



HAL
open science

Dossier pharmaceutique et dossier médical partagé : un enjeu de communication pour le pharmacien d'officine au cœur de la prise en charge du patient

Mélanie Bloquet

► To cite this version:

Mélanie Bloquet. Dossier pharmaceutique et dossier médical partagé : un enjeu de communication pour le pharmacien d'officine au cœur de la prise en charge du patient. Sciences pharmaceutiques. 2021. dumas-03670379

HAL Id: dumas-03670379

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03670379>

Submitted on 17 May 2022

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

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

UNIVERSITE DE ROUEN NORMANDIE
UFR SANTE – Département PHARMACIE

Année 2021

N°

THESE
pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN
PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 16 Mars 2021

par

Bloquet Mélanie

Née le 18/08/1995 à Mont-Saint-Aignan

Dossier pharmaceutique et dossier médical partagé :
un enjeu de communication pour le pharmacien
d'officine au cœur de la prise en charge du patient

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

Membres du jury : *Mme Groult, Marie-Laure, Maître de*
conférences, Botanique, Université de Rouen, Docteur en pharmacie
Mme Landa, Virginie, Docteur en pharmacie

« L'Université de Rouen et l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions sont propres à leurs auteurs. »

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020-2021
U.F.R. SANTE DE ROUEN

Doyen : **Professeur Benoît VEBER**

Assesseurs : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Thomas CASTANHEIRO-MATIAS	Chimie Organique
M. 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
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PU-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

Mme Soukaina GUAOUA-ELJADDI	Informatique
Mme Clémence MEAUSOONE	Pharmacie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla SALHI	Pharmacognosie
------------------------	----------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie organique
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
M. Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

Liste des abréviations

AFSSAPS	Agence Française
AMELI	Assurance Maladie en Ligne
ANSM	Agence National de Sécurité des Médicaments et des produits de santé
ANSP	Agence Nationale de Santé Publique
ARS	Agence Régionale de Santé
ASIP	Agence
CDC	Caisse des Dépôts et Consignation
CDE	Carte de Directeur d'Etablissement
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CIP	Code Identifiant de Présentation
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNOP	Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
CPAM	Caisse Primaire de l'Assurance Maladie
CPA	Carte Professionnel Autorisé
CPE	Carte Professionnel d'Etablissement
CPS	Carte Professionnel de Santé
CSP	Code de la Santé Publique
DGS	Direction Générale de la Santé
DMP	Dossier Médical Partagé
DP	Dossier Pharmaceutique
DTP	Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite
GIE	Groupe d'Intérêt Economique
GIP	Groupe d'Intérêt Public
GMSIH	Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier
HAS	Haute autorité de santé
IGC	Infrastructure de Gestion de la Confiance
NDP	Numéro de dossier pharmaceutique

NIR	Numéro d'Inscription au Répertoire
PUI	Pharmacie à Usage Intérieure
ROSP	Rémunération sur Objectif de Santé Publique
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SMS	Short Message System
WIFI	Wireless Fidelity

Table des matières

Table des tableaux.....	15
Table des Figures	18
Introduction.....	19
I. Partie I : Les outils de communication	20
A. Les différents outils de communication	20
1. Patients – pharmacie	21
a) L’entretien physique	21
(1) Le verbal.....	21
(2) Le non-verbal	21
(3) Les avantages d’un entretien.....	22
b) Le téléphone.....	23
c) Le courrier	23
d) Les mails	24
e) L’historique logiciel	25
f) La messagerie sécurisée.....	26
2. Les instances (ANSM, HAS, DGS, Ordre des pharmaciens, syndicats) vers les pharmacies	28
a) Les mails	28
b) Les fax.....	29
B. Le dossier pharmaceutique et le dossier médical partagé.....	29
1. Le Dossier Médical Partagé.....	29
a) Les objectifs.....	29
b) Le contenu du DMP	31
c) Sécurité.....	32

d)	Ouverture et clôture	34
e)	Accès.....	35
f)	L'alimentation	36
g)	Historique de la réglementation	37
(1)	Dossier Médical Personnel.....	38
(2)	Dossier Médical Partagé	45
h)	Les perspectives d'avenir du Dossier Médical Partagé.....	49
2.	Le Dossier Pharmaceutique	51
a)	Les objectifs.....	51
(1)	En Ville.....	51
(2)	A l'hôpital	53
b)	Dossier autonome	54
(1)	Contenu du DP	54
(2)	Un dossier informatisé.....	54
(3)	Accès au DP.....	55
c)	Portail DP.....	57
(1)	DP-alertes.....	57
(2)	DP-rappels.....	57
(3)	DP-ruptures.....	58
(4)	DP-suivi sanitaire.....	59
d)	Historique de la réglementation	59
e)	Les perspectives d'avenir	70
C.	Tableau de synthèse des apports, avantages et inconvénients de ces outils pour la prise en charge du patient	74
1.	Pour les praticiens.....	74

2.	Pour les patients	75
II.	Partie II : Consultation de l'équipe officinale sur le DP et le DMP	76
A.	Objectifs de l'enquête	76
B.	Méthodologie (matériel et méthodes).....	76
C.	Le questionnaire	77
D.	Résultats et discussions	80
1.	Informations générales	81
a)	Lieu d'exercice.....	81
b)	Fonction dans la pharmacie	82
2.	Présentation des outils par le pharmacien	83
a)	Fréquence de présentation du DP et du DMP	83
b)	Formation sur les outils.....	85
c)	Estimation de la pertinence du DMP	87
3.	Réception par le patient	88
a)	Les refus	88
b)	Les motifs de refus	89
c)	Les demandes spontanées	95
d)	Motifs des demandes spontanées	96
e)	Comparaison de la fréquence de refus et de demandes spontanées	99
4.	Utilisation en pratique courante.....	100
a)	Fréquence de consultations du DP	100
b)	Les motifs de consultations du DP	102
c)	La confiance en ces nouveaux outils en termes de protection des données de santé et de fiabilité des informations saisies	105
d)	DMP complémentaire du DP ?.....	111

e) Souhait d'intégration du DP au DMP	116
III. Partie III : Communication	124
A. La construction du discours.....	124
B. Le contenu du discours.....	125
1. Le logos	126
2. L'éthos.....	127
3. Le storytelling.....	127
4. Techniques spécifiques	129
C. Le contexte du discours.....	129
Conclusion	130
ANNEXE I.....	132
Annexe II.....	140
Bibliographie.....	142

Table des tableaux

<i>Tableau 1 : Synthèse des avantages et inconvénients du DP et du DMP pour les praticiens</i>	<i>75</i>
<i>Tableau 2 : Synthèse des avantages et inconvénients du DP et du DMP pour les patients</i>	<i>76</i>
<i>Tableau 3 : Répartition des répondants par lieu d'exercice en Seine-Maritime.....</i>	<i>81</i>
<i>Tableau 4 : Répartition des répondants par lieu d'exercice en France.....</i>	<i>81</i>
<i>Tableau 5 : Répartition des répondants par lieu d'exercice en France.....</i>	<i>82</i>
<i>Tableau 6 : Répartition des répondants par fonction dans la pharmacie en Seine-Maritime</i>	<i>82</i>
<i>Tableau 7 : Répartition des répondants par fonction dans la pharmacie en France</i>	<i>82</i>
<i>Tableau 8 : Présentation du DP en Seine-Maritime.....</i>	<i>84</i>
<i>Tableau 9 : Présentation du DMP en Seine-Maritime</i>	<i>84</i>
<i>Tableau 10 : Présentation du DP en France.....</i>	<i>84</i>
<i>Tableau 11 : Présentation du DMP en France</i>	<i>84</i>
<i>Tableau 12 : Niveau de formation et d'information sur le DP auto-estimé par les sondés en Seine-Maritime</i>	<i>85</i>
<i>Tableau 13 : Niveau de formation sur le DMP auto-estimé par les sondés en Seine-Maritime</i>	<i>85</i>
<i>Tableau 14 : Niveau de formation sur le DP auto-estimé par les sondés en France</i>	<i>86</i>
<i>Tableau 15 : Niveau de formation et d'information sur le DMP auto-estimé par les sondés en France</i>	<i>86</i>
<i>Tableau 16 : Estimation de la pertinence du DMP par les sondés de Seine-Maritime...</i>	<i>87</i>
<i>Tableau 17 : Estimation de la pertinence du DMP par les sondés en France.....</i>	<i>87</i>
<i>Tableau 18 : Refus de création de DP par les patients en Seine-Maritime</i>	<i>88</i>
<i>Tableau 19 : Refus de création de DMP par les patients en Seine-Maritime</i>	<i>88</i>
<i>Tableau 20 : Refus de création de DP par les patients en France.....</i>	<i>88</i>
<i>Tableau 21 : Refus de création de DMP par les patients en France</i>	<i>88</i>
<i>Tableau 22 : Fréquence des différents types de refus en Seine-Maritime.....</i>	<i>90</i>
<i>Tableau 23 : Fréquence des différents types de refus en France.....</i>	<i>91</i>

<i>Tableau 24 : Le nombre de demandes spontanées d'ouverture d'un DP ou d'un DMP en Seine-Maritime</i>	<i>95</i>
<i>Tableau 25 : Le nombre de demandes spontanées d'ouverture d'un DP ou d'un DMP en France</i>	<i>95</i>
<i>Tableau 26 : Fréquence des différents motifs de demandes spontanées pour l'ouverture d'un DP ou d'un DMP en Seine-Maritime</i>	<i>97</i>
<i>Tableau 27 : Fréquence des différents motifs de demandes spontanées pour l'ouverture d'un DP ou d'un DMP en France</i>	<i>97</i>
<i>Tableau 28 : Fréquence des consultations du DP en Seine-Maritime</i>	<i>100</i>
<i>Tableau 29 : Fréquence des consultations du DP en France.....</i>	<i>100</i>
<i>Tableau 30 : Fréquence des différents motifs de consultations des DP en Seine-Maritime</i>	<i>102</i>
<i>Tableau 31 : Fréquence des différents motifs de consultations des DP en France.....</i>	<i>103</i>
<i>Tableau 32 : La confiance en ces nouveaux outils en termes de protection des données de santé et de fiabilité des informations saisies en Seine-Maritime</i>	<i>105</i>
<i>Tableau 33 : La confiance en ces nouveaux outils en termes de protection des données de santé et de fiabilité des informations saisies en France</i>	<i>106</i>
<i>Tableau 34 : Classement par fonction des personnes ayant répondu « non ».....</i>	<i>106</i>
<i>Tableau 35 : Les réponses recensées en France classées en fonction de la réponse « oui » ou « non »</i>	<i>109</i>
<i>Tableau 36 : Les réponses recensées en Seine-Maritime classées en fonction de la réponse « oui » ou « non »</i>	<i>111</i>
<i>Tableau 37 : Avis sur la complémentarité du DP et du DMP en Seine-Maritime</i>	<i>111</i>
<i>Tableau 38 : Avis sur la complémentarité du DP et du DMP en France</i>	<i>112</i>
<i>Tableau 39 : Avis des personnes trouvant que DP et DMP ne sont pas complémentaires en France</i>	<i>113</i>
<i>Tableau 40 : Avis des personnes trouvant que DP et DMP sont complémentaires en France</i>	<i>114</i>
<i>Tableau 41 : Avis des personnes trouvant que DP et DMP ne sont pas complémentaires en Seine-Maritime</i>	<i>115</i>

<i>Tableau 42 : Souhait d'intégration du DP au DMP en Seine-Maritime</i>	116
<i>Tableau 43 : Souhait d'intégration du DP au DMP en France</i>	116
<i>Tableau 44 : Avis des personnes ayant répondu « non » à l'intégration du DP au DMP en France</i>	117
<i>Tableau 45 : Avis des personnes ayant répondu « oui » à l'intégration du DP au DMP en France</i>	118
<i>Tableau 46 : Avis des personnes ayant répondu « non » à l'intégration du DP au DMP en Seine-Maritime</i>	118
<i>Tableau 47 : Avis des personnes ayant répondu « oui » à l'intégration du DP au DMP en Seine-Maritime</i>	119
<i>Tableau 48 : Avis général des personnes ayant répondu au questionnaire en France</i>	121
<i>Tableau 49 : Avis général des personnes ayant répondu au questionnaire en Seine-Maritime</i>	122

Table des Figures

<i>Figure 1 : Les 4 piliers du DMP.....</i>	<i>30</i>
<i>Figure 2 : Les différents volets du DMP</i>	<i>32</i>
<i>Figure 3 : Système d'information du DP</i>	<i>59</i>
<i>Figure 4 : Schéma des retraits et rappels de lots.....</i>	<i>66</i>
<i>Figure 5 : Répartition des répondants par lieu d'exercice</i>	<i>81</i>
<i>Figure 6 : Répartition des répondants par fonction dans la pharmacie.....</i>	<i>82</i>
<i>Figure 7 : Fréquence de présentation du DP et du DMP.....</i>	<i>83</i>
<i>Figure 8 : Réponses à la question : Vous considérez-vous assez informé/formé pour présenter ces outils aux patients ?</i>	<i>85</i>
<i>Figure 9 : Estimation de la pertinence du DMP</i>	<i>87</i>
<i>Figure 10 : Refus des patients vis-à-vis de l'ouverture des dossiers.....</i>	<i>88</i>
<i>Figure 11 : Fréquence des différents motifs de refus recueillis</i>	<i>92</i>
<i>Figure 12 : Demandes spontanées des patients vis-à-vis de l'ouverture d'un des dossiers</i>	<i>95</i>
<i>Figure 13 : Fréquence des différents motifs de demandes spontanées à l'ouverture d'un DP/DMP</i>	<i>98</i>
<i>Figure 14 : Comparaison de la fréquence de refus et de demandes spontanées.....</i>	<i>99</i>
<i>Figure 15 : Fréquence de consultations du DP.....</i>	<i>100</i>
<i>Figure 16 : Fréquence des différents motifs de consultations du DP.....</i>	<i>104</i>
<i>Figure 17 : La confiance en ces nouveaux outils.....</i>	<i>105</i>
<i>Figure 18 : Comparaison de la confiance/fiabilité dans les nouveaux outils entre les différentes fonctions et dans une même fonction.....</i>	<i>107</i>
<i>Figure 19 : Complémentarité du DMP/DP</i>	<i>112</i>
<i>Figure 20 : Souhait d'intégration du DP au DMP.....</i>	<i>116</i>

Introduction

A l'ère du numérique et devant l'essor des technologies en santé, du développement des applications de santé, de coaching, des montres connectées et leurs capacités à prendre un pouls, à calculer les calories perdues dans la journée, l'apnée du sommeil, etc., il est devenu nécessaire et important de sécuriser les données et d'offrir aux patients la possibilité d'accéder à leur historique médical et à leurs résultats au format numérique. Pourtant, contrairement à toutes ces applications privées qui collectent des données pas forcément anonymisées, on constate une certaine réticence de la population face aux outils numériques que sont le dossier pharmaceutique et le dossier médical partagé. Des campagnes de communication autour de ces dossiers ont été lancées, et il a été demandé aux pharmaciens d'officine de communiquer autour de ces outils et de prendre la responsabilité de leur présentation et ouverture auprès des patients.

Dans une première partie, ce travail s'intéressera aux différents moyens de communication qui existent pour optimiser la prise en charge du patient. Nous présenterons ce que sont le DP et le DMP, mais également leur histoire, d'un point de vue chronologique et législatif. Nous développerons également les avantages et inconvénients de chacun, mais aussi leur avenir.

Dans une seconde partie, nous verrons par un sondage comment se placent ces deux outils dans le quotidien du pharmacien d'officine. Ce qu'en pensent les patients, ce qu'en pensent les pharmaciens, la manière dont ils s'en servent, et leurs espoirs dans l'avenir de ces outils.

Enfin dans une troisième partie, seront évoquées quelques astuces de communication pour construire un argumentaire dans l'objectif de convaincre et de persuader les patients d'ouvrir leur DP et/ou DMP.

I. Partie I : Les outils de communication

A. Les différents outils de communication

Il existe différents moyens de communication dans la vie de tous les jours. Ils ont un intérêt majeur dans beaucoup de domaines, en particulier la santé. Ils peuvent être utiles pour faire passer différents messages, que ce soit au patient pour une meilleure compréhension de sa pathologie, une meilleure observance de son traitement pour lui, ou sa famille, afin de pouvoir réagir en situation d'urgence et détecter les éventuelles rechutes et les gérer. Outre l'information à donner aux patients, ils sont aussi très utilisés pour passer les informations entre professionnels, d'un spécialiste à un médecin généraliste et inversement, du pharmacien vers le médecin qui prend en charge le patient, et vice-versa. Ces outils de communication sont présents dans le quotidien et sont au cœur de la prise en charge du patient, ils permettent de regrouper un maximum d'informations sur la pathologie du patient et son vécu. Ainsi, avec toutes ses informations regroupées, on pourra orienter le patient vers une prise en charge adaptée et personnalisée. Ils permettent en outre une circulation de l'information entre les différentes instances : le Ministère de la Santé, l'ANSM, les différents Ordres professionnels (médecin, pharmacien, sage-femme...), l'industriel pharmaceutique, la HAS, les syndicats vers les professionnels pour agir au mieux et au plus vite pour le bien des patients, que ce soient par exemple des rappels de lots de médicaments ou bien des informations sanitaires. Nous avons d'ailleurs pu constater l'efficacité de ces systèmes lors de la crise sanitaire de cette année 2020.

De nombreux moyens de communication existent et sont utilisés au quotidien : l'interaction directe, le téléphone, le fax, les messageries, les messageries sécurisées, le courrier postal, les logiciels métier, le DP et le DMP. Dans cette partie, nous allons développer les avantages, mais aussi les limites, de ces outils en fonction des personnes concernées.

1. Patients – pharmacie

a) *L'entretien physique*

L'entretien physique est le premier contact de presque toutes les communications à l'officine. Le patient pénètre dans la pharmacie avec une demande, un besoin, et va donc l'exprimer par différents moyens. En premier lieu le verbal : avec la formulation de sa demande, surtout en ce qui concerne les demandes spontanées de conseil. Mais aussi avec le non-verbal : par exemple son attitude, l'expression de son visage, le ton de sa voix.

