra alors immédiatement un code d'accès à usage unique, soit par mail sur son adresse électronique, soit par SMS, en fonction des informations données lors de la création du DMP. Grâce à ce nouveau code, le patient peut accéder à son DMP et aussi choisir le mot de passe de son choix

Par la suite, pour chaque nouvelle connexion, il faut saisir à la fois le nouveau mot de passe et un code d'accès à usage unique différent à chaque connexion envoyée par mail ou par SMS.

Le patient dispose de 3 tentatives pour saisir ses données d'identifications. En cas de 3 échecs le compte est bloqué durant 15 minutes, puis le patient peut essayer à nouveau. Le but est d'éviter le piratage du DMP du patient en limitant les tentatives de connexion.

En cas de pertes des données d'identification, le patient peut se rendre en pharmacie avec sa carte vitale pour en obtenir de nouvelles, ou appeler DMP Info Service au 0 810 331 133.

L'appli DMP

Le DMP est accessible à tout moment via l'application DMP destinée exclusivement à la consultation par les patients. Disponible sur smartphone ou sur tablette, Android ou iOS, l'application DMP permet au patient de consulter ses données de santé, de visualiser les actions réalisées sur son DMP et de l'enrichir en y ajoutant les données utiles à son suivi médical.

2.3.2 Directives Anticipées

Les « directives anticipées » concernent les situations de fin de vie. Elles sont les volontés du patient, exprimées par écrit, sur les actes médicaux ou les traitements qu'il souhaite ou non s'il ne peut plus communiquer à cause d'une maladie grave ou après un accident grave. Elles concernent les conditions de sa fin de vie, c'est-à-dire de poursuivre, limiter, refuser ou arrêter des traitements ou des actes médicaux. Cela concerne plus précisément :

- les situations dans lesquelles le patient souhaite ou pas être maintenu artificiellement en vie ou dans lesquelles il risque de se trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie) ;
- les actes et des traitements médicaux dont il peut faire l'objet ;
- la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

Ses directives sont révisables et révocables à tout moment et par tout moyen. Il faut que le patient informe son médecin et ses proches qu'il a rédigé ses directives anticipées en leur indiquant où elles sont conservées. (formulaire disponible sur le site de la Haute autorité de santé⁸⁰). Le DMP permet de les conserver et de les rendre disponibles rapidement pour n'importe quels professionnels de santé habilités.

2.3.3 Le droit de masquage

Comme prévu par le rapport de la mission de relance du DMP du 23 avril 2008, le patient dispose d'un droit de masquage sur les informations présentes sur son DMP, il peut les rendre inaccessibles aux professionnels de santé qui le consultent. À noter que cette affirmation n'est pas vraie pour le médecin traitant qui par dérogation, a accès à l'ensemble des informations contenues dans le DMP y compris celles masquées par le patient.

2.3.4 Bloquer un professionnel de santé

Le patient a la possibilité de bloquer l'accès à l'ensemble de son DMP à un professionnel de santé. Il peut réaliser cette action facilement en se connectant à son DMP. Mais la responsabilité du professionnel de santé ne peut être engagée si des informations importantes lui ont été masquées.

2.3.5 Autres actions possibles pour le patient

S'il estime ses informations pertinentes pour sa prise en charge, le patient a la possibilité d'ajouter des fichiers lui-même ou encore de rédiger un document sur son DMP. Trois types de documents sont proposés,

- expression libre ;
- suspicion d'effets indésirables ;

⁸⁰ <https://www.has-sante.fr/>

- autosurveillance.

Le patient peut aussi consulter l'historique des accès à son DMP.

Il peut indiquer l'identité et les coordonnées des représentants légaux, définir les personnes à prévenir en cas d'urgence ou encore sa personne de confiance.

La **personne de confiance** est une notion de droit français de la santé. Elle a été créée initialement pour favoriser le consentement des personnes hors d'état de s'exprimer. Cette personne a deux missions :

- accompagner à sa demande le patient dans des démarches de santé, y compris les consultations médicales, dans le but de l'aider à mieux comprendre ce qui s'est passé lors de ces démarches ;
- transmettre les volontés du patient qui serait devenu hors d'état de s'exprimer (en raison de coma ou de démence par exemple) à l'équipe médicale par le biais des directives anticipées.

Concernant le don d'organe et de tissus, le patient peut déclarer être informé des dispositions réglementaires relatives au don d'organe et de tissus en France, c'est-à-dire que tout le monde est donneur par défaut. Un lien est présent pour accéder au registre national des refus tenu par l'Agence de la Biomédecine si le patient souhaite y figurer.

Le patient a la possibilité aussi de télécharger l'ensemble de son DMP. Le téléchargement permet d'obtenir une copie complète de l'ensemble de ses documents, de l'historique des accès à son DMP et des autorisations accordées. Un téléchargement partiel est aussi possible.

Enfin le patient peut fermer son DMP lui-même sur internet. Dans ce cas, les données sont conservées pendant 10 ans à compter de la dernière inscription.⁸¹

⁸¹ Dossier médical partagé (DMP) : questions-réponses ; <https://www.cnil.fr/fr/dossier-medical-partage-dmp-questions-reponses>

3 CONSULTATION DES PHARMACIENS SUR LE DMP

3.1 Méthodologie

3.1.1 Introduction

J'ai choisi d'interroger mes confrères pharmaciens d'officine pour connaître leur avis sur les points importants concernant l'utilisation du DMP dans le cadre de leur métier à travers un questionnaire de 11 interrogations. À savoir qu'au moment de la réalisation de ce travail et de la diffusion de ce questionnaire, les pharmaciens n'ont pas encore accès au DMP des patients, leur rôle pour le moment se limite à proposer la création du DMP aux patients et d'être capable de les informer au mieux sur le sujet. Le pharmacien est en premier ligne pour la promotion du DMP et un maillon indispensable à sa réussite.