(1) Le verbal

C'est le moyen de communication le plus direct, c'est le sens des mots utilisés pour formuler la demande, c'est le fond, le contenu du discours, également appelé le signifiant.

(2) Le non-verbal

Le non-verbal, c'est le signifié : le message qui accompagne le signifiant et qui va le contextualiser et lui donner un tout autre sens ou au contraire le renforcer. Il est impossible de ne pas avoir de communication non-verbale. C'est notre premier mode de communication.

L'information non-verbale complète le message verbal, elle aide à comprendre ce qui est dit. Ces messages sont souvent plus fiables que les messages verbaux. Pour ces raisons, il est capital de savoir les lire et les interpréter.¹

Le non-verbal comprend :

- Le paralangage : le timbre et le volume de la voix, le rythme des mots, les coupures d'une phrase ;
- Les silences ;

¹ Terrier, « La communication non-verbale », http://www.cterrier.com/cours/communication/60_non_verbal.pdf, 2013.

- Les gestes et attitudes ;
- Les expressions faciales, mimiques et mouvements corporels ;
- Le langage d'objet : les vêtements, accessoires ;
- Le toucher : c'est le premier mode de communication que l'on possède dès la naissance. Il est plutôt réservé aux intimes ;
- Les rituels : pour communiquer efficacement, il est nécessaire de connaître ces rituels afin de comprendre le comportement de nos interlocuteurs, mais aussi de les prendre en compte afin de ne pas les heurter.

(3) Les avantages d'un entretien

La personne est en face, nous allons donc pouvoir décrypter la situation plus clairement que sur papier. Nous pourrions observer la situation générale, tous les moyens de communication en dehors du signifiant, qui seront autant d'indices sur les sentiments et émotions du patient (stress, incompréhension, interrogation, peur, colère, impatience...). Le pharmacien pourra questionner, reformuler et surtout faire reformuler pour vérifier que le message a été compris correctement. Il existe une réelle interaction entre les deux personnes qui va permettre de faire passer un message : celui du médecin via son ordonnance, ou bien un message de santé par la demande de conseil formulée par le patient.

Lors de cet entretien en pharmacie, une relation se crée avec les patients habituels comme les non-habituels. Celle-ci va participer à la diffusion des messages que nous souhaitons passer. Les limites de ce moyen de communication sont aisées à saisir : nous pouvons parler de la nature de la relation avec le patient. Une relation trop amicale, ou au contraire une relation en retrait, pourrait rendre les patients hermétiques à certaines formulations, explications. Il existe aussi une limite qui provient du niveau de compréhension des deux parties pas toujours égales, mais également d'une perte d'informations entre ce que le médecin a expliqué au patient et ce que le patient nous rapporte. Lors de cet entretien, le pharmacien devra donc faire attention à tous les signaux que va lui envoyer le patient, qui seront autant de signes pour décrypter au

mieux la situation du patient et lui offrir les meilleurs conseils adaptés à sa situation, mais il devra aussi veiller aux propres signaux qu'il renvoie et vérifier s'il a été clair.

Pour que la communication soit réussie, il faut qu'il y ait concordance entre le message verbal et le message non-verbal. Parfois, cependant, cet entretien ne suffit pas à connaître toute la situation médicale de notre patient. En effet, souvent, lorsque nous demandons si le patient prend un traitement, il répond « oui » mais ne connaît pas le nom des médicaments qu'il prend, parfois, il ne connaît même pas sa pathologie.

b) Le téléphone

Le téléphone est également un outil qui va apporter des éléments de communication, la demande du patient sera plus directe, l'interaction pourra être plus courte en fonction des patients, mais également du pharmacien. Elle nous prive tout de même de beaucoup d'éléments de communication non-verbale, mais il restera malgré tout le ton de voix qui pourra être un indice. Il sera toujours possible d'utiliser la reformulation pour s'assurer de la compréhension des deux parties.

Nous comprenons aisément les limites de ce moyen de communication, il manque une partie de l'information non-verbale. Nous devons nous fier à la lecture et la compréhension du patient lors de son entretien avec le médecin, l'écriture étant souvent peu lisible, ou bien les patients, n'ayant pas de connaissances au sujet des médicaments, lisent un autre nom de molécule par habitude.

De plus, c'est pour beaucoup de patients un moyen d'aller plus vite, et donc ne s'attardant pas au téléphone, ils coupent la demande pour la reprendre plus tard, ce qui peut générer des oublis.

c) Le courrier

En général, sans le patient, le courrier papier est un moyen de communication assez rare entre le patient et le pharmacien : il est plus souvent lié à une réclamation qu'à une demande autour de la santé du patient. Il n'a donc que peu d'intérêt pour notre

sujet. Il peut toutefois être utilisé occasionnellement par un praticien pour envoyer une ordonnance à la pharmacie. Il est également utilisé par les instances pour fournir du matériel aidant à diffuser des messages de santé publique, comme les campagnes du mois sans tabac en novembre, les semaines de dépistage du diabète, etc.

d) Les mails

Les mails sont un moyen de communication essentiellement d'ordonnances de plus en plus utilisé par les patients, notamment lors de la crise sanitaire de cette année et pendant le confinement. Il ne permet pas une interaction, un échange comme lors d'un entretien physique. Néanmoins, si de plus amples informations sont nécessaires, la rapidité d'envoi et de réception des messages permet tout de même un échange plus approfondi. De plus, si des explications ou informations complémentaires sont nécessaires, elles peuvent être apportées au comptoir lorsque le patient passera chercher l'objet de sa demande, ou bien lors de la livraison.

Les limites de ce moyen sont qu'il nécessite un ordinateur, une tablette ou un portable, une connexion Internet, l'inscription à une boîte mail, de savoir s'en servir, ce qui est parfois compliqué pour les personnes plus âgées. Il y a aussi le problème de sécurisation des données de santé, des informations personnelles et de santé qui transitent sans sécurité. Si une boîte mail est piratée, le professionnel de santé concerné engage sa responsabilité². Aussi, dans le cadre de l'utilisation de ce moyen, une partie du relationnel n'existe plus, ainsi que la compréhension et l'interprétation qui peuvent biaiser la compréhension des messages. Ceux-ci doivent être formulés correctement et simplement.

La délivrance des demandes par mail peut et doit, en l'absence du patient ou en sa présence, être consolidée et faite en toute sécurité. Pour cela, l'historique logiciel doit à minima être consulté et le patient questionné s'il est présent. Ce sont des pratiques qui s'inscrivent dans les démarches qualité de dispensation des médicaments

² CNOP, « Messageries sécurisées de santé : - Communications - Ordre National des Pharmaciens », www.ordre-pharmaciens.fr, 2018.

demandées par l'Ordre. Elles s'inscrivent dans une volonté d'uniformisation de la prise en charge du patient sur tout le territoire et de sécurisation des délivrances aux patients³. La consultation de ces documents permet de limiter le risque d'erreurs de délivrance, de prescription, d'interactions médicamenteuses, de contre-indication, de posologies inadaptées, ou encore d'inobservance du traitement, en les identifiants, mais également en agissant pour corriger les éventuelles erreurs⁴.

e) L'historique logiciel

Il recoupe toutes les délivrances, sur ordonnance ou non, faites au patient dans cette pharmacie, à condition que celui-ci ait été identifié au préalable. Beaucoup de logiciels limitent la période de vue à 18 mois, mais en demandant des dates antérieures, il est possible de ressortir un historique bien plus ancien. L'avantage, qui peut aussi être un inconvénient majeur, est que le pharmacien peut le consulter sans la carte Vitale du patient, c'est le principe de l'ordonnancier papier⁵.

Il faut connaître le nom du patient et l'orthographier correctement. Il est réservé à l'usage unique de la pharmacie et contient le produit délivré, la quantité, le code CIP, le numéro de lot, la date d'expiration (si le data matrix a été scanné). Il contient également en mémoire attaché avec la délivrance un scan de l'ordonnance et la date de délivrance. C'est un outil très pratique dans le suivi de l'observance du patient, la surconsommation et l'automédication également. Il n'exclut pas l'entretien physique, au contraire, il vient le compléter et permet de délivrer une nouvelle ordonnance en la comparant à l'ancienne. Il permettra la détection par le pharmacien de potentielles interactions médicamenteuses, erreurs de prescription, changement de traitements. Nous pourrions également assurer une parfaite délivrance des médicaments stupéfiants

³ Démarche Qualité à l'Officine, « Dispensation d'un médicament sur ordonnance.pdf », <https://www.demarchequalityoffice.fr/>, 2020.

⁴ CNOP, « Bonnes+pratiques+de+dispensation-Vweb.pdf », <http://www.ordre.pharmacien.fr>, 2020.

⁵ Charles Brisset, « Les logiciels de gestion d'officine : fonctionnalités et acteurs. Th D Pharm », Université de Poitiers, 2014.

en respectant bien le délai de quatre semaines entre chacune des précédentes délivrances⁶.

L'inconvénient majeur de cet historique est qu'il est spécifique à la pharmacie, il n'y pas de communication entre les différentes pharmacies. S'il le veut, le patient peut faire plusieurs pharmacies pour obtenir son traitement. Ou encore, il peut aller chercher un médicament en automédication ailleurs et il n'y a pas de trace s'il ne pense pas à en parler.

C'est un outil d'information très précieux qui permet de faire le point avec le patient, de veiller à l'observance et de lui fournir des conseils adaptés à son traitement, sa pathologie. Il permettra également lors d'une plainte d'effets indésirables de pouvoir détecter le médicament possiblement mis en cause et de faire remonter l'information au prescripteur et à la pharmacovigilance⁷.

Avec l'inscription des numéros de lot associés au patient, il va permettre rapidement lors d'un rappel de lots de pouvoir identifier les patients ayant reçu le lot défectueux et de les appeler pour les informer de la marche à suivre pour leur santé.

Il n'est malheureusement pas toujours exhaustif. Les demandes spontanées des patients ne sont pas toujours rattachées à leur fiche, et même si les produits listés et sur ordonnance imposent l'identification du patient, si celui-ci est allé ailleurs, aucune trace ne sera présente dans le logiciel de la pharmacie.

f) La messagerie sécurisée

Il existe un autre moyen de communication, mais celui-ci concerne la communication entre les différents professionnels de santé. Il s'agit de la messagerie sécurisée. C'est une boîte mail qui permet de faire passer les informations sur un même patient entre les différents professionnels qui le prennent en charge. Les informations qui sont envoyées sont cryptées, il est ainsi plus difficile de les pirater, et donc de

⁶ Meddispar, « Meddispar - Conditions de délivrance », <http://www.meddispar.fr>, 2019.

⁷ Ministère des Solidarités et de la Santé, « Signaler les effets indésirables d'un médicament - Ministère des Solidarités et de la Santé », <https://solidarites-sante.gouv.fr>, 2019.

divulguer des données sur le patient. Il existe de nombreuses messageries sécurisées qui sont rarement gratuites et bien souvent pas compatibles entre elles. Ce sont deux barrières qui expliquent pourquoi les boîtes mails classiques sont encore autant utilisées au détriment des boîtes mails sécurisées.

La messagerie sécurisée est une boîte mail conçue et maintenue par l'ASIP Santé. Elle permet l'échange de données dématérialisées entre professionnels en toute sécurité. Elle garantit le secret professionnel, la protection des données patients et le respect du cadre légal dans ses échanges avec les autres professionnels de santé⁸.

La messagerie MSSanté, aujourd'hui Mailiz, est la messagerie recommandée par l'Ordre des pharmaciens et le ministère de la Santé, elle répond aux exigences de la CNIL et du code de la santé publique⁹. Elle possède :

- Un annuaire santé qui référence les professionnels de santé enregistrés ;
- Une « liste blanche », gérée par l'Agence du Numérique en Santé, des opérateurs autorisés à échanger des données dans l'espace MSSanté ;
- Des référentiels d'aide pour les industriels, établissements et institutions à développer leur offre de façon conforme aux standards de l'Internet et de la messagerie¹⁰.

L'authentification pour accéder à cette messagerie se fait par l'intermédiaire de la CPS ou une authentification forte, et seuls les professionnels enregistrés au RPPS ou dans le système d'informations qui gère les cartes des professionnels de santé peuvent être destinataires de messages¹¹.

De plus, les documents échangés ont valeur de preuve au même titre que les écrits¹². Tout cela fait de la messagerie sécurisée un outil fiable d'échanges entre

⁸ CNOP, « Messagerie sécurisée de santé : pourquoi est-il important d'en ouvrir une ? - Communications - Ordre National des Pharmaciens », <http://www.ordre.pharmacien.fr>, 2018.

⁹ Légifrance, « Article L1110-4 - Code de la santé publique - Légifrance », <https://www.legifrance.gouv.fr>, 2018.

¹⁰ Agence du Numérique en Santé, « Messageries de santé », <https://esante.gouv.fr>, 2020.

¹¹ CNIL, Délibération de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, <https://www.legifrance.gouv.fr/cnil/>, 2013.

¹² MSSanté, « MSSanté », <https://mailiz.mssante.fr/reperes-juridiques>, 2020.

professionnels avec une vraie valeur légale et un rôle qui devrait se renforcer dans les années à venir.

En plus de ces outils, il existe également deux autres dossiers que sont le dossier pharmaceutique et le dossier médical partagé qui seront détaillés un peu plus loin dans ce travail.

2. Les instances (ANSM, HAS, DGS, Ordre des pharmaciens, syndicats) vers les pharmacies

Dans la prise en charge du patient, on pense souvent uniquement à la communication entre les patients et les professionnels. Pourtant, il existe une autre communication qui est capitale dans la prise en charge du patient : la communication entre les différentes instances et les professionnels. En effet, ce sont ces différentes instances qui vont être le guide de la meilleure prise en charge des patients en élaborant des recommandations sur la prise en charge des différentes pathologies à partir des données des dernières études.

Elles vont également prévenir en cas de rappel de lots de médicaments et de la conduite à tenir vis-à-vis des patients. Elles préviennent également des nouvelles études et précautions d'emploi relatives à certains médicaments, dispositifs médicaux ou encore compléments alimentaires. Ce sont elles également qui nous tiennent informés concernant les alertes sanitaires et conduites à tenir. Nous avons d'ailleurs pu éprouver ce système lors de la crise sanitaire de cette année.

a) Les mails

Les mails sont beaucoup utilisés par les syndicats professionnels pour informer des nouvelles réformes, décrets, avenants signés et de l'impact que cela aura sur l'officine, mais également sur les patients. Nous pouvons prendre l'exemple¹³ du changement qui a eu lieu cette année concernant la prise en charge par la sécurité

¹³ USPO, « Honoraires et prestations, Délai d'écoulement des stocks », <https://uspo.fr>, 2020.

sociale des honoraires de dispensation¹⁴. Ils ont également prévenu et fait la synthèse sur la distribution des masques du stock état, relayé les informations sur la fabrication des solutions hydroalcooliques et de la fixation des prix¹⁵.

b) Les fax

Le fax fut très utilisé notamment par l'Ordre des pharmaciens pour informer les pharmaciens. Aujourd'hui, c'est un outil assez désuet et qui ne sert que très rarement, les syndicats envoient encore des informations dessus. Il sert plus souvent pour recevoir des offres commerciales et des ordonnances. Cependant, en cas de pannes internet, ou d'impossibilité de se connecter au DP, l'ordre envoie toutes les alertes par fax.

Le dossier pharmaceutique est également utilisé par ces instances, et nous verrons de quelle manière dans la partie consacrée au dossier pharmaceutique.

B. Le dossier pharmaceutique et le dossier médical partagé

1. Le Dossier Médical Partagé

a) Les objectifs

Le dossier médical partagé est un véritable carnet de santé numérique qui a pour ambition de se substituer au carnet de santé papier, désuet, et que les gens n'ont plus sur eux. Il fait suite à une première tentative effectuée en 2004 qui fut un échec, mais aura mené à la création du DP.

L'idée a été relancée récemment, en 2016, avec la loi de modernisation de notre système de santé¹⁶, et est toujours dans la même ligne directrice que les précédents outils : une amélioration de la prise en charge du patient, mais cette fois-ci beaucoup

¹⁴ Légifrance, « Avis relatif à la décision du 23 juillet 2020 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie fixant le taux de participation de l'assuré mentionné à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale pour les honoraires dus aux pharmaciens et pour les prestations qu'ils réalisent - Légifrance », www.legifrance.gouv.fr, 2020.

¹⁵ USPO, « COVID-19, prix encadrés pour les masques et les SHA jusqu'au 10 janvier 2021 », <https://uspo.fr>, 2020.

¹⁶ Légifrance, « LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé », <https://www.legifrance.gouv.fr>, 2016.

plus globale puisqu'il ne s'agit pas seulement des médicaments, mais de tous les examens (consultations, prises de sang, radio...) que le patient aura réalisés au cours de sa vie. Il participera à la prise en charge pluriprofessionnelle du patient. Une véritable équipe au cœur de sa prise en charge.

Contrairement au DP qui est géré par l'Ordre des pharmaciens et alimenté par le pharmacien d'officine, c'est l'assurance maladie qui a la charge de cet outil et de son alimentation en collaboration avec les patients et tous les professionnels de santé qui le suivent. Il permet d'éviter les redondances thérapeutiques, que ce soit en termes de prescriptions d'examens de santé ou de médicaments. Cela permet de voir où nous en sommes dans la prise en charge du patient, de faciliter l'accès à son historique complet lors d'une hospitalisation, une rencontre avec un nouveau professionnel de santé ou encore en cas d'urgence¹⁷. Il place le patient au cœur du dispositif de soin et permet une amélioration de sa prise en charge se reposant sur 4 piliers :

- La prévention ;
- La coordination des soins ;
- La qualité des soins ;
- La continuité des soins.

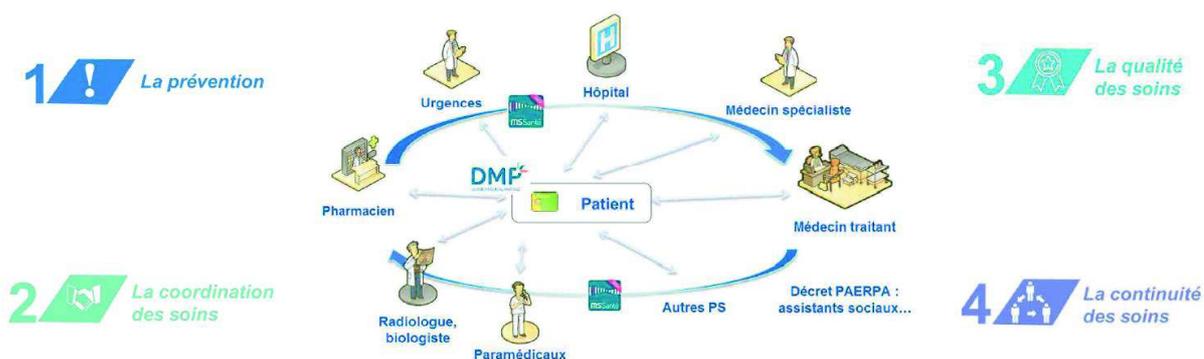


Figure 1 : Les 4 piliers du DMP¹⁸

¹⁷ CNAM, « DMP : Découvrir le DMP », <https://www.dmp.fr>, 2019.

¹⁸ Assurance Maladie Rhône, « Déploiement du DMP en Etablissement de Santé », <http://www.departement-information-medicale.com>, 2018.

b) Le contenu du DMP

Le DMP contient les traitements, résultats d'examens, personne à prévenir en cas d'urgence. Il permet de centraliser toutes les informations concernant le patient pour que celui-ci ne s'inquiète pas de les oublier. Il contient son historique de soins des 24 derniers mois, alimenté automatiquement par l'assurance maladie¹⁹. Il renseigne aussi les pathologies et allergies du patient, ainsi que ses traitements médicamenteux, soins, comptes rendus d'hospitalisation et de consultations, ses résultats d'examens, mais aussi, si le patient les renseigne, ses directives anticipées de fin de vie.

Le DMP permet de partager des informations de santé avec les professionnels de santé du choix du patient. Les professionnels choisis sont mieux informés et plus rapidement, ils évitent ainsi de prescrire des examens inutiles ou redondants, connaissent les antécédents médicaux et les traitements que suit le patient. Il est particulièrement utile pour les personnes ayant souvent recours aux soins comme les patients atteints d'une maladie chronique ou les femmes enceintes.

Ce dossier ressemble énormément au dossier pharmaceutique pour le pharmacien, il permettra les mêmes choses : c'est-à-dire les interventions pharmaceutiques, une qualité de délivrance et de conseil. Il possède cependant un avantage supplémentaire certain, par le contenu des résultats d'examens ; cela permettra pour quelques médicaments à délivrance particulière, tels que la clozapine, le carbimazole, les isotrétinoïdes, ou encore les anti-vitamines K, par exemple, de vérifier que les examens ont été réalisés et que les personnes sont bien dans les cibles données par les recommandations²⁰.

¹⁹ RCS Bro DMP, « DMP : brochure assuré 2019 », <https://www.dmp.fr>, 2019.

²⁰ AMELI, « Tout savoir sur le Dossier Médical Partagé (DMP) | ameli.fr | Assuré », ww.ameli.fr, 2019.

Le DMP est alimenté par la sécurité sociale sur la base des dossiers remboursements qui lui sont transmis, par les professionnels de santé, ainsi que par le patient.

Ce carnet est organisé en neuf espaces :



Figure 2 : Les différents volets du DMP ²¹

c) Sécurité

Le dossier est créé soit par le patient lui-même sur Internet, soit par un pharmacien équipé du logiciel grâce à sa carte Vitale et la CPS du praticien, soit directement en CPAM avec le consentement libre et éclairé du patient.

Le DMP est alimenté d'une part automatiquement par la sécurité sociale sur la base des dossiers qui lui sont transmis, d'autre part par tous les professionnels de santé que rencontrera le patient au cours de sa vie. Dans tous les cas, le patient reste maître du contenu de son DMP, il est sa propriété et peut choisir de cacher tout ou partie du contenu de son DMP, à tous ou certains professionnels de santé (hors médecin traitant et éditeur du document), il dispose du droit de s'opposer à l'alimentation de son DMP

²¹ Assurance Maladie Rhône, « Déploiement du DMP en Etablissement de Santé », <http://www.departement-information-medicale.com>, 2018.

par un ou plusieurs professionnels de santé. Le DMP est accessible uniquement au patient par son identifiant et ses codes confidentiels communiqués lors de son inscription et par les professionnels de santé autorisés par celui-ci sous réserve qu'il ait sa CPS²².

Il n'est pas accessible par la médecine du travail et ne peut en aucun cas être demandé lors de la signature d'un contrat de quelque nature que ce soit (employeur, mutuelle...). En fonction de leurs professions et spécialités, les soignants n'ont pas forcément accès à l'intégralité du dossier, mais simplement aux données qui sont utiles à leur profession. Par exemple, le médecin traitant pourra consulter l'intégralité du dossier tandis que le diététicien ne pourra y accéder que partiellement. Le personnel administratif des établissements médico-sociaux et de santé n'a accès qu'aux données administratives du DMP²³.

Les données de santé qu'il contient sont des données hautement sensibles tout comme pour le DP. Elles sont stockées chez un hébergeur sécurisé qui possède un agrément délivré par l'état, Santeos, société filiale de Worldline. Cet hébergeur est garant de :

- La maîtrise et la protection des échanges par l'identification et l'authentification des professionnels de santé et des patients pour préserver la confidentialité ;
- La protection des données, ainsi que la garantie de leur intégrité ;
- Leur imputabilité ;
- La traçabilité de toutes les actions qui ont lieu sur le DMP (les accès, alimentations et consultations...) ;
- La sauvegarde des données de santé et des traces.

Il appartient tout de même au patient possédant un DMP de vérifier, lors de ses connexions, que l'appareil utilisé ne possède pas de virus, que la connexion utilisée est

²² DMP.gouv, « Conditions générales d'utilisation du service DMP pour les bénéficiaires de l'Assurance Maladie », <https://media.dmp.gouv.fr>, 2018.

²³ Robert-Tissot, « Dossier Médical Partagé : Le service est désormais disponible pour tous », <https://www.ameli.fr>, 2018.

sécurisée, n'est pas un réseau WiFi public. La CNAM et le service assistance du DMP n'accèdent jamais aux données de santé.

Les documents partagés sont transmis à travers des flux sécurisés. L'authenticité des documents déposés par les professionnels de santé est garantie par une signature électronique, soit à l'aide :

- Du certificat de signature contenue dans la carte CPS ;
- D'un certificat logiciel serveur de signature issu de l'IGC et de l'ASIP Santé contrôlé par le responsable du document ;
- D'un certificat logiciel serveur de signature issu de l'IGC et de l'ASIP, dont la mise en œuvre est déclenchée par le système DMP pour la validation du contenu.

C'est ce qui permet de garantir un niveau fort d'imputabilité des documents.

d) Ouverture et clôture

L'ouverture du DMP se fait de plusieurs façons :

- Par l'assuré lui-même via le site Internet : www.DMP.fr ;
- Par le professionnel de santé et les personnes exerçant sous sa responsabilité ;
- Les personnes assurant une fonction d'accueil aux patients dans les établissements de santé, établissements sociaux et médico-sociaux ;
- Les agents de l'organisme de l'assurance maladie.

Pour l'ouvrir, le patient doit être muni de son numéro de sécurité sociale, il peut également lui être demandé de fournir son NIR, il devra signer et accepter les conditions générales d'utilisation. Il se verra remettre un accusé de réception de création de DMP sous forme de brochure dématérialisée ou matérialisée. Il lui sera alors fourni un identifiant, un mot de passe (provisoire, à changer dès la première connexion), ainsi qu'un code à usage unique à chaque connexion qu'il effectuera sur le DMP, qui lui sera envoyé, selon sa demande, soit par mail, soit par SMS. Ces trois données réunies permettent d'accéder à son DMP. Si le patient échoue trois fois, le compte se retrouve bloqué pour une durée de 15 minutes. En cas de perte ou de vol de ses identifiants de

connexion, le patient pourra faire une demande pour les changer via le formulaire d'intervention mis à disposition sur le site. Le site est accessible 24/24 et 7/7²⁴.

La clôture, quant à elle, peut se faire à tout moment par le patient lui-même ou bien l'un des différents acteurs énoncés plus haut étant aptes à ouvrir un DMP. Elle se fait sur simple demande et sans justificatif. La clôture n'est pas définitive : le patient pourra rouvrir son dossier à tout moment, et ses données seront conservées dix ans, mais ne seront plus consultables. Lors d'un décès, la clôture n'est pas automatique, c'est à la famille de faire les démarches pour clôturer le dossier.

e) Accès

L'accès au DMP pour le patient doit réunir trois conditions :

- L'identification fournie lors de l'ouverture du DMP ;
- Le mot de passe dans un premier temps, fourni à la création, et à modifier par le patient lors de sa première connexion ;
- Le code à usage unique envoyé à chaque connexion, soit par SMS sur le téléphone, soit via l'adresse e-mail donnée à AMELI²⁵, et selon le choix du patient quand il a paramétré son DMP.

Le patient pourra choisir les modalités de visibilité et d'accessibilité des documents déposés sur son DMP. Son médecin traitant pourra tout voir, en revanche, il pourra choisir de restreindre l'accessibilité de tout ou partie des documents à certains professionnels de santé. De même qu'il peut s'opposer au système bris de glace, qui permet aux médecins urgentistes d'avoir accès à l'intégralité du DMP, même lorsque la victime ne peut donner son consentement, ainsi qu'à l'accès d'urgence.

Les professionnels de santé peuvent, avec l'accord préalable du patient, accéder au DMP. Ils peuvent ainsi consulter l'historique du patient, et déposer des documents.

²⁴ DMP.gouv, « Conditions générales d'utilisation du service DMP pour les bénéficiaires de l'Assurance Maladie », <https://media.dmp.gouv.fr>, 2018.

²⁵ AMELI, « Tout savoir sur le Dossier Médical Partagé (DMP) | ameli.fr | Assuré », <https://www.ameli.fr>, 2019.

Il leur suffit pour cela de se connecter depuis le logiciel professionnel de santé (dont les dernières versions possèdent les fonctionnalités DMP) en un clic. Ils peuvent également y accéder via l'espace professionnel du site web DMP. L'identification se fait à l'aide de la CPE (carte de personnel d'établissement) ou CPS (carte de professionnel de santé). Les CPA (carte de personnel autorisé) et CDE (carte de directeur d'établissement) ne sont pas valides pour l'accès au DMP. Il suffit ensuite d'insérer la carte Vitale du patient et de consulter et/ou intégrer du contenu.

Il existe deux modes d'accès d'urgence au DMP, c'est-à-dire deux modes qui ne nécessitent pas l'accord express du patient, dans le cas où celui-ci en serait incapable :

- Le bris de glace : accessible par tout professionnel de santé ;
- L'accès en urgence : accessible aux seuls médecins régulateurs du SAMU.

Pour accéder à l'un de ces modes, il suffit lors de la connexion de cocher la case qui mentionne que le patient n'a pas donné son accord, puis en fonction de la CPS utilisée, le professionnel de santé est redirigé vers l'un de ces modes. Une fois entré, il doit toujours justifier son entrée dans le DMP, une notification sera visible par le patient.

f) L'alimentation

L'alimentation du DMP se fait de façon automatique par la CNAM en fonction des dossiers qu'elle reçoit dans sa base de données, uniquement lorsque le dossier donne lieu à un remboursement et passe par la caisse. La CNAM n'a aucun droit d'accès aux DMP des patients et à leur historique, elle ne fait que les alimenter.

Le patient peut également choisir d'alimenter lui-même son DMP avec des documents qui lui semblent pertinents ou qu'il souhaite mettre pour en donner l'accès à son médecin. Il peut aussi choisir de cacher certains documents mis automatiquement via le DMP web.

Pour le moment, le pharmacien ne peut accéder au DMP uniquement que via l'ordinateur central qui contient la CPS. Les autres postes étant alimentés par des Cartes

Personnel Autorisé (CPA)²⁶, l'accès au DMP des patients n'est pas possible. Aujourd'hui, le rôle du pharmacien dans le DMP se résume dans les ouvertures et les alimentations. Des projets sont en cours pour faciliter l'accès des DMP aux pharmaciens sur n'importe quel poste de la pharmacie, et pas uniquement le poste central souvent dans le back office.

Les médecins généralistes ont aussi un rôle à jouer dans l'alimentation, puisqu'ils sont le point central du parcours coordonné de soins du patient. Ils doivent éditer le volet de synthèse médicale dans le DMP du patient via des mots-clés uniformisés par l'assurance maladie. Celui-ci sera consultable par tous les autres professionnels de santé du parcours de soins du patient. Ils pourront, comme tous professionnels de santé, l'alimenter avec tous documents de synthèse, courriers, comptes-rendus, prescriptions d'examens médicaux.

Les laboratoires médicaux peuvent également l'alimenter via les résultats d'analyses. Pour les radiologues, seul leur compte rendu sera déposable sur le DMP. Les images ne seront pas déposées par le cabinet de radiologie.

g) Historique de la réglementation

Devant l'essor des nouvelles technologies, la démocratisation des ordinateurs et d'Internet, la mise au point d'une nouvelle carte Vitale, le désir de mise en route de la télétransmission, les ordinateurs qui petit à petit s'intègrent dans l'univers médical, il devient clair que le système de santé doit se moderniser et s'inscrire dans l'ère de son temps. Le carnet de santé montre ses limites et les ordinateurs offrent une capacité de mémoire inégalée.

En 2003, le professeur Fieschi remet un rapport au ministère de la Santé²⁷ qui posera les prémices du premier dossier patient informatisé et développera ce qui a

²⁶ Agence du Numérique en Santé, « Carte de Professionnel de Santé (CPS) », <https://esante.gouv.fr>, 2020.

²⁷ Fieschi, « Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins », <https://reseauprosante.fr>, 2003.

cours dans les autres pays. Pour lui, jusqu'à présent, les dossiers patients ne sont que des archives présentant certains éléments de l'histoire du patient, et en aucun cas un outil de partage des informations pour une meilleure prise en charge. Il énonce un dossier patient partagé visant à rassembler l'ensemble des données médicales d'un patient qui aurait pour vocation de permettre la prise en charge de toutes les pathologies confondues du patient pour correspondre au mieux à la réalité. Il présente plusieurs recommandations pour le développement des dossiers informatisés comme un soutien. Il recommande la mise en place d'expérimentations par les pouvoirs publics, sans gérer le dossier médical ; d'anticiper et d'orienter l'économie à la mise en place des technologies de l'information et de la communication ; d'encourager le développement et l'accès au réseau Internet haut débit à moindre coût ; l'intervention des Agences Régionales d'hospitalisation (ARH) dans la mutation des systèmes d'information de santé et veiller à une cohérence des initiatives, et bien d'autres.

Long et mouvementé, l'historique de la mise en place de ces outils est pleine de rebondissements et d'échecs. Ces outils sont nés d'un besoin de suivi plus important, d'un carnet de santé qu'on ne pourrait pas perdre, mais aussi du besoin de protéger les données de santé de l'émergence des outils développés par des entreprises américaines, avec lesquelles il convenait d'entrer en concurrence. Malheureusement toutes ces tentatives n'ont pas été fructueuses et certaines ne sont encore qu'à leur balbutiement.

(1) Dossier Médical Personnel

Jusqu'en 2004, quand un patient consulte un professionnel de santé, pour permettre à celui-ci de suivre l'historique du patient, le praticien peut se fier à ses propres connaissances du patient, son logiciel métier, ainsi qu'au carnet de santé du patient créé par la loi du 2 juin 1939²⁸. Ce carnet de santé, bien que très utile, présente beaucoup d'inconvénients : il représente une image à un instant T des pathologies du

²⁸ Légifrance, « Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0129 du 02/06/1939 (accès protégé) », <https://beta.legifrance.gouv.fr/>, 1939.

patient souvent incomplète ou non-présente, un résumé non détaillé du parcours de soins du patient. C'est un format papier où l'écriture peut parfois être illisible, il peut avoir été mal conservé par le patient et, s'il a été oublié lors de précédentes consultations, s'avérer incomplet. Son utilisation est par conséquent limitée et peu fiable, d'autant plus qu'aujourd'hui, il est désuet face aux nouvelles technologies.

Dans l'objectif de l'amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge du patient, et devant tous les inconvénients que présente le carnet de santé, ainsi que l'essor des nouvelles technologies, est alors créé par la loi du 13 août 2004²⁹ relative à l'assurance-maladie, le dossier médical personnel, permettant de moderniser le système de santé.

C'est le premier essai pour créer un carnet de santé numérique qui permettra de stocker de façon plus permanente que le carnet de santé papier l'histoire du patient et d'améliorer la coordination entre les différents acteurs de santé que le patient rencontrera tout au long de sa vie et de son parcours de soins. Il réunira des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins. Le dossier médical personnel comporte également un volet spécialement destiné à la prévention.

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004³⁰ lance donc le projet de ce dossier médical personnel avec pour objectif sa création pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie en 2007. Cette loi n'oblige pas le patient à ouvrir son dossier médical partagé, mais il existe cependant une notion de remboursement moindre si le patient use de son droit à ne pas communiquer des informations stockées sur son DMP à un professionnel de santé.

C'est un projet ambitieux dès son origine, un dossier qui contiendrait de nombreuses informations sur le patient ; il regrouperait ainsi les données médicales générales telles que les antécédents, allergies et intolérances, vaccinations, historiques des consultations et synthèses, les données de soins telles que les résultats d'examens,

²⁹ Légifrance, « Section 5 : Dossier médical personnel (Articles L161-36-1 à L161-36-3) - Légifrance », <https://beta.legifrance.gouv.fr>, 2004.

³⁰ Légifrance, « LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie », <https://www.legifrance.gouv.fr>, 2004.

compte rendu d'actes, bilans, traitements prescrits et administrés, protocoles de soins, etc., les données de préventions, les documents d'imageries médicales, ainsi qu'un espace d'expression pour le titulaire. Son développement et sa mise en place sont confiés à un GIP (groupement d'intérêt public).