3.1.2 Objectifs

Cette consultation a plusieurs objectifs :

- Etudier la possibilité d'utiliser le DMP dans les missions du pharmacien, et notamment ses nouvelles missions décrites précédemment dans ce travail ;
- Estimer si le DMP est bien accepté et adapté aux patients ;
- Evaluer si les pharmaciens d'officine ont été suffisamment formés au DMP et sont capables de transmettre les informations indispensables aux patients pour son utilisation.

3.1.3 Matériels et Méthodes

L'étude porte sur une seule population, les pharmaciens d'officine adjoint ou titulaire. Cette étude n'a été financée par aucun organisme ou aucune association.

Le recrutement s'est fait par deux canaux. Premièrement j'ai diffusé moi-même le questionnaire grâce à "Google forms" à mes connaissances, anciens collègues et anciens camarades de promotion. "Google forms" permet une diffusion rapide et efficace à l'aide d'un lien internet. Deuxièmement, j'ai demandé aide au Groupe Pharmagest, éditeur de logiciels informatiques officinaux afin de diffuser mon questionnaire dans les officines. Le questionnaire a été publié du 25 août au 08 septembre 2019 dans 9039 pharmacies équipées du logiciel LGPI de Pharmagest.

3.2 Le questionnaire

Le QCM comporte 11 questions, pour chacune d'elle une seule réponse est possible.

Les 11 questions sont :

Question 1 : Trouvez-vous utile que le pharmacien puisse avoir accès à l'ensemble des données du DMP du patient ?

- a. Oui
- b. Non

Question 2 : Trouvez-vous pertinent d'accéder à l'ordonnance numérique du patient en se connectant à son DMP pour la délivrance de cette dernière ?

- a. Oui
- b. Non

Question 3 : Pensez-vous que le DMP puisse servir de support pour les entretiens thérapeutiques et les bilans partagés de médication ?

- a. Oui
- b. Non

Question 4 : Pensez-vous nécessaire une messagerie sécurisée entre le médecin et le pharmacien ?

- a. Oui
- b. Non

Question 5 : Pensez-vous que le DMP peut mettre en danger le secret médical ?

- a. Oui
- b. Non

Question 6 : Pensez-vous que rendre le DMP obligatoire soit envisageable ?

- a. Oui
- b. Non

Question 7 : Quand vous proposez la création du DMP à un patient, quel est le pourcentage d'acceptation ?

- a. Moins de 50%
- b. Entre 50 et 80%
- c. Plus de 80%

Question 8 : Quel pourcentage de vos patients estimez-vous capable de consulter leur DMP ?

- a. Moins de 50%
- b. Entre 50 et 80%

c. Plus de 80%

Question 9 : Êtes-vous capable d'expliquer au patient comment consulter son DMP ?

a. Oui

b. Non

Question 10 : Êtes-vous capable d'expliquer au patient comment rajouter ou supprimer des informations sur son DMP ?

a. Oui

b. Non

Question 11 : Avez-vous déjà participé à une formation au sujet du DMP ?

a. Oui

b. Non

3.3 Résultats

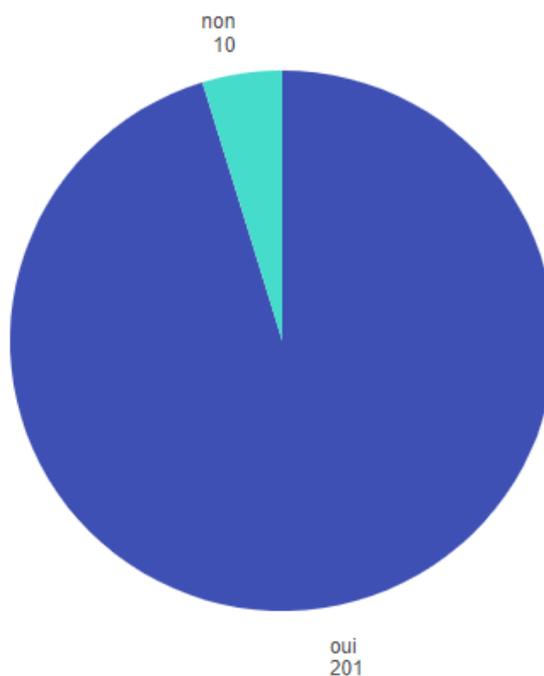
La diffusion du questionnaire grâce à un lien internet "Google forms" a permis d'obtenir 79 réponses parmi lesquelles une réponse a été exclue car la personne a signalé à la fin du questionnaire qu'elle ne travaillait pas en pharmacie. Pour les autres réponses, il a été considéré au vu des personnes et des groupes dans lesquels a été diffusé ce questionnaire que les répondants étaient des pharmaciens. Les répondants devaient signaler à la fin du questionnaire la pharmacie dans laquelle ils travaillent ou au moins le code postal de la ville. 78 questionnaires ont donc été retenus.

La diffusion du questionnaire grâce au logiciel LGPI m'a apporté dans un premier temps 197 réponses. Le questionnaire sur le logiciel étant disponible à tous les salariés des officines, les réponses ont été triées pour ne garder que celle des pharmaciens. Après ce tri 133 réponses ont été considérées.

Au total, 211 réponses sont totalisées pour l'ensemble des 11 questions. À noter que les questions 4 et 7 ne possèdent que 210 réponses car certains questionnaires n'ont pas été entièrement remplis.