Ce GIP est créé par l'arrêté du 11 avril 2005³¹, portant approbation de la convention constitutive d'un groupement d'intérêt public, « Groupement de préfiguration du dossier médical personnel ». Il doit s'occuper des dispositions juridiques, organisationnelles, financières et logistiques du futur organisme gestionnaire du DMP, lui permettant d'être opérationnel, et doit de plus assurer de façon temporaire la mise en œuvre technique du DMP³². Ce GIP est composé de :

- L'Etat ;
- La CNAMTS ;
- La caisse des dépôts et consignation.

En juillet 2005, le directeur général est démis de ses fonctions en raison d'un trop grand retard sur la mise en place du DMP³³. C'est à cette même période qu'est également lancé un appel d'offres pour le recrutement des hébergeurs du DMP. La CNIL rend des avis provisoires le 21 mars 2006³⁴ uniquement valables pour l'expérimentation ayant été saisie 1 mois avant sa mise en œuvre.

De juin à décembre 2006, ont lieu les premières expérimentations du DMP en conditions réelles. Sur cette période, moins de 40 000 DMP sont ouverts dans 13 régions sur les 17 sites pilotes³⁵.

³¹ Légifrance, « Arrêté du 11 avril 2005 portant approbation de la convention constitutive d'un groupement d'intérêt public - Légifrance », <https://beta.legifrance.gouv.fr>, 2005.

³² Bibliothèque numérique de droit de la santé et d'éthique médicale, « GIP-DMP, Groupement d'intérêt public - Dossier médical personnel - Définition - BNDS », <https://www.bnbs.fr>, 2020.

³³ Légifrance, « Arrêté du 13 juillet 2005 portant fin de fonctions du président du groupement d'intérêt public dénommé « Groupement de préfiguration du dossier médical personnel » - Légifrance », <https://beta.legifrance.gouv.fr>, 2005.

³⁴ Légifrance, « Délibération 2006-079 du 21 mars 2006 relative aux DMpersonnel - Légifrance », <https://beta.legifrance.gouv.fr>, 2006.

³⁵ Colin, « Le dossier médical personnel », ADSP, actualité et dossier en santé publique, n°58, 2007.

Il n'a pas pour vocation de se substituer aux logiciels métiers et dossiers patients que le médecin possède déjà. Les logiciels du DMP devaient être capables de communiquer avec les logiciels des professionnels de santé pour que la transmission d'informations utiles puisse se faire dans les deux sens.

Les données de santé du patient ne sont pas stockées sur la carte Vitale, mais chez un hébergeur de données de santé à caractère personnel choisi par le patient, et qu'il pourra décider de changer quand bon lui semble. Le patient accédera à son dossier via un portail dématérialisé, créé et géré par la CDC (caisse des dépôts et consignation). Lors d'une consultation, l'accès sera donné au praticien par consentement exprès du patient et par la présence conjointe de la CPS et de la carte Vitale. Le patient est libre de choisir ce qui sera visible ou non au praticien, et pourra même masquer la mention qui peut être faite au professionnel de santé qu'une partie du dossier lui est interdit.

Ce dossier n'est pas accessible aux médecins du travail, aux mutuelles assurances et services de police.

En janvier 2007, le GIP-DMP fait face à plusieurs problèmes qui l'obligent à repousser le DMP. Il fait face à une pétition des Associations de Malades pour l'abandon du NIR comme identifiant du DMP. En réaction, le Ministre crée une nouvelle mission : le masquage des données. Le GIP, vu l'accumulation des contraintes (NIR, CNIL, dossiers expérimentaux vides à 80 %, carte Vitale 2 en retard...), indique que le DMP est retardé à l'automne (la version a été refusée par le ministre de la Santé). A cette époque naît le DP, dont l'hébergement est attribué au GIE Santéos (Atos-UniMédecine) avec un essai lancé dans 600 officines, puis une extension nationale avant fin 2007.

En février 2007, la CNIL demande un NIR anonymisé et les résultats des expérimentations ne sont pas bons pour le DMP. Plus de 30 000 dossiers sont créés (38 200 dossiers), malheureusement très peu sont actifs. Ils ne comportent que peu de documents et peu sont consultés par les professionnels de santé.

En avril 2007, la CNAM s'oppose aux projets de décret sur le DMP. Le projet n'est pas abouti, beaucoup de questions essentielles ne sont pas encore réglées. Arrive le

mois de mai et la CNIL valide l'expérimentation du DP, ce qui bloque tout décret sur le DMP³⁶.

En septembre 2007, la ministre annonce une reconfiguration de l'outil. Elle comprend une expérimentation en 2008-2009 avec une généralisation en 2010.

Le rapport de la Cour des comptes de novembre 2007³⁷ émet un avis plus que réservé sur le DMP. Il évoque un calendrier d'échéance trop court et irréalisable, une ingérence du Ministère chargé de santé qui coupe l'herbe sous le pied au GIP-DMP, qui se retrouve à devoir gérer tant bien que mal le projet. Il estime que le budget alloué et le personnel sont largement insuffisants, surtout en comparaison d'autres pays qui ont mis en place des systèmes similaires. Ce rapport est assez incisif. Des projets irréalistes, lancés à l'aveugle sans réflexion sur les conséquences, une perte de crédibilité et de lisibilité, le flou total du rôle des professionnels de santé dans ce dossier, sont évoqués dans ce rapport. La Cour des comptes conclut qu'il faut refonder le GIP, revoir le calendrier, voir au-delà de la généralisation. Elle pense qu'il s'agit d'un bon outil dans l'idée, mais que l'action menée n'est pas la bonne. Il faut utiliser ce qui existe déjà, et l'améliorer avec les moyens financiers possibles et un calendrier réalisable.

En février 2008, la CNAM finalise le Web Médecin, rebaptisé « Historique des Remboursements », et des prescriptions qu'elle mettait en place depuis 2006 en parallèle du développement du DMP. Celui-ci développé indépendamment devait intégrer le DMP.

En mars 2008, un projet naît chez les médecins, le Dossier Médical Professionnel. Malheureusement, contrairement au DP, ce n'est pas l'Ordre des médecins qui le prend en charge, mais un syndicat. Le syndicalisme chez les médecins étant peu répandu, c'est un échec.

Jusqu'ici, la mise en place est un échec pour plusieurs raisons, certaines liées à la finalité du projet. Une ambiguïté régnait autour de la définition de DMP, puisqu'il devait

³⁶ Huber, « PHARMACLIENT : Dossier - DMP, dossier médical personnel, DP Dossier Pharmaceutique », <http://www.pharmaclient.net>, 2015.

³⁷ Boaretto et al., « Rapport sur le DMP.pdf », <http://www.robertholcman.net>, 2007.

être personnel, mais aussi partagé, et certains le voulait même professionnel. En cause également le manque d'adhésion des utilisateurs (patients comme professionnels). La gestion du DMP constitue la plus grande part de cet échec : un manque de cohésion dans la gouvernance du projet, une direction instable, la constante intervention du ministère dans les dossiers, le peu de moyens donnés...

Comme nous pouvons le voir, ce dossier aura bien du mal à aboutir. Ainsi a été adoptée la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, qui relance le DMP³⁸ et ajoute que l'entrée et le maintien des professionnels de santé dans le processus de convention avec les organismes d'assurance maladie passent par l'utilisation et l'alimentation du Dossier Médical Personnel³⁹. Ceci rend le DMP obligatoire pour les professionnels de santé pour la prise en charge des remboursements de leurs honoraires par l'assurance maladie.

En septembre 2009, est créée l'ASIP Santé (agence nationale des systèmes d'information partagés de santé), qui est issue de la fusion du GIP-DMP, du GIP-CPS et de la partie interopérabilité du Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH).

En décembre 2010 sont lancés les premiers DMP en France pour les médecins sur la base du volontariat en :

- Alsace ;
- Aquitaine ;
- Franche-Comté ;
- Picardie ;
- Rhône-Alpes.

Courant 2011, l'extension du DMP sur toute la France est lancée. Au terme de cette 1^{ère} année, le bilan très mitigé, voire dérisoire, avec seulement un peu moins de 40 000 (39 000) DMP ouverts en 10 mois, contenant au total seulement

³⁸ Légifrance, « Section 3 : Dossier médical personnel et dossier pharmaceutique (Articles L1111-14 à L1111-24) - Légifrance », <https://beta.legifrance.gouv.fr>, 2009.

³⁹ Légifrance, <https://beta.legifrance.gouv.fr>, 2009.

68 271 documents. 16 351 DMP comportent au moins un document, soit 40 % des dossiers créés, et pour les consultations par les Français, seulement 3 511 dossiers (8.9 %) ont fait l'objet d'au moins un accès patient à travers le portail dmp.gouv.fr⁴⁰.

En 2012, la ministre de la Santé souhaite faire table rase et avancer vers un DMP 2 qui corrige les défauts du premier qui est un échec total (environ 220 000 DMP ouverts, créés dans 160 hôpitaux ou dans le cabinet de 4 000 médecins traitants). Elle priorise l'appropriation du DMP 2 par les professionnels de santé en les associant au projet.

En avril 2013, la CNIL valide les messageries sécurisées et l'intégration des documents au DMP⁴¹.

Cet ambitieux projet, qui pourtant suscitait, malgré quelques craintes, un engouement important chez les professionnels de santé, sera un échec suite à de nombreuses erreurs stratégiques. Un financement trop peu important, une trop grande ambition dans un calendrier trop court, auront raison du projet. Quand le projet de loi est sorti en 2004, il était voulu qu'en 2007 chaque bénéficiaire de l'assurance maladie ait son DMP. Nous voyons bien que l'ambition était grande et non remplie. En 2011, l'agence des systèmes information partagés de santé projetait la création de 500 000 dossiers médicaux personnels en un an ; en 2012, la barre des 100 000 dossiers seulement a été franchie.

A ces problématiques se sont ajoutés des changements de cap importants et contradictoires : dans le projet de départ, le DMP était envisagé comme un dossier médical partagé essentiellement à destination des professionnels, mais est devenu au fur et à mesure un dossier personnel à destination en premier lieu du patient et contrôlé par celui-ci.

Des résistances de la part des médecins peu enclins à se faire juger sur leurs prescriptions par leurs confrères, la non-compatibilité aux logiciels métiers, la peur d'un

⁴⁰ Huber, « PHARMACLIENT : Dossier - DMP, dossier médical personnel, DP Dossier Pharmaceutique », <http://www.pharmaclient.net>, 2015.

⁴¹ CNIL, « Délibération 2013-096 du 25 avril 2013 - Légifrance », <https://beta.legifrance.gouv.fr>, 2013.

surcroît de travail, sont aussi venus enrayer le projet, et enfin la lassitude de la part des professionnels de santé et des associations de patients a fini d'achever le projet⁴².

L'histoire du dossier médical personnel s'achève en 2015, lorsque le projet est renommé Dossier Médical Partagé et change de mains.

(2) Dossier Médical Partagé

Nous avons pu constater que l'histoire du dossier médical personnel a été mouvementée et entrecoupée par celle de l'avancée fulgurante du dossier pharmaceutique. C'est donc en 2016 que ce dossier à la dérive est officiellement débaptisé et rebaptisé pour repartir sur de bonnes bases. Le dossier médical partagé est le dossier qui prend la suite et remplace le dossier médical personnel, il a les mêmes ambitions, mais en plus réalistes et moins dans la précipitation. Il change de nom, le dossier médical personnel étant un échec et n'ayant plus une bonne réputation dans le milieu médical, ni chez les associations de patient.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé⁴³ le rebaptise « dossier médical partagé » et confie le projet à la caisse nationale de l'assurance maladie. Elle est en charge alors d'assurer la conception, la mise en œuvre et l'administration du DMP. Elle participe également à la conception, la mise en œuvre et l'administration d'un système de communication sécurisée permettant l'échange d'informations entre les professionnels de santé.

D'après son communiqué de synthèse d'octobre 2015⁴⁴, la CNAM a pris les devants et a déjà établi les choix de son déploiement et de son calendrier, qui sont facilités par la démocratisation de l'informatique dans les cabinets libéraux en forte augmentation depuis 3 ans, mais aussi chez les patients, puisque à cette époque, la

⁴² Alexandra Ochando, « Contribution des technologies d'information et de communication dans l'exercice de la pharmacie d'officine en France. Th D Pharm », Université de Toulouse III, 2013.

⁴³ Légifrance, « LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé », <https://www.legifrance.gouv.fr>, 2016.

⁴⁴ Hacquin, Ghersinick, et Robert-Tissot, « Contacts presse Caisse nationale d'Assurance Maladie », Dossier de presse, 2015.

CNAM comptabilise 19 millions de comptes AMELI⁴⁵. Une mise en place d'autant plus importante devant le vieillissement de la population, mais également l'augmentation du nombre de maladies chroniques et de patients polyopathologiques. La CNAM détaille ses choix clés pour le déploiement :

- La création du dossier sera faite par les assurés, en lien si besoin avec le médecin traitant. L'accord du patient n'est donc pas requis puisqu'il choisit de la faire, le médecin ne perd pas de temps puisqu'il n'est pas celui par qui l'on doit obligatoirement passer ;
- Il sera directement alimenté par la CNAM avec les données de remboursements de soins qui constituera un historique sur 12 mois glissants ;
- La connexion au DMP se fera directement par les logiciels métiers des professionnels de santé ;
- Les conditions d'alimentation seront simplifiées, une secrétaire médicale pourra saisir directement les données dans le dossier patient. La transmission des informations entre l'hôpital et la ville sera assurée par un système existant de messagerie sécurisée, MSSanté.

Elle prévoit 8 territoires pilotes pour une première phase expérimentale au 1^{er} semestre 2016, un déploiement au 2^{ème} semestre 2016 sous forme de paliers, d'abord en passant par la ville, puis en gagnant l'hôpital, les cliniques et enfin les EHPAD. Ce sont les délégués de l'assurance maladie, accompagnés des conseillers informatiques en santé, ainsi que le personnel compétent des ARS, qui expliqueront l'usage et les modalités aux professionnels de santé.

Dans ce communiqué, la CNAM annonce qu'elle ne retient pas l'idée d'avoir accès au DMP et celle d'un remboursement conditionné à l'existence d'un DMP.

⁴⁵ AMELI, « ameli, le site de l'Assurance Maladie en ligne | ameli.fr | Assuré », <https://www.ameli.fr>, 2020.

Le 16 novembre 2016, la CNIL autorise la création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé « dossier médical partagé ».

En 2017, après 6 mois de travaux, le DMP est déployé dans 9 départements tests :

- La Somme (80) ;
- Le Val-de-Marne (94) ;
- Le Bas-Rhin (87) ;
- Le Doubs (25) ;
- Le Puy-de-Dôme (63) ;
- La Haute-Garonne (31) ;
- La circonscription de Bayonne (64) ;
- L'Indre-et-Loire (37) ;
- Les Côtes d'Armor (22).

146 logiciels métiers sont désormais compatibles avec le DMP, et l'application mobile est créée. A la fin de cette même année 2017, l'étendue d'alimentation des données de remboursement passe de 12 mois à 24⁴⁶, et le cap du million de DMP créés est atteint.

Une expérimentation a été menée pour une consultation du DMP sans CPS en structures de soins. Une ROSP est mise en place pour les médecins disposant d'un logiciel métier interopérable avec le DMP.

En mai 2018 sont mises en place la création de DMP pour les mineurs et la notification au patient de la première connexion d'un professionnel de santé au DMP.

En juillet de cette même année, les pharmaciens équipés du logiciel métier à jour peuvent ouvrir les DMP avec une rémunération d'1€ par dossier ouvert chez eux.

En septembre, l'ouverture en ligne est effective dans tous les départements via le site « dmp.fr » qui est opérationnel.

⁴⁶ DMP, « DMP : Versions », <https://www.dmp.fr>, 2020.

Un mois plus tard, on avoisine presque les 2 millions de dossiers ouverts.

Le 9 novembre 2018, relance d'une grande campagne de publicité autour du DMP pour promouvoir et faire découvrir l'outil à un public plus large. L'assurance maladie au travers de sa nouvelle campagne met en scène des situations simples de la vie courante pour valoriser les bénéfices que son dossier apporte aux patients et aux professionnels. Elle adopte le slogan « DMP, la mémoire de votre santé », qui va être visible à la télévision, sur des affiches, sur Internet et sur les réseaux sociaux. Cette campagne de communication va se décliner sous diverses formes :

- 3 spots télévisés diffusés sur les principales chaînes ;
- 3 affiches visibles dans une cinquantaine d'agglomérations ;
- Des bannières présentes sur Internet et les réseaux sociaux.

De plus, des assurés du régime général qui possèdent un compte AMELI reçoivent un message avec leur code de création pour les inciter à créer leur DMP sur le site dédié.

La communication autour du DMP va associer, en plus de cette campagne nationale, une campagne locale, en utilisant les acteurs du territoire avec lesquels l'assurance maladie est en lien étroit. Celle-ci passe notamment par la diffusion dans les établissements de santé, les professionnels libéraux, les associations de patients, etc., des brochures d'informations, flyers, affiches, spots, vidéos pédagogiques, spots radio et presse locale. Ce dispositif est complété par un volet à destination des professionnels de santé. Et enfin, les pharmaciens sont sollicités pour le déploiement du DMP et pour relayer ses éléments de communication. De par leur maillage territorial, ils représentent un élément clé ; rares sont les personnes qui ne se rendent pas en pharmacie et celles-ci sont faciles d'accès⁴⁷.

A partir d'avril 2019, les accès en « mode urgence », en plus d'être déjà recensés dans le DMP, sont notifiés au patient par sms ou mail.

⁴⁷ Robert-Tissot, « Dossier Médical Partagé : Le service est désormais disponible pour tous », <https://www.ameli.fr>, 2018.

En mai 2019, est ajoutée la possibilité de rédiger, consulter et alimenter ses directives anticipées.

En septembre 2019, l'application du DMP présente une nouvelle fonctionnalité disponible sur mobile : l'ajout de documents.

Depuis avril 2020, il est désormais possible de déclarer des aidants/aidés et il devient possible de prendre un document en photo directement depuis l'application.