Question 1 : Trouvez-vous utile que le pharmacien puisse avoir accès à l'ensemble des données du DMP du patient.

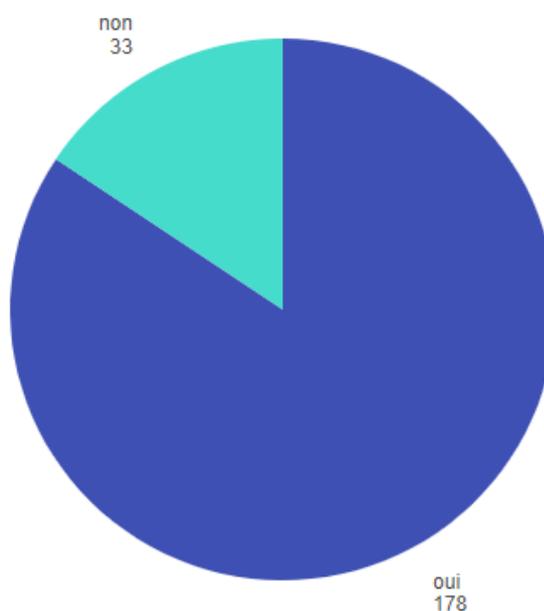
La figure ci-dessous montre les résultats à la première question sous forme de diagramme circulaire.



Soit en pourcentage, **95.3 %** des pharmaciens interrogés trouvent utile que le pharmacien puisse avoir accès à l'ensemble des données du DMP du patient, contre seulement **4.7 %** qui ne trouve pas cela utile.

Question 2 : Trouvez-vous pertinent d'accéder à l'ordonnance numérique du patient en se connectant à son DMP pour la délivrance de cette dernière ?

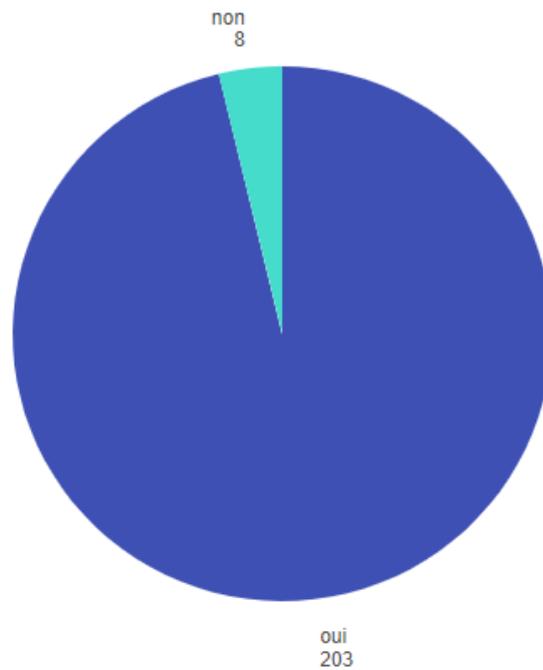
La figure ci-dessous montre les résultats à la deuxième question sous forme de diagramme circulaire.



Soit en pourcentage **84.4 %** des pharmaciens interrogés trouvent pertinent d'accéder à l'ordonnance numérique du patient en se connectant à son DMP pour sa délivrance, contre **15.6 %** qui ne trouvent pas cela pertinent.

Question 3 : Pensez-vous que le DMP puisse servir de support pour les entretiens thérapeutiques et les bilans partagés de médication ?

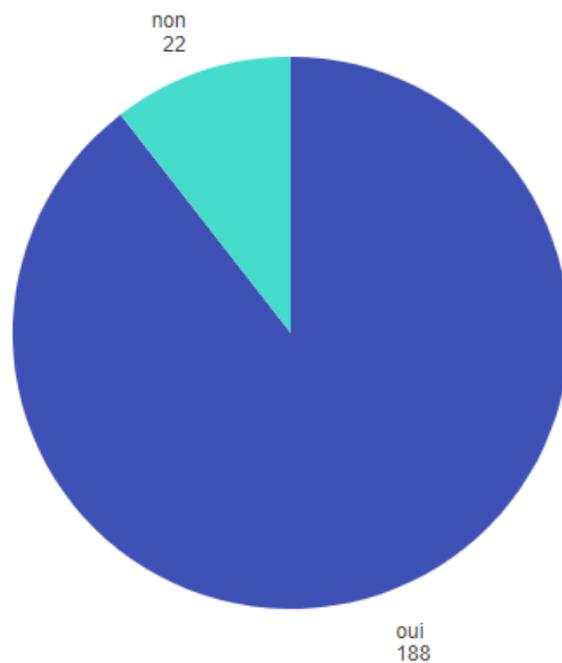
La figure ci-dessous montre les résultats à la troisième question sous forme de diagramme circulaire.



Soit en pourcentage, **96.2 %** des pharmaciens pensent que le DMP peut servir de support pour les entretiens thérapeutiques et les bilans partagés de médication, contre seulement **3.8 %** qui ne le pensent pas.

Question 4 : Pensez-vous nécessaire une messagerie sécurisée entre le médecin et le pharmacien ?

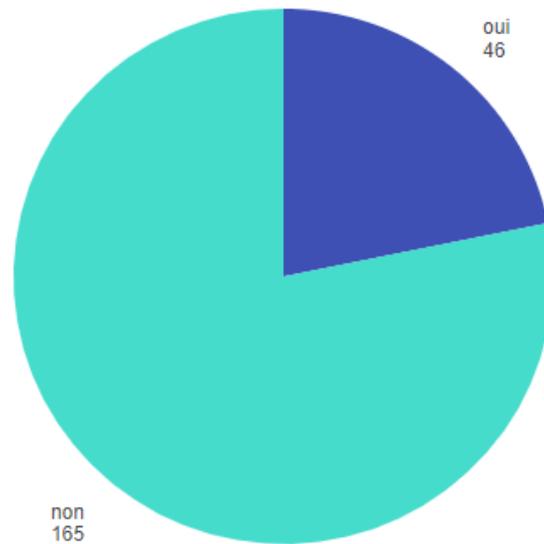
La figure ci-dessous montre les résultats à la quatrième question sous forme de diagramme circulaire.



Soit en pourcentage, **89,5 %** des pharmaciens interrogés pensent nécessaire une messagerie sécurisée entre le médecin et le pharmacien, contre **10.5 %** qui ne le pensent pas.

Question 5 : Pensez-vous que le DMP peut mettre en danger le secret médical ?

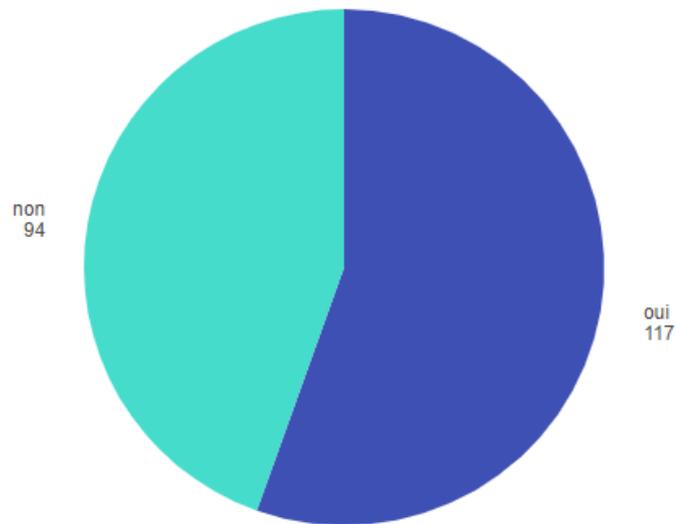
La figure ci-dessous montre les résultats à la cinquième question sous forme de diagramme circulaire.



Soit en pourcentage, **21,8 %** des pharmaciens interrogés pensent que le DMP peut mettre en danger le secret le médical contre **78.2 %** qui ne le pensent pas.

Question 6 : Pensez-vous que rendre le DMP obligatoire soit envisageable ?

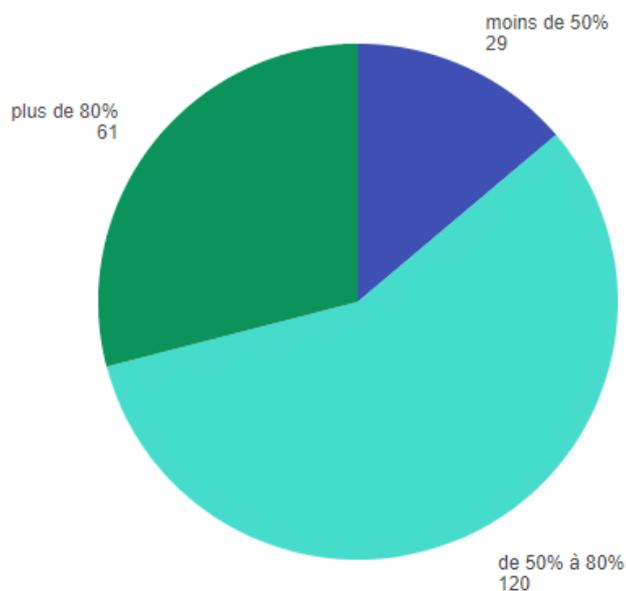
La figure ci-dessous montre les résultats à la sixième question sous forme de diagramme circulaire.



Soit en pourcentage, **55.5 %** des pharmaciens interrogés pensent qu'il est envisageable de rendre le DMP obligatoire pour le patient contre **45.5 %** qui ne le pensent pas.

Question 7 : Quand vous proposez la création du DMP à un patient, quel est le pourcentage d'acceptation ?

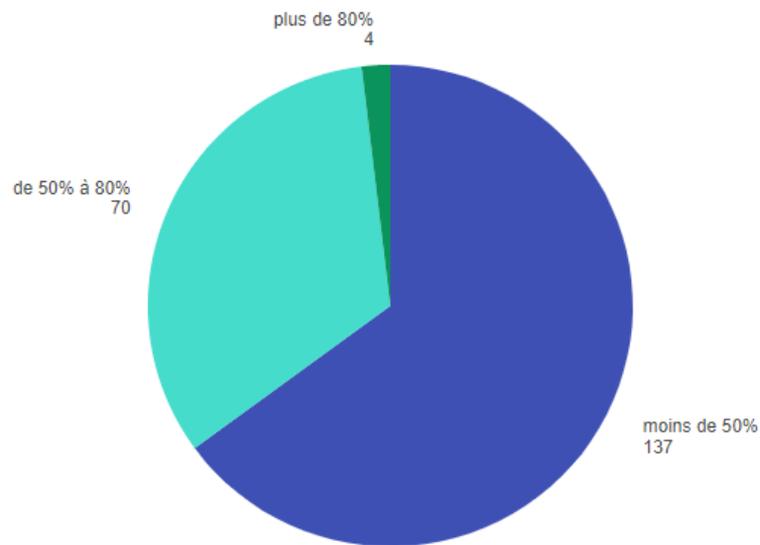
La figure ci-dessous montre les résultats à la septième question sous forme de diagramme circulaire.