Enfin, en juin 2020 est réalisé l'ajout du « carnet de vaccination » qui permet de consulter et d'enregistrer les vaccins dans le DMP. Pour le moment, seule la consultation est possible.

h) Les perspectives d'avenir du Dossier Médical Partagé

Le DMP n'est aujourd'hui qu'un élément en devenir, véritable outil d'avenir qui s'inscrit dans l'évolution de la santé et de la population. A l'heure où tout devient numérique, passe par internet, où les applications de santé, de nutrition, d'activité physiques, etc., foisonnent, il était important pour le ministère de la Santé de posséder un outil dans l'air du temps, qui garantit également la sécurité des informations de la population. Le DMP, à la fois l'application téléphone, mais aussi à travers le Web, s'inscrit dans cette volonté. Il est encore à ses balbutiements, mais il promet d'être un outil indispensable.

Le DMP est un outil prometteur en cours de réalisation. Il reste encore beaucoup de travail et il est important de le rappeler à la fois aux professionnels de santé, mais aussi aux patients. Il faudra encore des années de travail pour qu'il soit réellement fonctionnel.

Les projets du DMP à l'heure actuelle, pour l'année 2020, sont :

- L'intégration de la vaccination au DMP, et notamment d'un système de rappel avec notification. C'est en projet, la destination et la forme de la notification ne sont pas encore précisément définies. Ce pourrait être un système de rappel avec

notification au patient par SMS/mail, ou encore lorsqu'il consulte son DMP. Il pourrait aussi être à destination du professionnel de santé/médecin traitant sous forme de fenêtre pop-up ;

- Une mise à jour de l'application DMP, avec une fonction souvenir de l'identifiant ;
- La consultation du DMP à l'officine ;
- Un envoi immédiat du mot de passe lors de la création du DMP ;
- Une alimentation du DMP par le médecin du travail toujours sans accès par celui-ci au DMP par souci de confidentialité ;
- L'intégration du médecin traitant lors de la création du DMP, ainsi que la possibilité de le changer.

Dans les projets futurs, pour 2022 et plus :

- Une refonte de l'interface, une meilleure ergonomie, un tri et une meilleure visibilité des éléments. L'apparition d'un moteur de recherche par mots-clés ;
- Une uniformisation des termes médicaux par codes clés, permettant ainsi aux médecins généralistes de remplir facilement le volet médical de synthèse ;
- Une restructuration de l'historique, la création d'onglets et de la ligne de vie : toutes les consultations par chronologie des données des plus anciennes au plus récentes ;
- Une formation auprès des professionnels de santé pour remplir facilement et rapidement les onglets qui leur sont attribués : le médecin généraliste et le volet de synthèse médicale, l'infirmière et le bulletin de soin infirmier, le pharmacien et le bilan partagé de médication ;
- La création automatique des DMP : comme pour les dons d'organe post-mortem, ce serait au patient de faire la démarche pour refuser son DMP, et non plus au patient volontaire de l'ouvrir par eux-mêmes. Dans un premier temps, ce serait généralisé aux enfants à chaque naissance, d'ici 1 ou 2 ans.

2. Le Dossier Pharmaceutique

a) *Les objectifs*

(1) En Ville

Le Dossier Pharmaceutique a pour objectif de sécuriser la dispensation des médicaments en luttant contre la iatrogénie, la redondance des soins, mais aussi de renforcer la traçabilité des médicaments jusqu'au patient.

Il est créé parallèlement au Dossier Médical Personnel par l'Ordre National des Pharmaciens grâce à la loi de 2007⁴⁸. Ces objectifs définis par l'Ordre permettent de centraliser et mutualiser les données concernant la délivrance des médicaments aux patients, améliorant ainsi la qualité de la dispensation avec une analyse complète sur l'ensemble des dispensations et prescriptions, ainsi que de détecter une interaction néfaste pour le patient ou encore une mauvaise observance.

L'analyse et la validation de la prescription sont essentielles pour s'assurer de la pertinence entre les médicaments prescrits et le profil du patient. Le DP permet au pharmacien, dans un seul dossier et pour un patient donné, de pouvoir vérifier les posologies, détecter les interactions médicamenteuses entre tous les traitements pris par le patient (prescriptions des spécialistes et médecins généralistes, automédication...), les contre-indications, les redondances, les incohérences médicamenteuses (ex : la prescription de β -bloquant non cardiosélectif par le cardiologue et de β -mimétique par le pneumologue, ou encore la prescription de produits de contraste iodés par le radiologue sans demande d'arrêt de la metformine prescrite par l'endocrinologue).

Cette centralisation des informations est bénéfique au pharmacien pour avoir une vue d'ensemble et obtenir une analyse pharmaceutique de l'ensemble des traitements du patient, pour lui offrir une dispensation optimale et personnalisée, ainsi que des conseils associés à la prise en charge de son traitement et de sa pathologie, et

⁴⁸ Légifrance, « 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 » (Titre résultant de la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007), www.legifrance.gouv.fr, 2007.

l'adaptation à sa vie quotidienne. Le pharmacien pourra plus facilement prévenir les médecins qui suivent le patient de problèmes liés aux prescriptions, mais aussi participer activement dans la prévention de l'antibiorésistance (Fluoroquinolone déjà prise dans les 6 mois, plusieurs semaines d'Augmentin pour une angine non-bactérienne...). Elle facilite la possibilité du pharmacien à faire des interventions pharmaceutiques s'il y a lieu. Les données sont regroupées à un seul et même endroit avec le patient en face pour compléter l'interrogatoire. Il permettra en discutant avec le patient de proposer la mise en place d'aides à domicile, de matériel médical, et d'en proposer la possibilité au médecin généraliste pour la prescription.

Le dossier pharmaceutique, outil désormais ancré dans la pratique officinale, représente un formidable moyen de communication entre le pharmacien et le patient, plus particulièrement quand le patient ne connaît pas le nom de ses traitements. Il faut dire que beaucoup de patients ne connaissent pas les noms, et encore moins depuis les substitutions en génériques, de leur traitement.

Il permet une dispensation sécurisée, mais pas seulement. Il va également être particulièrement utile lorsque le patient se déplace et oublie ses ordonnances, ou les perd. Nous pourrions voir les dispensations dans les autres pharmacies reliées au DP, et qui y ont inscrit leur délivrance. Nous avons pu éprouver cette fonction cette année avec le confinement, par exemple avec les étudiantes qui sont rentrées chez leurs parents précipitamment en oubliant leur pilule. Grâce au DP, nous avons pu non seulement voir qu'elles prenaient la pilule, voir quand celle-ci a été prise la dernière fois, mais surtout savoir de quelle pilule il s'agissait. Cela marche pour beaucoup de traitements, notamment pour les personnes âgées qui ont aussi été prises en charge par leur famille lors du confinement.

Il est aussi une bonne base pour les nouvelles missions du pharmacien, comme les entretiens pharmaceutiques ou encore les bilans partagés de médication. Ces points ne seront pas développés dans cette thèse, car ceux-ci ont déjà été très bien développés

dans une autre thèse⁴⁹. Il permet également de voir, par les traitements dispensés, de quelles pathologies souffre le patient, et donc de mettre l'accent sur certains points de prévention et de vigilance auxquels le patient devra être attentif tout au long de sa vie, et de donner des conseils sur sa prise en charge au quotidien, les soins à apporter en complément, et ainsi prévenir certaines affections intercurrentes.

(2) A l'hôpital

Les objectifs concernent également le pharmacien hospitalier, depuis 2012⁵⁰, qui y a accès et peut donc prévenir une interaction néfaste au patient à sa sortie d'hospitalisation. Il permet aussi d'informer le pharmacien de ville des médicaments en rétrocession délivrés aux patients. Il facilite la circulation des informations entre les différents acteurs de santé, décloisonnant ainsi la ville et l'hôpital, et augmente l'identification de potentiels dangers pour le patient. A partir de 2016, certains médecins hospitaliers (urgentistes, anesthésistes-réanimateurs, gériatres) peuvent consulter le DP de leurs patients. Il devient donc possible pour eux de collecter des informations pouvant aider à une prise en charge optimale de leur patient. Ainsi, si le patient est dans l'impossibilité de donner la totalité de ses traitements, ses informations leur seront accessibles et éviteront les accidents (opération sans précaution alors que le patient est sous anticoagulants, interactions gravissimes entre le traitement de ville et le traitement d'urgence...). Il sécurise donc la dispensation des médicaments au bénéfice de la santé du patient et offre une meilleure coordination des soins entre ville et hôpital.

Désormais, en plus de sa mission principale (sécuriser le patient), il sécurise également la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique grâce à plusieurs autres services : DP-ruptures, DP-alertes, DP-rappels, DP-suivi sanitaire.⁵¹

⁴⁹ Olivier Robert, « Thèse : La place du Dossier Médical Partagé dans l'exercice officinal », Thèse de doctorat en pharmacie, UFR Médecine Pharmacie de Rouen, 6 mai 2020.

⁵⁰ Légifrance, « Décret n° 2012-1131 du 5 octobre 2012 relatif à la consultation et à l'alimentation du dossier pharmaceutique par les pharmaciens exerçant dans les pharmacies à usage intérieur - Légifrance », <https://beta.legifrance.gouv.fr>, 2012.

⁵¹ CNOP, « Qu'est-ce que le DP ? - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens », <http://www.ordre.pharmacien.fr>, 2019.

b) Dossier autonome

(1) Contenu du DP

Le DP recense tous les médicaments (prescrits ou non prescrits), délivrés au cours des 4 derniers mois (32 mois supplémentaires en cas d'alerte sanitaire : retrait d'un médicament) pour les médicaments, 21 ans pour les vaccins et 3 ans pour les médicaments biologiques.

Dans ce DP, sont inscrits les noms des médicaments délivrés et leurs dosages, le nombre de boîtes et la date de dispensation. Après consultation du DP, les données ne sont pas conservées à l'officine : elles sont automatiquement effacées du système informatique du pharmacien.

(2) Un dossier informatisé

Le secret professionnel est à la base de tout métier de la santé et est fondamental à la relation de confiance qui existe entre le patient et son pharmacien. Les données du DP, qui sont des informations de santé personnelles et intimes sur le patient, constituent donc des données sensibles qui nécessitent une protection particulière et renforcée, que ce soit dans leur collecte, mais aussi dans leur conservation. C'est pourquoi ce dossier n'est consultable qu'en utilisant conjointement la carte professionnelle de santé du pharmacien (CSP), ou de tout autre professionnel de santé autorisé à le consulter, et la carte Vitale du patient. Sans l'une de ces deux cartes, le dossier n'est pas consultable.

Lors d'une hospitalisation, les professionnels de santé doivent utiliser conjointement les données de la carte Vitale du bénéficiaire, qui peuvent être conservées dans le système d'information hospitalier de l'établissement de santé au cours de la période de prise en charge du patient dans des conditions de sécurité garanties par des moyens de chiffrement, tout en assurant une traçabilité de l'accès aux données, ainsi que tout moyen d'authentification personnel conforme à un référentiel de sécurité mentionné dans le Code de la Santé Publique. Aucune autre personne ne peut avoir accès à ces données, pas même le CNOP.

Aucune information n'est stockée dans la carte Vitale ou sur la carte du professionnel de santé, ni même sur l'ordinateur. Ces données sont effacées de l'ordinateur du pharmacien dès que la carte Vitale est retirée du lecteur⁵². Les données du DP sont stockées chez un hébergeur de données de santé à caractère personnel agréé par le ministre chargé de la Santé (GIE Santeos). Le DP n'utilise pas le numéro de sécurité sociale, mais un numéro spécifique. Les informations sont stockées sur deux bases cryptées :

- Dans une première base, est stockée l'identité de la personne (nom, prénom, date de naissance, sexe, etc.),
- Dans la seconde, est regroupé l'historique des dispensations de médicaments.⁵³

C'est un système de chiffrement qui permet le lien entre ces deux bases. L'échange des informations entre les hébergeurs et le pharmacien s'effectue par un réseau Internet professionnel sécurisé. Toutes les informations transmises sont cryptées. Il existe en plus une traçabilité des échanges entre la pharmacie et l'hébergeur qui archive des actions effectuées sur le serveur informatique du DP. Malgré tout, la loi prévoit que le ministre chargé de la Santé, l'ANSM et l'ANSP, peuvent accéder à ces données relatives aux médicaments hébergés dans le cadre du DP. Ces données sont anonymes et permettent l'élaboration de statistiques pour permettre une meilleure visibilité de la situation sanitaire de la population.

(3) Accès au DP

C'est tout d'abord un droit pour le patient qui peut ouvrir un DP dans n'importe quelle pharmacie de ville (ou établissement de santé équipé) en prenant sa carte Vitale. Si l'enfant est mineur, il est possible d'ouvrir un DP, mais il faudra l'accord de son représentant légal. De plus, c'est une obligation pour le pharmacien de le présenter de façon claire et intelligible, de l'ouvrir à la demande du patient, mais également de l'alimenter lors de la dispensation, sauf opposition partielle ou complète du patient.

⁵² CNOP, « Vos droits : respect de la vie privée et confidentialité de vos données - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens », 21 décembre 2017, <http://www.ordre.pharmacien.fr>.

⁵³ CNOP, « Vos droits : respect de la vie privée et confidentialité de vos données - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens », www.ordre-pharmaciens.fr, septembre 2020.

La création de ce dossier est réalisée par le pharmacien après avoir recueilli le consentement verbal du patient. Il lui remet alors une attestation de création au format papier, qui est donnée au patient. Une version électronique est conservée dans le serveur de l'officine.

Pour la consultation, le pharmacien introduit sa CPS et la carte Vitale du patient dans le lecteur à double entrée permettant de sécuriser le transfert de données. L'accès au DP est réservé aux pharmaciens, préparateurs, étudiants en pharmacie (à partir de la 3^e année).

Le pharmacien alimente le DP en scannant les médicaments dispensés, ainsi le logiciel détecte immédiatement les éventuels risques de redondance ou d'interactions médicamenteuses (message d'alerte). Le pharmacien évalue alors la situation, informe le patient et choisit de suspendre un traitement ou d'appeler le médecin pour l'informer, et décider de la conduite à tenir.

Le patient dispose d'un droit d'opposition⁵⁴, c'est-à-dire qu'il peut refuser qu'un ou plusieurs médicaments particuliers apparaissent dans son DP, son refus n'a aucune incidence sur sa prise en charge sociale. Une attestation de « refus d'alimentation » est éditée sur papier et lui est remise. S'il y a refus, alors la mention « Dossier incomplet » sera affichée à l'écran de tous les pharmaciens qui consulteront le DP, et ce pendant les 4 mois qui suivront le refus.

Il est possible, sur simple demande du patient, d'éditer son DP pour des raisons qui lui sont propres, mais cela pourrait par exemple être le cas lors d'un changement de médecin ou lors d'un rendez-vous chez un spécialiste pour avoir tous les traitements en cours.

Le patient peut décider à tout moment de fermer son DP. La demande est transmise à l'hébergeur et une attestation de clôture est remise au patient. Tout DP non utilisé dans un délai de 3 ans est supprimé par l'hébergeur⁵⁵.

⁵⁴ CNOP, « Rapport d'activité DP 2017 », <http://www.ordre.pharmacien.fr>, 2017.

⁵⁵ CNOP, « Le Dossier Pharmaceutique plus de sécurité pour votre santé brochure destinée aux patients 2017 », <http://www.cespharm.fr>, 2017.

c) Portail DP

(1) DP-alertes

Depuis juillet 2010, l'Ordre des pharmaciens peut diffuser en quelques minutes une alerte sanitaire à l'ensemble des pharmacies raccordées au Dossier Pharmaceutique, en métropole ou dans les DOM. Le dispositif fonctionne 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7⁵⁶. Par exemple, l'Ordre peut relayer certaines alertes dites « DGS Urgent », qui émanent de la Direction Générale de la Santé (DGS). Il est possible, si besoin, de cibler les pharmacies par zone géographique. Ceci en fait donc un moyen de communication rapide et fiable entre les pharmaciens d'officine et les différentes instances que sont la DGS (Direction Générale de la Santé), la HAS (Haute Autorité de Santé) ou encore, l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé) ainsi que des laboratoires pharmaceutiques.

Le message d'alerte s'affiche sur tous les postes informatiques de toutes les pharmacies, en ville et à l'hôpital. Pour poursuivre l'activité en cours, les pharmaciens doivent obligatoirement, sur chaque poste informatique, valider le message pour qu'il disparaisse. Un accusé de réception est alors envoyé au serveur du portail DP, afin de suivre et mesurer la prise en compte de l'alerte sanitaire⁵⁷. Permet aux pharmaciens d'être alertés au plus vite pour prendre au mieux en charge le patient et suivre au mieux les consignes de sécurité pour protéger, informer les patients et professionnels de santé. Nous avons pu en voir toute l'importance lors de la crise sanitaire de cette année.

(2) DP-rappels

Depuis novembre 2011, les rappels et retraits de lots de médicaments sont transmis aux pharmacies par le portail DP, de la même façon que pour l'envoi des alertes sanitaires. Les pharmaciens sont ainsi avertis en temps réel et peuvent retirer de la

⁵⁶ CNOP, « Qu'est-ce que le DP ? - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens », <http://www.ordre.pharmacien.fr>, 2019.

⁵⁷ CNOP, « Brochure Zoom sur le DP en officine », <http://www.ordre.pharmacien.fr>, 2019.

vente, sans délai, les médicaments concernés. Ce dispositif, réalisé avec l'ANSM et les exploitants, fonctionne 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7⁵⁸.

Il permet ainsi une communication entre les acteurs du médicament et des produits de santé pour le retrait et les rappels de lots avec une diffusion garantie vers 100 % des destinataires, permettant ainsi d'assurer la sécurité des patients quant à la délivrance de certains lots de médicaments. Le pharmacien peut donc retirer rapidement les lots concernés par le rappel de ses rayons ou encore transmettre une information au patient concernant son médicament et la conduite à tenir.

(3) DP-ruptures

Depuis mars 2013, est expérimenté le DP-ruptures qui a permis à plus de 200 pharmaciens et 67 laboratoires⁵⁹ de remonter un signalement de rupture d'approvisionnement de produits de santé. Ce signalement de rupture d'approvisionnement est transmis au pharmacien responsable du laboratoire concerné, à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et à l'Agence régionale de santé (ARS) dont le professionnel de santé dépend. Ce dispositif, actuellement en cours de généralisation, permet de faire passer le flux d'informations entre les acteurs concernés afin de trouver plus facilement des solutions pour le traitement des patients, un sujet qui est d'actualité, et un outil nécessaire qui devient indispensable face aux multiples ruptures d'approvisionnement auxquelles doit faire face le pharmacien d'officine.