Soit en pourcentage, **13.8 %** des pharmaciens interrogés estiment à moins de 50 % le pourcentage d'acceptation de la création d'un DMP, **57.1 %** l'estiment entre 50 % et 80 %, et enfin **29.1 %** l'estiment à plus de 80%.

Question 8 : Quel pourcentage de vos patients estimez-vous capable de consulter leur DMP ?

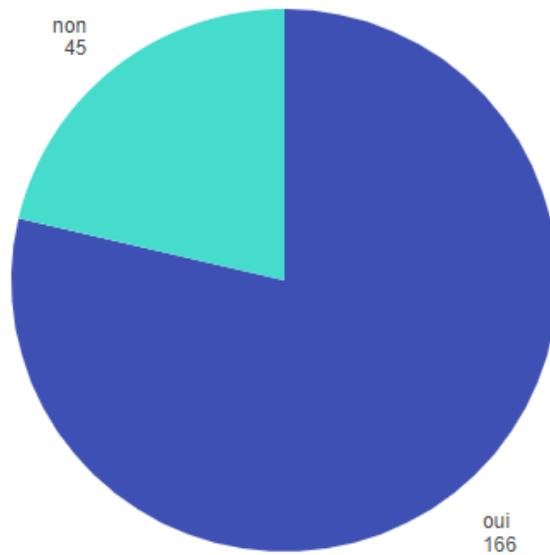
La figure ci-dessous montre les résultats à la huitième question sous forme de diagramme circulaire.



Soit en pourcentage, **64.9 %** des pharmaciens interrogés estiment que moins de la moitié des patients sont capables de consulter leur DMP, **33.2 %** estiment entre 50 % et 80 % le pourcentage de patient capable de consulter leur DMP, et enfin seulement **1.9 %** estiment ce pourcentage à plus de 80%.

Question 9 : Êtes-vous capable d'expliquer au patient comment consulter son DMP ?

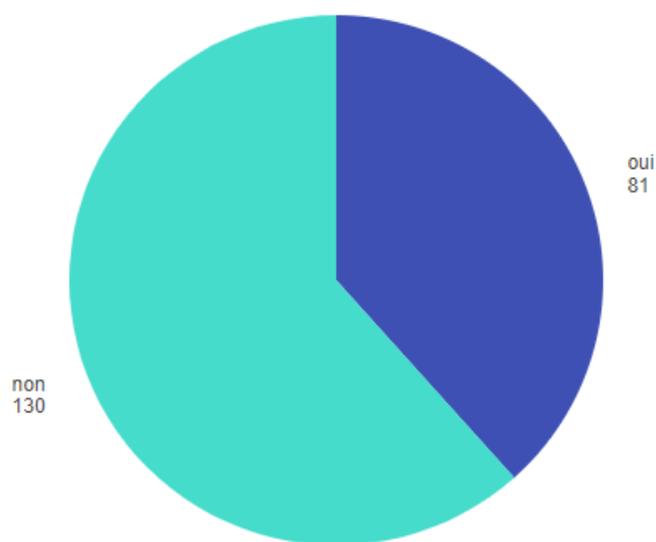
La figure ci-dessous montre les résultats à la neuvième question sous forme de diagramme circulaire.



Soit en pourcentage, **78.7 %** des pharmaciens s'estiment capable d'expliquer au patient comment consulter son DMP, contre **21.3 %** qui ne s'en estiment pas capable.

Question 10 : Êtes-vous capable d'expliquer au patient comment rajouter ou supprimer des informations sur son DMP ?

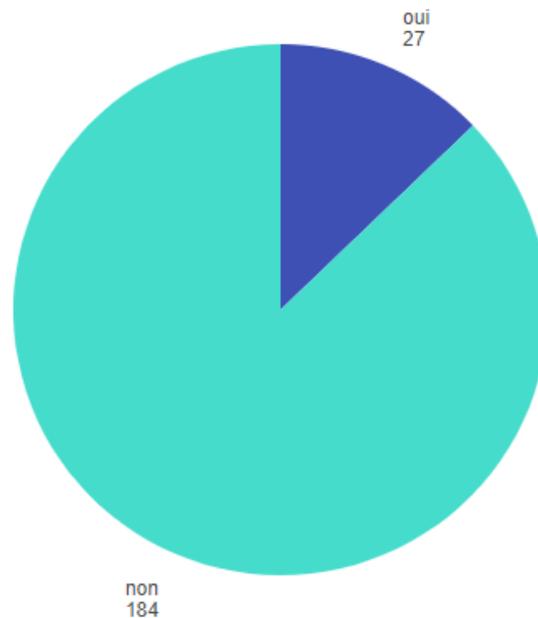
La figure ci-dessous montre les résultats à la dixième question sous forme de diagramme circulaire.



Soit en pourcentage, **38.4 %** des pharmaciens s'estiment capables d'expliquer au patient comment rajouter ou supprimer des informations sur son DMP, contre **61.6 %** ne s'en estimant pas capable.

Question 11 : Avez-vous déjà participé à une formation au sujet du DMP ?

La figure ci-dessous montre les résultats à la onzième question sous forme de diagramme circulaire.



12.8 % des pharmaciens interrogés ont participé à une formation au sujet du DMP, contre 87.2 % qui n'ont pas participé à une formation au sujet du DMP.

3.4 Interprétations des résultats

Les questions ont été divisées en 3 blocs pour l'interprétation des résultats en les regroupant selon leurs objectifs. Le premier bloc concernant l'intégration du DMP dans les nouvelles missions du pharmacien d'officine, le deuxième concernant le ressenti du pharmacien sur l'acceptation du DMP par les patients, et enfin le troisième sur la formation des pharmaciens a propos du DMP.