Certains pharmaciens d'officine peuvent signaler automatiquement les médicaments en rupture directement depuis leur logiciel métier sans aucune saisie manuelle.

⁵⁸ CNOP, « Qu'est-ce que le DP ? - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens », <http://www.ordre.pharmacien.fr>, 2019.

⁵⁹ CNOP, « Qu'est-ce que le DP ? - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens », <http://www.ordre.pharmacien.fr>, 2019.

(4) DP-suivi sanitaire

La loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011⁶⁰ prévoit que le ministre chargé de la Santé, l'ANSM et l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS), peuvent accéder aux données anonymes relatives aux médicaments qui sont hébergées dans le cadre du Dossier Pharmaceutique. Ces données constituent un outil d'aide à la décision, dans la mesure où elles offrent une meilleure visibilité de la situation sanitaire de la population. Le processus est sécurisé : il s'agit de données anonymes. A noter que, pour ce dispositif, l'Ordre National des Pharmaciens a reçu un soutien financier de l'ANSM.

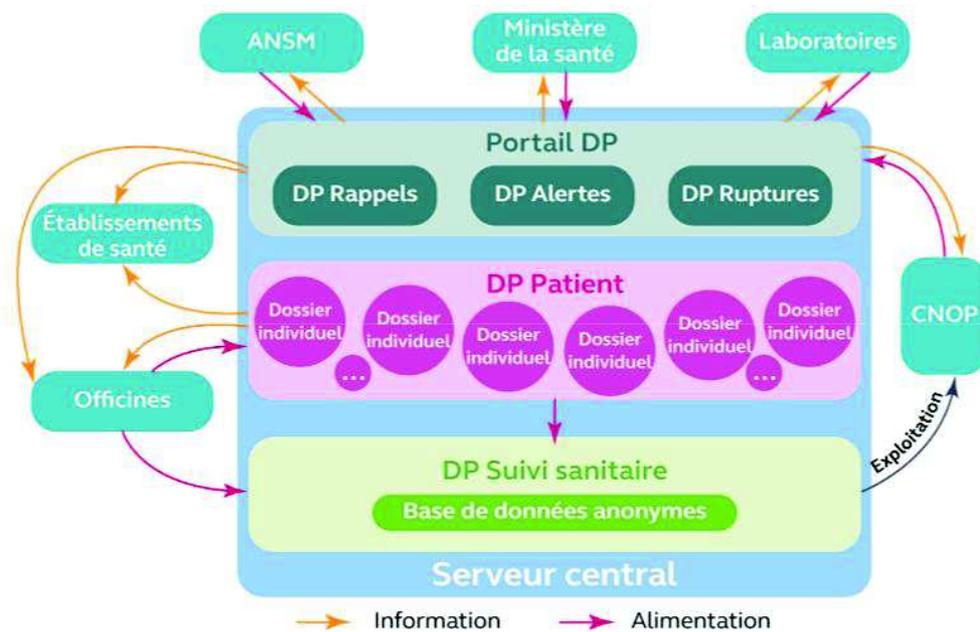


Figure 3 : Système d'information du DP⁶¹

d) Historique de la réglementation

La création du dossier pharmaceutique est autorisée par la loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance du 26 août 2005 relative à l'organisation de

⁶⁰ Légifrance, « LOI n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé - Légifrance », <https://www.legifrance.gouv.fr>, 2011.

⁶¹ Cours des comptes, « Rapport cours des comptes DP 2020 », <https://www.ccomptes.fr>, 2020.

certaines professions de santé⁶². Initialement créée pour alimenter le Dossier Médical Personnel d'après la première version de l'article L.161-36-4-2, issue de la loi du 31 janvier 2007⁶³, sa gestion est confiée à l'Ordre des pharmaciens. Devant le retard pris par le Dossier Médical Personnel, qui devait initialement être généralisé pour juillet 2007, et repoussé à une échéance plus lointaine, mais surtout devant l'avancée du dossier pharmaceutique, celui-ci va devenir légalement un dossier autonome par l'article L.161-36-4-2 modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008⁶⁴.

De juin 2007 à novembre 2007 débute la phase pilote de ce nouvel outil dans 6 départements⁶⁵ :

- Doubs ;
- Meurthe-et-Moselle ;
- Nièvre ;
- Pas de Calais ;
- Rhône ;
- Seine-Maritime.

Les pharmaciens volontaires de ces départements testent alors le DP sur le plan technique, vérifient la sécurité du dispositif, testent les outils de communication, mais aussi expliquent son intérêt aux patients. Cette phase aura aussi pour rôle d'évaluer l'usage et l'appropriation du DP, tant par les pharmaciens que par les patients ; elle permettra aussi de montrer son impact sur les relations des pharmaciens dispensateurs avec les médecins prescripteurs⁶⁶.

⁶² Légifrance, « 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 » (Titre résultant de la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007), <https://www.legifrance.gouv.fr>, 2007.

⁶³ Légifrance, « DELIBERATION n°2008-302 du 17 juillet 2008 », <https://www.legifrance.gouv.fr>, 2008.

⁶⁴ Légifrance, « LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 », <https://www.legifrance.gouv.fr>, 2007.

⁶⁵ CNIL, « DELIBERATION n°2007-367 du 29 novembre 2007 », <https://www.legifrance.gouv.fr>, 2007.

⁶⁶ Légifrance, « Délibération 2007-106 du 15 mai 2007 - Légifrance », <https://www.legifrance.gouv.fr>, 2007.

Suite à une demande de l'Ordre, une extension de la phase pilote est autorisée pour 3 mois supplémentaires, dans un premier temps pour ces mêmes départements⁶⁷. Après plusieurs vérifications auprès des pharmaciens volontaires de 3 des 6 départements, sont autorisées une extension des zones géographiques, ainsi qu'une prolongation, qui s'étendra du 15 février 2008 au 30 juin 2008, date à laquelle l'Ordre prévoit une généralisation du DP sur tout le territoire. En effet, cette demande de prolongation fait suite à la constatation que des ajustements techniques ont été nécessaires de la part des éditeurs de logiciels, et donc que l'expérimentation n'a effectivement débuté qu'en juillet 2007 pendant la période estivale, qui n'était pas propice à la création des DP. Le bilan de l'expérimentation ne permet pas d'avoir une vision précise de l'usage et de l'appropriation du DP, tant par les pharmaciens que par les patients, et en particulier de l'exercice par ces derniers de leurs droits (accès et opposition), ce qui motive tout autant cette demande de prolongation. Il ne permet pas non plus de faire la démonstration de l'effectivité et de l'efficacité du partage de l'information qui permet de confirmer, en termes de santé publique, l'intérêt du DP. Dès lors, la Commission souhaite poursuivre l'expérimentation.

L'extension géographique se fera dans les Yvelines (78) et les Hauts de Seine (92) qui sont deux départements limitrophes entre lesquels existent d'importants mouvements quotidiens de personnes, notamment à l'occasion des déplacements domicile/travail. Le CNOP y voit un intérêt majeur pour prouver l'efficacité de son outil⁶⁸.

Initialement, dans le dossier pharmaceutique, était prévu un item d'opinion pharmaceutique qui fut retiré, car, selon le CNOP, il n'avait pas sa place dans le DP pour deux raisons :

- La formulation d'une opinion pharmaceutique intervient dans les relations avec le médecin prescripteur ;

⁶⁷ Légifrance, « Délibération n°2007-367 du 29 novembre 2007 - Légifrance », <https://beta.legifrance.gouv.fr>, 2007.

⁶⁸ Légifrance, « Délibération de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés », <https://www.legifrance.gouv.fr>, 2008.

- La fonctionnalité nécessitait une saisie manuelle, alors que les informations du DP y figurent sous forme codée saisie automatiquement.

Le rapport de 2008 ouvre la possibilité d'ouverture et de gestion des DP aux préparateurs en pharmacie sous le contrôle et la responsabilité du pharmacien, disposition qui peut se fonder sur l'article L.4241-1 du Code de la Santé publique qui autorise les seuls préparateurs en pharmacie « à seconder le titulaire de l'officine et les pharmaciens qui l'assistent dans la délivrance au public des médicaments »⁶⁹.

Le DP conserve les dispensations ayant eu cours dans les 4 mois précédents le mois actif, mais le CNOP prévoit un archivage chez l'hébergeur d'une durée complémentaire de trente-deux mois, de sorte que la durée totale de conservation chez l'hébergeur est portée à trois ans. Cette durée d'archivage de trente-deux mois supplémentaires a été prévue à la demande de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), car elle correspond à la durée de vie du médicament avant sa péremption, et pour permettre la traçabilité des médicaments et produits de santé, faciliter la transmission des alertes et le rappel des lots défectueux⁷⁰.

Enfin le dernier rapport de la CNIL avant la généralisation valide les conditions d'accès et de sécurité des données encore valables aujourd'hui :

- Le pharmacien utilise conjointement sa carte de professionnel de santé et la carte Vitale du patient pour consulter et alimenter la base, ce qui implique la présence physique du patient (article R. 161-69-5) ; les données sont enregistrées, conservées et transférées sous forme cryptée (article R. 161-69-12, 2°, alinéa 2).
- Il y a une trace des accès et alimentations des dossiers pharmaceutiques (article R. 161-69-7).
- Les données issues du dossier pharmaceutique qui ne sont pas liées à des dispensations effectuées par une officine ne peuvent pas être enregistrées dans le système informatique de ladite officine (article R. 161-69-8). Ce qui par conséquent

⁶⁹ Légifrance, « Code de la santé publique - Article L4241-1 », <https://www.legifrance.gouv.fr>, 2000.

⁷⁰ Légifrance, « DELIBERATION n°2008-302 du 17 juillet 2008 », <https://www.legifrance.gouv.fr>, 2008.

constitue une garantie contre l'utilisation à d'autres fins des données contenues dans le DP.

Le 2 décembre 2008, la CNIL autorise la généralisation du Dossier Pharmaceutique en officine et fixe toutes les prérogatives du DP que nous avons exposées plus haut dans le point concernant l'accès au dossier pharmaceutique.

Un numéro de dossier pharmaceutique (NDP) des personnes qui refusent l'ouverture d'un DP sera enregistré avec la date du refus dans le seul but de ne pas faire une proposition d'ouverture d'un DP plus de trois fois. Pour associer sans risque d'erreur un patient et son DP, ce dernier sera identifié provisoirement par un numéro de dossier pharmaceutique (NDP) en l'attente de la mise en œuvre de l'identifiant national de santé, prévu par l'article L. 1111-8-1 du Code de la santé publique. Ce NDP, généré automatiquement par le logiciel d'officine, est déterminé à partir des éléments, lus directement sur la carte de l'assuré, que sont le nom de famille, le prénom usuel et le numéro de série de la carte. Le NDP ainsi constitué remplit normalement son rôle d'identifiant et garantit qu'un DP ne soit pas rattaché à deux personnes différentes (risque de collision).

Concernant la sécurité de la plate-forme d'hébergement : pour renforcer la sécurité et garantir la continuité du service, toutes les données sont dédoublées par l'hébergeur et stockées sur deux sites géographiquement séparés. La sécurité du DP repose sur la dissociation des données d'identité et des données de santé. Deux bases sont alors créées :

- L'une contenant les informations relatives à l'état civil des assurés ;
- L'autre regroupant les données sur les médicaments.

Le lien entre les deux est assuré par calcul d'un identifiant mettant en œuvre une fonction de hachage et un boîtier cryptographique⁷¹.

⁷¹ Légifrance, « Délibération de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés », <https://www.legifrance.gouv.fr>, 2008.

Et enfin, le 15 décembre 2008, le décret de généralisation du DP dans les pharmacies d'officine est signé et paraît au JO⁷². Officialisé dans la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 50 (V)⁷³, le même article est repris et modifié, le DP existe pour lui-même.

En décembre 2009, l'outil se développe et voit apparaître une nouvelle section à l'intérieur du DP : une section dédiée à la diffusion des alertes sanitaires que l'on va alors nommer le DP-alertes⁷⁴. Le Dossier pharmaceutique comprend désormais ce qu'on va appeler le DP-patient et le DP-alertes. Ce DP-alertes est le relais des alertes sanitaires qui ont cours. Il est apparu lors de la crise sanitaire de la grippe H1N1 et nous avons pu mettre une nouvelle fois ses capacités à l'épreuve lors de la crise sanitaire de cette année, la crise COVID-19. Il permet la transmission des informations comme vu plus haut dans la section DP-alertes. Pendant la crise de cette année, il a été le relais de nombreuses alertes dites DGS-urgent à destination à la fois du pharmacien, mais également de tous les professionnels de santé venant à l'officine, notamment concernant les masques du stock d'état, ainsi que des patients. A défaut de disponibilité du DP, ces informations passent par fax. Il a servi à la diffusion du rappel des mesures barrières, des informations en matière de renouvellements exceptionnels de traitements, de la prolongation automatique des droits de la complémentaire santé solidaire. Il a permis aux pharmaciens de faire passer en temps réel les messages de santé publique et d'accompagner les professionnels de santé et les patients au cours de cette crise et de ce confinement.

Le 6 mai 2010, la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) autorise, à titre expérimental, l'utilisation du Dossier Pharmaceutique dans les pharmacies à usage intérieur. L'expérimentation est lancée pour 9 mois auprès de 5 pharmacies d'établissements de santé volontaires dont 3 CHU. L'objectif principal de

⁷² Légifrance, « Décret n° 2008-1326 du 15 décembre 2008 relatif au dossier pharmaceutique », <https://www.legifrance.gouv.fr>, 2008.

⁷³ Légifrance, « LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 50 », <https://www.legifrance.gouv.fr>, 2009.

⁷⁴ CNOP, « CP - Avec la publication du décret, le DP arrive à l'hôpital », <http://www.ordre.pharmacien.fr>, 2012.

cette expérimentation est de tester la faisabilité fonctionnelle, technique et financière du raccordement au DP des systèmes d'informations hospitaliers des établissements de santé. Elle va permettre aussi aux éditeurs de logiciels de gestion de PUI régionaux de vérifier la bonne adaptation de leur logiciel au DP et, enfin, d'évaluer l'usage et l'appropriation du DP par le pharmacien hospitalier, ainsi que par les patients. Il montre son impact sur le suivi pharmaceutique de patients ambulatoires atteints de pathologies chroniques et sur les relations entre les pharmaciens hospitaliers et les pharmaciens d'officine. Cette expérimentation fait suite à une demande de la Cour des comptes et permet dès lors de consolider la coordination, la qualité et la continuité des soins, ainsi que la sécurité de la dispensation des médicaments aux patients, conformément à ce que définit le CSP, grâce à l'inscription au DP des médicaments dispensés en ambulatoire en ville et à l'hôpital. Les informations relatives aux patients concernés par la rétrocession hospitalière sont particulièrement sensibles, la consultation et l'alimentation de leur DP doit donc impérativement se faire avec leur accord exprès par le pharmacien hospitalier. Cet accord lui est donné par la remise de sa carte Vitale par le patient⁷⁵.

Le 3 novembre 2011, une convention⁷⁶ est signée entre le CNOP et l'AFSSAPS, concernant les rappels et retraits de lots de médicaments ou de dispositifs médicaux transitant par le DP. Le but est d'accroître la sécurité des produits de santé mis sur le marché et la sécurité des patients en rendant la procédure de rappel plus rapide et plus sûre, et de fournir une information plus complète. Le service est ouvert 24/24 et 7/7⁷⁷.

⁷⁵ Légifrance, « DELIBERATION n°2010-116 du 6 mai 2010 - Légifrance », <https://beta.legifrance.gouv.fr>, 2010.

⁷⁶ Adenot, et Maraninchi, « Convention DP Rappels/Retraits de Lots Médicaments à usage humain », <http://www.ordre.pharmacien.fr>, 2011.

⁷⁷ CNOP, « Retraits de lots des médicaments - Communications - Ordre National des Pharmaciens », <http://www.ordre.pharmacien.fr>, 2011.

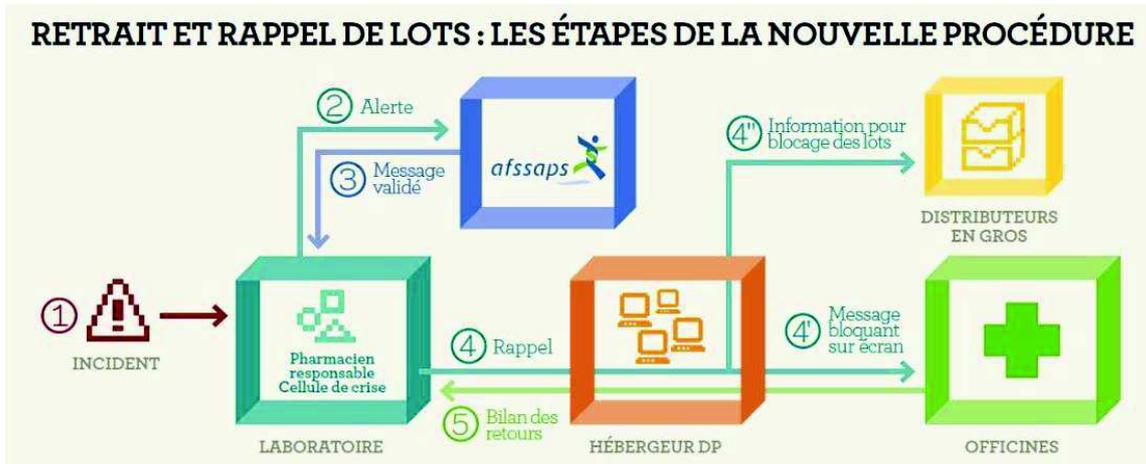


Figure 4 : Schéma des retraits et rappels de lots⁷⁸

Le 29 décembre 2011, l'AFSSAPS (désormais ANSM), l'institut de veille sanitaire et le ministère de la Santé peuvent avoir accès aux données anonymes du DP⁷⁹.

Le 2 janvier 2012, la convention entre l'agence nationale chargée des médicaments et le CNOP sur les rappels de lots est étendue à la diffusion vers tous les établissements de santé français⁸⁰.

En avril 2012, le seuil des 20 millions de DP est franchi, ainsi que celui du milliard de médicaments alimentés dans les bases du DP⁸¹.

Le 5 octobre 2012, paraît le décret autorisant les pharmaciens exerçant en pharmacie à usage intérieur à accéder au DP dans les mêmes conditions que les pharmaciens d'officine. Ce décret ouvre la possibilité d'accès et d'alimentation aux préparateurs. Il mentionne aussi la possibilité que le titulaire du DP ou son représentant légal puisse demander l'édition de son DP au format papier et que le pharmacien puisse lui faire régler le coût de sa reproduction. Le patient peut exercer son droit de

⁷⁸ CNOP, « Retraits de lots des médicaments - Communications - Ordre National des Pharmaciens », <http://www.ordre.pharmacien.fr>, 2011.

⁷⁹ CNOP, « Gouvernance et conduite du DP - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens », <http://www.ordre.pharmacien.fr>, 2019.

⁸⁰ CNOP, « Gouvernance et conduite du DP - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens », <http://www.ordre.pharmacien.fr>, 2019.

⁸¹ CNOP, « Publication du décret, le DP arrive à l'hôpital - Communications - Ordre National des Pharmaciens », <http://www.ordre.pharmacien.fr>, 2012.

rectification du document. Lorsque cette modification est enregistrée, alors le coût de la reproduction précédemment payé pourra lui être remboursé par le pharmacien l'ayant perçu⁸².

Le 11 janvier 2013, le décret concernant l'expérimentation de la consultation du DP par des praticiens hospitaliers est publié au Journal officiel. Il englobe les médecins volontaires suivants⁸³ :

- Les anesthésistes-réanimateurs ;
- Les médecins exerçant dans une structure d'urgence ;
- Les médecins exerçant dans une unité de réanimation ;
- Les gériatres.

Quelques mois plus tard, en mai, est publiée la liste des établissements sélectionnés pour l'expérimentation. Elle comprend des CHU, des CH, ainsi que des cliniques de différentes régions⁸⁴.

Au cours du mois de mars 2013, le CNOP expérimente sa nouvelle section du DP, le DP-ruptures. 262 pharmaciens expérimentent le signalement de difficultés d'approvisionnement, via cette nouvelle fonctionnalité, au pharmacien responsable du laboratoire concerné, à l'ANSM et à l'ARS⁸⁵. C'est un outil majeur dans la prise en charge du patient, puisqu'il permet en temps réel de faire part des difficultés d'approvisionnement de certaines spécialités, et aux instances concernées de pouvoir réagir en conséquence.

⁸² Légifrance, « Décret n° 2012-1131 du 5 octobre 2012 relatif à la consultation et à l'alimentation du dossier pharmaceutique par les pharmaciens exerçant dans les pharmacies à usage intérieur - Légifrance », <https://beta.legifrance.gouv.fr>, 2012.

⁸³ Légifrance, « Décret n° 2013-31 du 9 janvier 2013 fixant les conditions de l'expérimentation relative à la consultation du dossier pharmaceutique par les médecins exerçant dans certains établissements de santé - Légifrance », <https://beta.legifrance.gouv.fr>, 2013.

⁸⁴ Légifrance, « Arrêté du 28 mai 2013 portant désignation des établissements expérimentateurs de la consultation du dossier pharmaceutique par les médecins exerçant dans certains établissements de santé - Légifrance », <https://beta.legifrance.gouv.fr>, 2013.

⁸⁵ CNOP, « Gouvernance et conduite du DP - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens », <http://www.ordre.pharmacien.fr>, 2019.

Le 8 juin 2013, l'expérimentation de l'accès au DP par les praticiens hospitaliers (anesthésistes-réanimateurs, médecins urgentistes, médecins gériatres) pour 3 ans est officialisée par la publication de l'arrêté ministériel qui sera prolongé d'un an par la loi de financement de la sécurité sociale de 2015.

Le 26 février 2015, est publié au Journal officiel un décret relatif à la durée d'accessibilité et de conservation dans le DP des données relatives à la dispensation des vaccins et des médicaments biologiques. A compter de cette date, les données sur les vaccins sont conservées et accessibles pendant 21 ans (durée qui correspond à la durée du rappel du DTP tous les 20 ans + 1 an en cas de retard) et pendant 3 ans pour les médicaments biologiques. De plus, elles sont conservées pendant 32 mois supplémentaires chez l'hébergeur de données⁸⁶.

Le 26 janvier 2016, la loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé officialise avec l'article 97 la généralisation de l'accès au DP pour tous les médecins hospitaliers⁸⁷.

Le 28 septembre 2016, l'extension de la durée d'accès aux vaccins (21 ans) dans le dossier patient est effective.

Après un avis de la CNIL rendu le 13 avril 2017⁸⁸, un décret sort le 9 mai 2017⁸⁹ et modifie le CSP : il devient obligatoire pour la création d'un DP d'avoir l'accord exprès du patient ET sa carte Vitale. Suite à de nombreuses plaintes de création de DP à l'insu des patients, il est désormais possible pour les patients d'informer de son refus directement au CNOP. Ce refus est alors notifié et conservé pendant 36 mois chez l'hébergeur de santé. Aucun DP ne pourra être créé dans ce laps de temps. Si la personne souhaite

⁸⁶ Légifrance, « Décret n° 2015-208 du 24 février 2015 portant sur les durées d'accessibilité et de conservation dans le dossier pharmaceutique des données relatives à la dispensation des vaccins et des médicaments biologiques », <https://www.legifrance.gouv.fr>, 2015.

⁸⁷ Légifrance, « LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 97 », <https://www.legifrance.gouv.fr>, 2016.

⁸⁸ CNIL, « Délibération 2017-111 du 13 avril 2017 - Légifrance », <https://beta.legifrance.gouv.fr>, 2017.

⁸⁹ Légifrance, « Décret n° 2017-878 du 9 mai 2017 relatif au dossier pharmaceutique - Légifrance », <https://beta.legifrance.gouv.fr>, 2017.

revenir sur sa décision, elle devra le notifier au CNOP. Il ajoute aussi que chaque intervention sur le DP, qu'il s'agisse d'une création, d'une consultation, d'une alimentation, d'une clôture, ou encore d'une demande d'édition du dossier, fait l'objet d'une trace d'intervention qui est conservée dans le dossier pharmaceutique. Elle comprend l'objet, la date de l'intervention, ainsi que l'identification du médecin ou celle du pharmacien qui a effectué cette intervention. Le présent décret autorise la conservation pendant une durée totale de 3 ans pour les médicaments dispensés, 23 ans et 8 mois pour les vaccins, 5 ans et 8 mois pour les médicaments biologique par l'hébergeur du DP. Au terme de ces périodes, l'hébergeur doit détruire ces données.

En mai 2019, un arrêt pour l'expérimentation de l'« e-carte Vitale » met en place une dérogation pour que cette « e-carte Vitale » puisse être utilisée pour la création, l'alimentation, la consultation, la clôture ou l'édition du dossier pharmaceutique.

En 2020, plusieurs décrets paraissent lors de la crise sanitaire portant sur l'obligation par les pharmaciens de porter au DP, pour chaque patient se présentant, tout médicament composé exclusivement de paracétamol, afin de limiter le nombre de boîtes par patients, et ainsi éviter de se retrouver dans une situation de manque, et également de prévenir la surconsommation⁹⁰. Il en a été de même pour tous les substitues nicotiniques⁹¹.

Il est vrai que, de toute l'histoire du DP, il n'a jamais autant fonctionné que sur la période de mars 2020 à mai 2020. Pendant toute la durée de la crise sanitaire du COVID-19, le DP a été le relais des instructions urgentes à destination des pharmacies, mais également des professionnels de santé et des patients, tantôt relatives au confinement, tantôt à la distribution des masques, à la fabrication de gel hydroalcoolique, la limitation de certains médicaments sans ordonnance, au renouvellement d'ordonnances qui n'étaient plus valables. Il a été une véritable béquille pour tous les pharmaciens, les informations changeants tous les jours. Il a été

⁹⁰ Légifrance, « Arrêté du 17 mars 2020 complétant l'arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19 », <https://www.legifrance.gouv.fr>, 2020.

⁹¹ Légifrance, « Arrêté du 23 avril 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire », <https://www.legifrance.gouv.fr>, 2020.

extrêmement utile pendant le confinement, beaucoup de personnes sont parties précipitamment de chez elles pour venir dans leur famille, oubliant leurs médicaments ou ordonnances. Beaucoup de personnes n'ayant pas encore créé de DP y ont trouvé un intérêt. Sans cet outil, la crise aurait sûrement été beaucoup plus complexe à gérer.

Cet outil est parti d'une idée de plus grande envergure qui ne décollait pas. En visant plus petit, à l'échelle du médicament et des officines, l'Ordre nous a créé un bel outil qui s'est étendu petit à petit, et s'est avéré très utile au fil des années, jusqu'à devenir quasiment indispensable au sein d'une pharmacie, puisque quasiment toutes y sont raccordées, et cette année 2020 l'a d'autant plus prouvé. Bien sûr, il présente certains défauts, certaines barrières, et toutes les PUI, hôpitaux et médecins n'ont pas le réflexe de le consulter. Il a encore du chemin à faire, mais est bien ancré dans nos officines. La Cour des comptes a émis un rapport cette année mettant en avant que le DP est un dossier qui a été géré d'une main de maître par le CNOP, puisque le projet, tant au niveau de la gestion financière que de la gestion du projet, a été mené à bien. Il propose d'ailleurs des avancées que nous détaillerons dans la partie suivante sur les projets d'avenir du DP⁹².

e) Les perspectives d'avenir

Au mois de mai 2020, a eu lieu le Ségur de la santé 2020, auquel l'Ordre des pharmaciens a été convié, et où celui-ci a exposé ses propositions pour améliorer la santé des patients, faire avancer la profession⁹³.

L'Ordre envisage d'impliquer le DP dans la e-prescription⁹⁴. En effet, nous constatons, et d'autant plus lors de cette crise sanitaire, avec les téléconsultations, que de plus en plus de médecins envoient des ordonnances par mail, et souvent de façon non sécurisée avec tous les problèmes que cela peut impliquer : la multiple réimpression de l'ordonnance par le patient, le piratage de la boîte mail, l'erreur d'orientation du mail,

⁹² Cours des comptes, « Rapport cours des comptes DP 2020 », <https://www.ccomptes.fr>, 2020.

⁹³ CNOP, « 50 Propositions de l'Ordre national des pharmaciens - Ségur de la Santé.pdf », <http://www.ordre.pharmacien.fr>, 19 juin 2020.

⁹⁴ CNOP, « Livre vert : Pharmacie connectée & télépharmacie », <http://www.ordre.pharmacien.fr>, 2018.

etc. A cet effet, l'Ordre envisage d'insérer, dans chaque dispensation DP d'une prescription électronique, un identifiant unique permettant de retrouver les données de la prescription initiale (posologie, nom et coordonnées du prescripteur, substitution possible) lors des futures dispensations. Cette avancée permettrait à la fois d'aider au développement des télésoins, des bilans partagés de médication et de la téléconsultation, mais aussi d'apporter une sécurité supplémentaire lors du dépannage en cas d'oubli d'ordonnance.

Dans le but de réduire fortement le risque de rupture dans la continuité des soins, les outils numériques, notamment le DMP et le DP, outils complémentaires, devraient être exploités au maximum. Dans cet objectif, l'Ordre en s'appuyant sur le rapport de la Cour des comptes de février 2020⁹⁵ rappelle que le DP est particulièrement utile chez les patients polymédiqués et/ou atteints de maladies chroniques, ainsi que chez les personnes fréquentant plusieurs pharmacies différentes. Il sécurise la dispensation de médicaments en cas d'oubli d'ordonnance et s'avère très utile pour les conciliations d'entrée, voire pour les urgences pour les pharmaciens et médecins hospitaliers. L'Ordre rappelle également que presque toutes les officines sont raccordées au DP, et qu'il en existe 38,5 millions qui sont actifs. La population française en 2020 s'élevant à 66,5 millions de personnes⁹⁶, cela signifie que 58 % des Français possèdent un DP actif. L'Ordre souligne que le DP est un moyen de communication privilégié grâce au DP-rappels et au DP-alertes.

Devant tous les apports du dossier pharmaceutique, la Cour des comptes a émis des recommandations que l'Ordre juge nécessaire de suivre. Parmi ceux-ci, on trouve :

- La volonté de faciliter la création et d'étendre l'utilisation des DP. Pour cela, est proposée la création automatique de DP en supprimant l'obligation d'utiliser la carte Vitale pour y accéder, ainsi que l'augmentation de la durée de consultation des données. Bien entendu, de la même manière que pour les dons d'organes post-mortem, le patient peut s'y opposer mais, dans ce cas, il doit se manifester ;

⁹⁵ Cours des comptes, « Rapport cours des comptes DP 2020 », <https://www.ccomptes.fr>, 2020.

⁹⁶ DILA, « Vie publique.fr Populations : les chiffres pour 2020 | service-public.fr », <https://www.service-public.fr>, 2020.

- Rendre l'alimentation du DP obligatoire dans les établissements de santé pour la rétrocession, ainsi que le recours à celui-ci pour les procédures de retrait et rappels de lot ;
- Pour améliorer la sécurisation de la chaîne du médicament, rendre obligatoire pour les grossistes-répartiteurs le recours au DP-ruptures et DP-rappels, et ainsi améliorer les informations échangées sur les ruptures d'approvisionnement ;
- Raccorder le DP au DMP et à l'espace numérique de santé.

A ces recommandations, le Ministère de la Santé a répondu qu'en attendant que le DP intègre le DMP, il serait pertinent que les conditions de création, d'accès et d'alimentation du DP et du DMP soient les mêmes pour simplifier. Il a aussi répondu être d'accord avec ce rapport et les recommandations, et qu'elles seront étudiées. L'Ordre se réjouit de ce rapport et espère pouvoir appliquer les recommandations.

Lors du Ségur de la santé⁹⁷, l'Ordre a demandé un raccordement du DP au DMP de façon prioritaire et rappelle qu'en attendant, il est nécessaire que les deux outils coexistent. Il propose que l'espace numérique de santé donne la possibilité aux patients qui le souhaitent d'interconnecter les différentes applications de santé, et ainsi faire du DP le volet médicament du DMP. L'Ordre a également énoncé le souhait, à l'instar du DMP, d'automatiser la création du DP, de revenir sur l'obligation de l'utilisation de la carte Vitale pour faciliter l'accès et l'alimentation, et aussi d'allonger la durée de conservation des données. L'alignement des régimes de création du DP et DMP ne saurait tarder, étant donné que le texte devait paraître, mais a été suspendu lors de la crise sanitaire.

L'Ordre souhaite systématiser l'usage du DP dans les PUI des établissements de santé, médico-sociaux et des services d'incendie et de secours, comme recommandé dans le rapport de la Cour des comptes. Il est également demandé de permettre de nouveaux usages au DP, et notamment l'accès direct du patient à son DP. Celui-ci pourrait alors profiter de plusieurs services fiables et utiles, tels que l'affichage de son

⁹⁷ CNOP, « 50 Propositions de l'Ordre national des pharmaciens - Ségur de la Santé.pdf », <http://www.ordre.pharmacien.fr>, 19 juin 2020.

historique de médicaments sur 3 ans, avec un tableau de bord de son adhésion à son traitement, une carte des pharmacies ouvertes les plus proches, la traçabilité sur les médicaments et produits de santé qui le concernent, comprenant aussi les informations sur les rappels de lots, la gestion des droits d'accès à son DP, la suppression directe de son DP par le patient, ainsi que la demande de mise sur liste d'opposition. Un prototype est en cours de réalisation et sera testé auprès du grand public et des associations de patients.

2 autres axes centraux sont envisagés :

- En officine : une utilisation approfondie par la dématérialisation de la carte Vitale afin d'ajouter plus de médicaments en vente libre dans le DP, ainsi que des actes de télésoin, ou encore aider à la préparation des bilans partagés de médication. Un affichage qui passerait de 4 mois à 36 mois également pour faciliter les bilans partagés de médication. L'ajout des numéros de série des boîtes, en plus des numéros de lots déjà présents pour augmenter la traçabilité jusqu'au patient, ainsi que d'actes utiles à la coordination des soins qui pourraient alimenter le DMP ;
- Dans les établissements de santé : une utilisation facilitée en offrant la possibilité de conserver les données issues du DP dans le système d'information de la PUI, de conserver les noms des officines ou PUI ayant alimenté le DP d'un patient, et comme en officine, l'ajout des actes utiles à la coordination des soins utiles pour alimenter le DMP et la fiche de conciliation médicamenteuse.