Interprétations des résultats concernant l'intégration du DMP dans les nouvelles missions du pharmacien d'officine. Question 1 à 5.

Les **questions 1,2 et 3** montrent qu'une large majorité des pharmaciens interrogés sont prêts à utiliser le DMP dans le cadre de leur travail et à l'intégrer dans leur quotidien à l'officine, en effet :

- **95 %** d'entre eux estime utile d'avoir accès à l'ensemble des données présentes sur le DMP du patient ;

- **84 %** trouve pertinent d'accéder à l'ordonnance numérique du patient grâce à son DMP pour la délivrer ;
- **96 %** pense que le DMP peut servir de support pour les entretiens thérapeutiques et les bilans partagés de médicaments.

La **quatrième question** montre que **89.9 %** des pharmaciens interrogés pensent nécessaire une messagerie sécurisée entre le médecin et le pharmacien. Ce type de messagerie existe déjà mais l'incompatibilité des logiciels entre les différents professionnels de santé est le principal frein à son développement. Le DMP, comme vu dans les parties précédentes, peut être l'outil idéal pour répondre à cette nécessité exprimée par les pharmaciens d'officine car il a pour vocation d'être intégré au poste de travail de chaque professionnel de santé.

La **cinquième question** montre que plus d'un pharmacien sur cinq interrogés, émet des réserves sur la mise en danger du secret médical par le DMP. Ceci démontre l'importance de la sécurisation des données informatiques. Une éventuelle fuite des données de santé stockées sur le DMP, pourrait mettre en péril cette confiance déjà fragile. Pour que le DMP soit un succès, il est indispensable que les données de santé des patients bénéficient d'une protection maximum.

On peut conclure de ce premier bloc que le DMP peut être à moyen et long terme une pièce centrale dans l'articulation du travail du pharmacien d'officine et révolutionner sa façon de travailler. L'objectif premier de l'utilisation du DMP par le pharmacien est une meilleure prise en charge du patient. Ceci grâce à une meilleure connaissance de son dossier médical, une transmission des informations améliorée entre professionnels de santé, et un support de travail performant pour les missions à valeur ajoutée que sont les nouvelles missions du pharmacien.

Interprétations des résultats concernant le ressenti du pharmacien d'officine sur l'acceptation du DMP par le patient. Question 6, 7 et 8.

Le résultat le plus important de cette série de questions est celui de la **question 7** concernant les créations de DMP par les pharmaciens, montrait que les patients sont au rendez-vous. En effet **57 %** des pharmaciens interrogés estiment le pourcentage

d'acceptation de création de DMP au comptoir entre 50 % et 80 % et même **29 %** d'entre eux estiment avoir plus de 80 % de réponses positives. Les patients ont confiance en leur pharmacien pour créer leurs DMP. Au pharmacien d'avoir une démarche active au comptoir pour proposer le DMP à l'ensemble des patients ou les informer à son sujet. On note cependant que **13.8 %** des pharmaciens interrogés estiment avoir moins de 50 % de réponses positives du patient à la création de son DMP.

Autre indicateur avec la **question 8** qui montre que **55.5 %** des pharmaciens interrogés estiment qu'il serait envisageable de rendre le DMP obligatoire. Ce résultat démontre un optimisme des pharmaciens sur l'acceptation du DMP par la population. La réalisation de ce travail et le climat actuel de méfiance d'une certaine partie de la population envers les 'élites', nous pousse à remettre en question cette majorité. Obliger les patients à stocker leurs données de santé sur des serveurs dont pour la plupart ils ne saisissent pas forcément les tenants et les aboutissants dû à la complexité de ce projet peut paraître contre-productif et pourrait amener une levée de boucliers d'une partie de la population qui serait délétère au développement du DMP. Cette question a d'ailleurs été tranchée par le rapport de la mission de relance du DMP du 23 avril 2008 abandonnant l'idée d'un DMP rendu obligatoire par à un système de retenue sur les remboursements, comme il était prévu à la genèse du projet. Si le DMP apporte une véritable valeur ajoutée au patient en fluidifiant son parcours de soins grâce par exemple, à la transmission numérique de l'ordonnance, à la téléconsultation, à des prises de rendez-vous simplifié avec les praticiens, ou encore à un espace permettant de gérer et de suivre le remboursement de ses frais de santé, cet outil deviendra indispensable au patient.

Les résultats de la **question 6** quant à eux dévoilent une lacune importante du DMP. Près de **65 %** des pharmaciens interrogés estiment que moins de la moitié des patients sont capables de consulter leur DMP, **33 %** des pharmaciens interrogés estiment ce pourcentage entre 50 % et 80 % et seulement **1.9 %** estiment ce pourcentage à plus de 80%. Dans un projet réalisé en partie pour le patient, il apparaît à travers ce résultat un décalage important entre les ambitions du DMP et sa réalisation pratique. Ce décalage, peut être expliqué par 2 raisons. La première est qu'une partie importante de la population ne maîtrise pas les technologies utilisées par le DMP. Le DMP apparaît, du fait de sa nature, inadaptée à de nombreux patients. Cette lacune est pour partie générationnelle, les patients âgés qui

représentent une population qui bénéficie d'une part importante des prestations de santé n'ont pas tous suivis le virage technologique de ces dernières décennies. Nombre de patients ne possèdent tout simplement pas internet ou sont incapables de s'en servir. Pour cette population il est indispensable qu'une aide leur soit fournie pour utiliser les fonctionnalités de leur DMP, le médecin traitant ou le pharmacien peuvent avoir un rôle clé sur ce point. À noter qu'à long terme, le problème se résoudra probablement de lui-même, les nouvelles générations étant beaucoup plus alerte sur ces nouvelles technologies. La deuxième raison est mise en évidence par les résultats du troisième bloc, interprétés ci-dessous dans ce travail. Ils mettent en évidence notamment chez le pharmacien un déficit de formation au sujet du DMP et donc une incapacité à transmettre les clés d'utilisation au patient.

Interprétations des résultats concernant la formation des pharmaciens à l'utilisation du DMP. Question 9, 10 et 11.

Le pharmacien étant en première ligne sur le DMP du fait de sa possibilité de le proposer et de le créer pour le patient, il est primordial qu'il maîtrise son fonctionnement et soit capable d'accompagner le patient dans son utilisation, ou tout du moins d'expliquer ses fonctions de bases comme sa consultation ou comment y ajouter ou supprimer des informations.

Il ressort des **question 9 et 10**, que les pharmaciens interrogés, ne sont au moment de la diffusion du questionnaire, pas suffisamment alertés au sujet du DMP en effet :

- plus d'1 pharmacien sur 5 (21.3 %) se dit incapable d'expliquer au patient comment consulter son DMP.
- **61.6 %** des pharmaciens se disent incapables d'expliquer au patient comment rajouter ou supprimer des informations sur leur DMP.

La **question 11** explique en grande partie ces lacunes, puisque seulement **12.8 %** des pharmaciens interrogés ont participé à une formation au sujet du DMP. Ce pourcentage faible démontre que le pharmacien d'officine doit se renseigner par lui-même sur le DMP pour être capable de répondre aux interrogations de ses patients. Il serait intéressant que les autorités de santé l'accompagnent plus dans cet apprentissage afin qu'il soit capable de

transmettre les clés aux patients pour une bonne utilisation de son DMP et être un maillon de sa réussite.

CONCLUSION

Le partage des données de santé est un élément essentiel de la prise en charge multidisciplinaire et multicentrique des patients. Le DMP est un projet dont les potentialités sont nombreuses, tant pour l'amélioration de la qualité des soins, pour la responsabilisation du patient au cœur du système de santé, et l'information continue des professionnels de santé.

Le métier de pharmacien d'officine est en pleine évolution et le DMP apparaît comme un outil de cette évolution en l'intégrant aux nouvelles missions du pharmacien. Ces nouvelles missions augmentent son champs des attributions et valorisent son action en permettant d'apporter une valeur ajoutée au patient.

La consultation réalisée lors de ce travail montre que dans une large majorité les pharmaciens sont prêts à jouer le jeu du DMP. Aux autorités de santé et aux pouvoirs publics de leur donner les outils pour qu'ils se l'approprient.

Annexe 1 : la matrice d'habilitation des professionnels de santé au DMP. Disponible sur <https://www.dmp.fr/matrice-habilitation>

-Conditions d'accès en lecture aux types de documents selon la profession ou la discipline

PAGE 1/2

| Classe de document (classCode) | | Type de document | | Médecins généralistes et spécialistes dont SAMU, 15, Urgence | Pharmaciens biologistes et Internes | Pharmaciens d'officines et de pharmacies hospitalières, internes et préparateurs | Chirurgiens - dentistes Internes | Sagesfemmes | Infirmiers | Kinésithérapeutes | Pédicurespodologues | Orthophonistes | Ergothérapeutes, Psychomotriciens, Orthoptistes, Diététiciens | Audioprothésistes, Métiers de l'appareillage | Opticienslunetiers | Manipulateurs d'électroradiologie médicale |
|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------|---|--|-------------------------------------|--|----------------------------------|-------------|------------|-------------------|---------------------|----------------|---|--|--------------------|--|
| Code profession CPS (a) ⇨ | | | | 10 | 21 (b) | 21 (b) | 40 | 50 | 60, 69 | 70 | 80 | 91 | 92, 94, 95, 96 | 26, 81, 82, 83, 84, 85 | 28 | 98 |
| Code | Intitulé (classCodeDisplayName) | Code LOINC (typeCode) | Intitulé (typeCodeDisplayName) | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Comptes rendus | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 15508-5 | CR d'accouchement | X | X | X | | X | X | X | | | | | | |
| | | 70004-7 | CR d'acte diagnostique (autre) | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | X |
| | | 75492-9 | CR d'acte diagnostique à visée préventive ou de dépistage | 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 | | | |
| | | 75482-0 | CR d'acte thérapeutique à visée préventive | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | |
| | | 67851-6 | CR d'admission | 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 |
| | | 77436-4 | CR d'anesthésie | 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 | |
| | | 34749-2 | CR de consultation pré-anesthésique | X | X | X | X | X | X | X | | X | X | | | X |
| | | 51969-4 | CR de génétique moléculaire | X | X | X | | | X | X | | | | | | |
| | | 15507-7 | CR de passage aux urgences | 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 | | X |
| | | 75497-8 | CR de télé-médecine | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | X |
| | | 11502-2 | CR d'exams biologiques | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | | |
| | | 34112-3 | CR hospitalier (séjour) | 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 | | |
| | | 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 | | | X |
| | | 11490-0 | Lettre de liaison à la sortie d'un établissement de soins | X | X | X | X | X | X | X | | X | X | | | |
| 11 | Synthèses | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 18761-7 | Note de transfert (dont lettre de liaison à l'entrée en établissement de soins) | X | X | X | | | X | X | | | | | | |
| | | 34133-9 | Synthèse d'épisode de soins | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | X |
| | | 60591-5 | Synthèse du dossier médical | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | X |

- La CPS est requise pour l'authentification du professionnel de santé et le contrôle de ses habilitations. Les pharmaciens (code profession 21) figurent sur deux colonnes assorties d'habilitations propres, selon leur section d'appartenance (table G05 de la CPS) : les pharmaciens biologistes d'une part et les pharmaciens d'officines et d'établissements d'autre part. Les autres pharmaciens ne sont pas habilités à accéder au DMP
- Les listes de références d'objets d'imagerie DICOM produits 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.
- 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

| Classe de document (classCode) | | Type de document | | Médecins généralistes et spécialistes (dont radiologues, biologistes) | Pharmaciens biologistes et Internes | Pharmaciens d'officines et de pharmacies hospitalières, internes et préparateurs | Chirurgiens - dentistes Internes | Sagesfemmes | Infirmiers | Kinésithérapeutes | Pédicurespodologues | Orthophonistes | Ergothérapeutes, Psychomotriciens, Orthoptistes, Diététiciens | Audioprothésistes, Métiers de l'appareillage | Opticienslunetiers | Manipulateurs d'électroradiologie médicale | |
|--------------------------------|--|----------------------------------|---|---|-------------------------------------|--|----------------------------------|-------------|------------|-------------------|---------------------|----------------|---|--|------------------------|--|----|
| Code | | Intitulé (classCodeDisplayN ame) | Code LOINC (typeCode) | Intitulé (typeCodeDisplayN ame) | 10 | 21 (b) | 21 (b) | 40 | 50 | 60, 69 | 70 | 80 | 91 | 92, 94, 95, 96 | 26, 81, 82, 83, 84, 85 | 28 | 98 |
| 31 | Imagerie médicale | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 18748-4 | CR d'imagerie médicale | | X | X | X | 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 |
| | | 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 |
| 42 | Prescription | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 57828-6 | Prescription (autre) | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | | 57833-6 | Prescription de médicaments | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | X |
| | | 57832-8 | Prescription de soins | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 43 | Dispensations | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DISP_A UT (d) | Dispensation (autre) | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | X |
| | | 60593-1 | Dispensation médicamenteuse | | 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_A LD (d) | Protocole de soins ALD | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | X |
| 45 | Traitement administré | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 80565-5 | CR d'administration de médicaments | | X | X | X | | X | X | | | | | | | |
| 52 | Certificats et déclarations | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | CERT_DE CL (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 | X |
| 90 | Expression du titulaire | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | EXPPAT _3 (d) | Directives anticipées | | X | | | | | | | | | | | | |
| | | EXPPAT _2 (d) | Document du patient | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | | EXPPAT _1 (d) | Volontés et droits du patient | | X | 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. Les pharmaciens (code profession 21) figurent sur deux colonnes assorties d'habilitations propres, selon leur section d'appartenance (table G05 de la CPS) : les pharmaciens biologistes d'une part et les pharmaciens d'officines et d'établissements d'autre part. Les autres
- b. pharmaciens ne sont pas habilités à accéder au DMP
- c. Les listes de références d'objets d'imagerie DICOM produits 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 1.2.250.1.21

SERMENT DE GALIEN

Je jure d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer dans l'intérêt de la Santé publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois méprisé de mes Confrères si je manque à mes engagements.



ROBERT Olivier

La place du Dossier Médical Partagé dans l'exercice officinal.

Th. D. Pharm., Rouen, 2020, 91 p.

RESUME

Comme pleins d'autres domaines de notre société ces dernières décennies, le dossier du patient devient numérique. La mise en place de cette numérisation des données de santé couplée à ses multiples applications dans le métier de pharmacien d'officine est le cœur de ce travail. L'avenir du métier de pharmacien est intimement lié à l'avènement du numérique et l'essor des technologies et ses applications dans le parcours de soins du patient. Afin de favoriser la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins, il est question de créer un dossier numérique pour chaque patient sous réserve du consentement exprès de la personne. Il permet d'améliorer la démarche médicale, de réduire les probabilités d'erreur, d'argumenter la démarche diagnostique, se remémorer les rencontres précédentes, d'actualiser à tout moment l'histoire médicale, de planifier le suivi médical, de faciliter la transmission des informations à d'autres professionnels de santé ou encore de minimiser le risque iatrogène. Même si le projet est de longue date, sa mise en place ne fait que commencer. Le métier de pharmacien d'officine est en pleine évolution et le DMP apparaît comme un outil de cette évolution en l'intégrant aux nouvelles missions du pharmacien. Ces nouvelles missions augmentent son champ des attributions et valorisent son action en lui permettant d'apporter une valeur ajoutée au patient. Ce travail dans une première partie s'intéresse au dossier pharmaceutique (DP) déjà existant, et au métier de pharmacien d'officine d'aujourd'hui et de demain. Elle permet de visualiser dans quel contexte le DMP s'insère, notamment pour le pharmacien. La deuxième partie retrace l'historique de la mise en place laborieuse du DMP et décrit son contenu. Et enfin la troisième partie rend compte d'un travail d'investigation auprès des pharmaciens d'officine concernant l'intégration du DMP dans leur quotidien et tente un premier retour sur expérience à la suite de son lancement officiel.

MOTS CLES : Dossier Médical Partagé – Nouvelles missions du pharmacien – Messagerie sécurisée – Données de santé – Carnet de santé – Télésanté – Prescription électronique – Dossier pharmaceutique

JURY

Président : Mme CONCE-CHEMTOB Marie-Catherine, Maître de Conférence
Membres : Mme DETUNCQ Cécile, Professeur Associé, Docteur en pharmacie
Mme POPOT Félice, Docteur en pharmacie

DATE DE SOUTENANCE : 27 Mars 2020