C. Tableau de synthèse des apports, avantages et inconvénients de ces outils pour la prise en charge du patient

1. Pour les praticiens

	DP	DMP
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> - Permet le suivi de l'observance - Vérifier les interactions médicamenteuses - Lutter contre les fraudes - Avoir accès au traitement du patient en cas d'urgence, ou si le patient ne possède pas ses ordonnances - Vérifier que les vaccins sont à jour - Données sécurisées - Une mention apparaît si le dossier est incomplet - Fiabilité des informations présentes - Augmente la communication au sujet de la sécurité du médicament 	<ul style="list-style-type: none"> - Améliore la communication entre les patients et les professionnels - Améliore la communication interprofessionnelle - Permet d'avoir tout un historique au même endroit, que ce soient les dispensations de médicaments, les analyses, l'imagerie, les hospitalisations, les consultations, etc. - Données sécurisées - Avoir accès aux directives de fin de vie sans équivoque du patient - Le médecin peut cacher un document au patient pendant un laps de temps, tout en informant les collègues, en attendant l'annonce au patient dans de bonnes conditions - Fiabilité des informations présentes
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> - Seulement 4 mois de délivrance - Nécessité de la carte Vitale 	<ul style="list-style-type: none"> - Saisie des données longue et fastidieuse - Pas accessible aux pharmaciens

<ul style="list-style-type: none"> - Dépend d'Internet, s'il y a une panne, il n'y a pas d'accès - Scan de l'ordonnance pas accessible - Le patient peut refuser de renseigner une délivrance sur le DP et/ou l'accès - N'est pas obligatoire 	<ul style="list-style-type: none"> - Le patient peut cacher des informations - N'est pas obligatoire - Interface peu ergonomique - Information faible auprès des professionnels
---	---

Tableau 1 : Synthèse des avantages et inconvénients du DP et du DMP pour les praticiens

2. Pour les patients

	DP	DMP
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> - Permet de sécuriser la dispensation de ses médicaments - Lors d'un voyage, déplacement, s'il oublie ses ordonnances et n'a plus de médicaments, il peut se rendre dans n'importe quelle pharmacie pour chercher son traitement - Permet de savoir où il en est de sa vaccination - Sécurité des données - N'est pas obligatoire 	<ul style="list-style-type: none"> - Améliore la communication entre les patients et les professionnels - Permet d'avoir tout un historique au même endroit que ce soient les dispensations de médicaments, les analyses, l'imagerie, les hospitalisations, les consultations - Données sécurisées, procédure d'identification - Inscrire ses directives de fin de vie et la personne de confiance - Peut masquer des données à certains et pas à d'autres - N'est pas obligatoire

Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> - Seulement 4 mois de délivrance - Nécessité de la carte Vitale - Dépend d'Internet, s'il y a une panne, il n'y a pas d'accès - Scan de l'ordonnance pas accessible - N'a pas la main mise sur le dossier - Ne peut consulter seul son dossier quand il veut et où il veut 	<ul style="list-style-type: none"> - Saisie des données longue et fastidieuse - Pas accessible aux pharmaciens - Nécessite de maîtriser l'outil informatique - Pas ergonomique - Complexité de création du DMP - Procédure d'identification lourde
----------------------	---	--

Tableau 2 : Synthèse des avantages et inconvénients du DP et du DMP pour les patients

II. Partie II : Consultation de l'équipe officinale sur le DP et le DMP

A. Objectifs de l'enquête

Les objectifs de l'enquête menée sont multiples :

- Savoir si les outils sont présentés aux patients ;
- Evaluer si les pharmaciens se sentent assez formés au sujet du DP, ainsi que du DMP ;
- Quelles peuvent être les objections que le pharmacien rencontre le plus souvent ;
- Estimer l'intégration de ces outils à la fois chez les patients, mais aussi dans les pharmacies ;
- Ainsi que leur apport au quotidien.

En se basant sur les chiffres recueillis, nous allons pouvoir avoir un échantillon qui reflète à la fois ce qui se passe au niveau départemental, mais également sur la France entière.

B. Méthodologie (matériel et méthodes)

Pour mener l'enquête, un questionnaire de 13 questions a été établi et diffusé dans un premier temps avec l'aide du groupe Pharmagest (éditeur du logiciel

informatique de gestion officinale : LGPI⁹⁸ afin de le rendre accessible sur la période du 15 juillet au 22 juillet 2019 dans 9039 pharmacies équipées du logiciel LGPI. Dans un second temps, j'ai émis le questionnaire sous la forme d'un questionnaire « Google Forms » sur 2 groupes Facebook réservés aux pharmaciens et leurs équipes de toute la France. Et enfin, un autre questionnaire a été envoyé séparément, toujours sous forme de « Google Forms », par mail aux pharmacies du département par l'intermédiaire du syndicat des pharmaciens de Seine-Maritime, la FSPF.

Il permettra d'établir des statistiques à la fois nationales, mais aussi départementales. Il est bon de tenir compte du fait que lors de la diffusion du questionnaire, le DMP n'est pas accessible au pharmacien. Celui-ci peut simplement les créer, mais ne peut pas les consulter, ni les alimenter. Le DP n'est pas encore intégré au DMP, il est toujours un dossier autonome et distinct du DMP, le Ségur de santé n'a pas encore eu lieu et les projets de l'Ordre ne sont donc pas connus.

C. Le questionnaire

Thème I : Généralités

1) Vous exercez dans une pharmacie :

Rurale Urbaine De centre commercial Autre : _____

⁹⁸ "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."

2) Quelle est votre statut au sein de l'officine ?

- Titulaire Adjoint Préparateur Autre : _____

3) Dans quelle région exercez-vous ?

Thème II : Présentation des outils

1) A quelle fréquence présentez-vous le DP à vos patients ?

- Jamais Parfois Souvent Toujours

2) A quelle fréquence présentez-vous le DMP à vos patients ?

- Jamais Parfois Souvent Toujours

3) Vous considérez-vous assez informé/formé pour présenter le DP à vos patients ?

- Oui Non

4) Vous considérez-vous assez informé/formé pour présenter le DMP à vos patients ?

- Oui Non

5) Trouvez-vous que le DMP est un outil pertinent ?

- Oui Non

Thèmes III : Réception par le patient

1) A quelle fréquence vos patients refusent-ils l'ouverture d'un DP ?

- Jamais Parfois Souvent Toujours

2) A quelle fréquence vos patients refusent-ils l'ouverture d'un DMP ?

Jamais Parfois Souvent Toujours

3) A quelle fréquence vos patients demandent-ils spontanément l'ouverture d'un DP/DMP ?

Jamais Parfois Souvent Toujours

Commentaire : précisez les principaux motifs de refus/demande d'ouverture.

Thèmes IV : Utilisation en pratique courante

1) Consultez-vous toujours le DP de chaque patient qui se présente avec sa carte Vitale ?

Jamais Parfois Souvent Toujours

2) Quel(s) est/sont votre/vos motif(s) de consultation du DP ?

Suivi du traitement du patient Interaction(s) médicamenteuse(s)
 Lutte ou suspicion de fraude Automédication
 Dépannage d'un traitement Autres (à préciser) : _____

3) Faites-vous confiance à ces nouveaux outils en termes de protection des données de santé et de fiabilité des informations saisies ?

Oui Non

Commentaire : précisez si vous le souhaitez.

4) Considérez-vous que le DMP soit complémentaire du DP ?

Oui Non

Commentaire : si non, précisez.

5) Souhaiteriez-vous l'intégration complète du DP dans le DMP ?

Oui

Non

Commentaire : si non, précisez.

Commentaires libres

D. Résultats et discussions

La diffusion du questionnaire grâce au « Google Forms » via les groupes Facebook a permis de récolter 55 réponses, dont 1 a été exclue, la personne étant titulaire en Algérie. La diffusion par le logiciel a permis d'obtenir 189 réponses. Le « Google Forms » diffusé au niveau du département a obtenu 51 réponses. Pour établir des statistiques nationales, ces 3 questionnaires ont été fusionnés, ainsi le nombre de réponses total pour le formulaire national s'élève à 294 réponses.

1. Informations générales

a) Lieu d'exercice

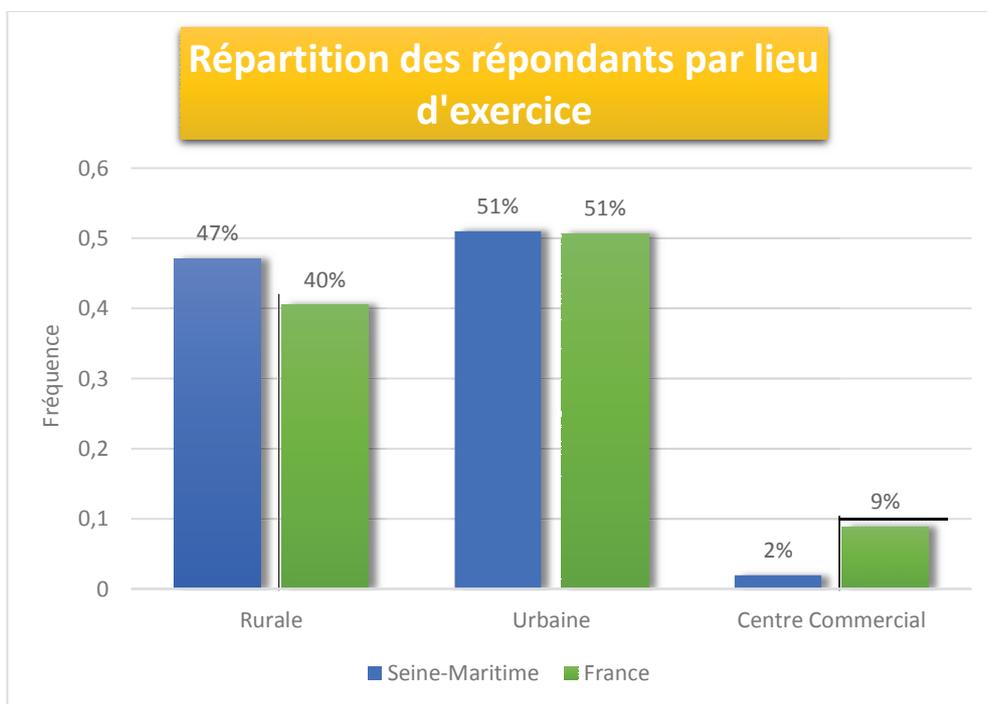


Figure 5 : Répartition des répondants par lieu d'exercice

Lieu d'exercice	Rurale	Urbaine	Centre Commercial	Total
Effectif	24	26	1	51
Pourcentage	47 %	51 %	2 %	100 %

Tableau 3 : Répartition des répondants par lieu d'exercice en Seine-Maritime

Lieu d'exercice	Rurale	Urbaine	Centre Commercial	Total
Effectif	119	149	26	294
Pourcentage	40 %	51 %	9 %	100 %

Tableau 4 : Répartition des répondants par lieu d'exercice en France

Nous constatons que la majorité de nos répondants exercent soit en milieu urbain soit en milieu rural.

b) *Fonction dans la pharmacie*

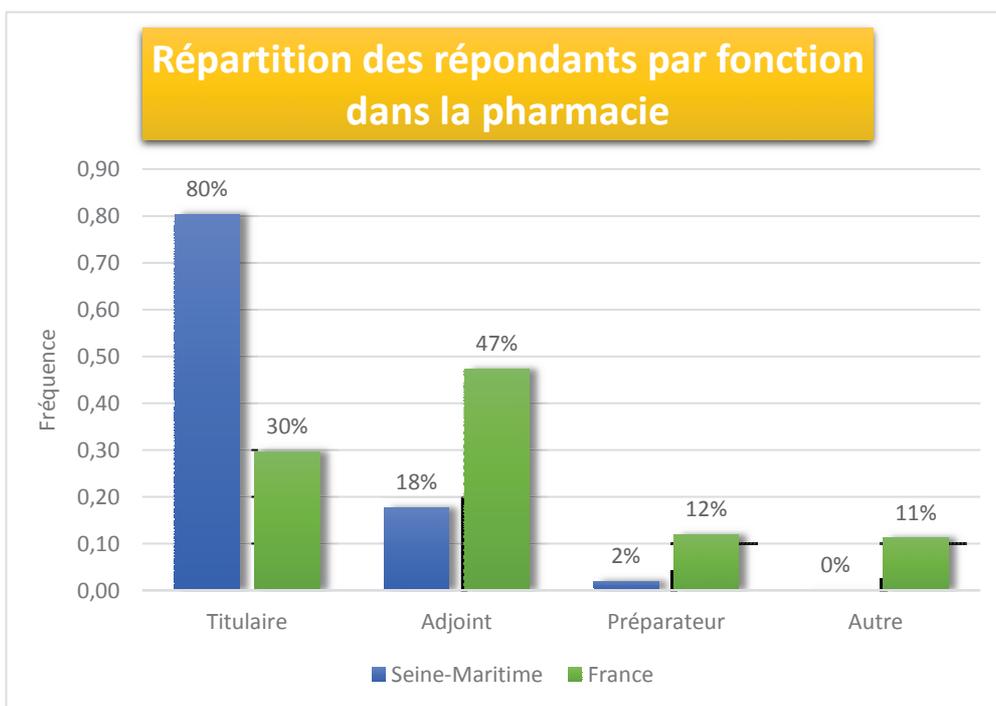


Figure 6 : Répartition des répondants par fonction dans la pharmacie

Statut d'exercice	Titulaire	Adjoint	Préparateur	Autre	Total
Effectif	41	9	1	0	51
Pourcentage	80%	18%	2%	0%	100%

Tableau 6 : Répartition des répondants par fonction dans la pharmacie en Seine-Maritime

Statut d'exercice	Titulaire	Adjoint	Préparateur	Autre	Total
Effectif	87	139	35	33	294
Pourcentage	30 %	47 %	12 %	11 %	100 %

Tableau 7 : Répartition des répondants par fonction dans la pharmacie en France

Ici, nous pouvons voir qu'en Seine-Maritime, c'est une grosse majorité de titulaires qui ont répondu au questionnaire. Ceci s'explique par le canal de diffusion qui est celui d'un syndicat, et qui atterrit dans les boîtes mail des pharmacies à destination, dans la plupart des cas, du titulaire de l'officine. En revanche, au niveau national, ce sont plutôt des adjoints qui ont répondu au sondage. La catégorie « Autre » comprend essentiellement des étudiants en pharmacie, tous niveaux confondus, ainsi qu'un conseiller en stratégie.

2. Présentation des outils par le pharmacien

a) Fréquence de présentation du DP et du DMP

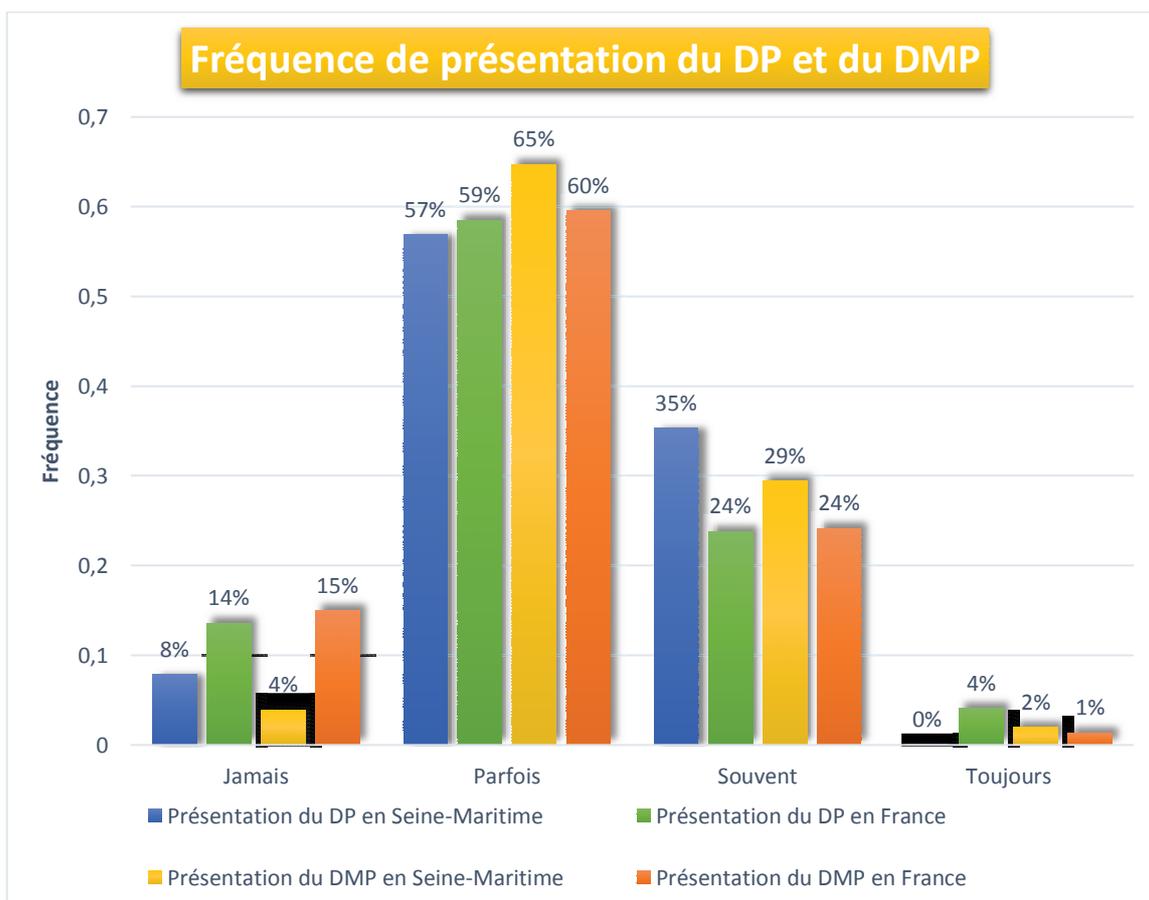


Figure 7 : Fréquence de présentation du DP et du DMP

Présentation du DP	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	Total
Effectif	4	29	18	0	51
Pourcentage	8 %	57 %	35 %	0 %	100 %

Tableau 8 : Présentation du DP en Seine-Maritime

Présentation du DMP	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	Total
Effectif	2	33	15	1	51
Pourcentage	4 %	65 %	29 %	2 %	100 %

Tableau 9 : Présentation du DMP en Seine-Maritime

Présentation du DP	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	Total
Effectif	40	172	70	12	294
Pourcentage	14 %	59 %	24 %	4 %	100 %

Tableau 10 : Présentation du DP en France

Présentation du DMP	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	Total
Effectif	44	175	71	4	294
Pourcentage	15 %	60 %	24 %	1 %	100 %

Tableau 11 : Présentation du DMP en France

Tout en sachant que la Normandie a été une région pilote du DP, nous aurions pu s'attendre à une fréquence plus élevée de présentation du DP en Seine-Maritime. Cependant, nous constatons qu'il n'en est rien. Globalement, le DP est présenté de façon homogène sur tout le territoire. En revanche, nous constatons que, normalement, il est obligatoire de présenter le DP aux patients, mais que cela n'est pas toujours fait. Quant au DMP, nous remarquons qu'il est globalement beaucoup plus souvent présenté aux patients en Seine-Maritime qu'au niveau national. Nous noterons aussi qu'une personne en Seine-Maritime dit toujours présenter le DMP, mais pas le DP. De plus, nous pouvons noter que, peu importe la région, les deux dossiers sont présentés aussi fréquemment l'un que l'autre. Il n'y a pas de différence significative que ce soit entre les régions ou entre les dossiers présentés aux patients.

b) Formation sur les outils

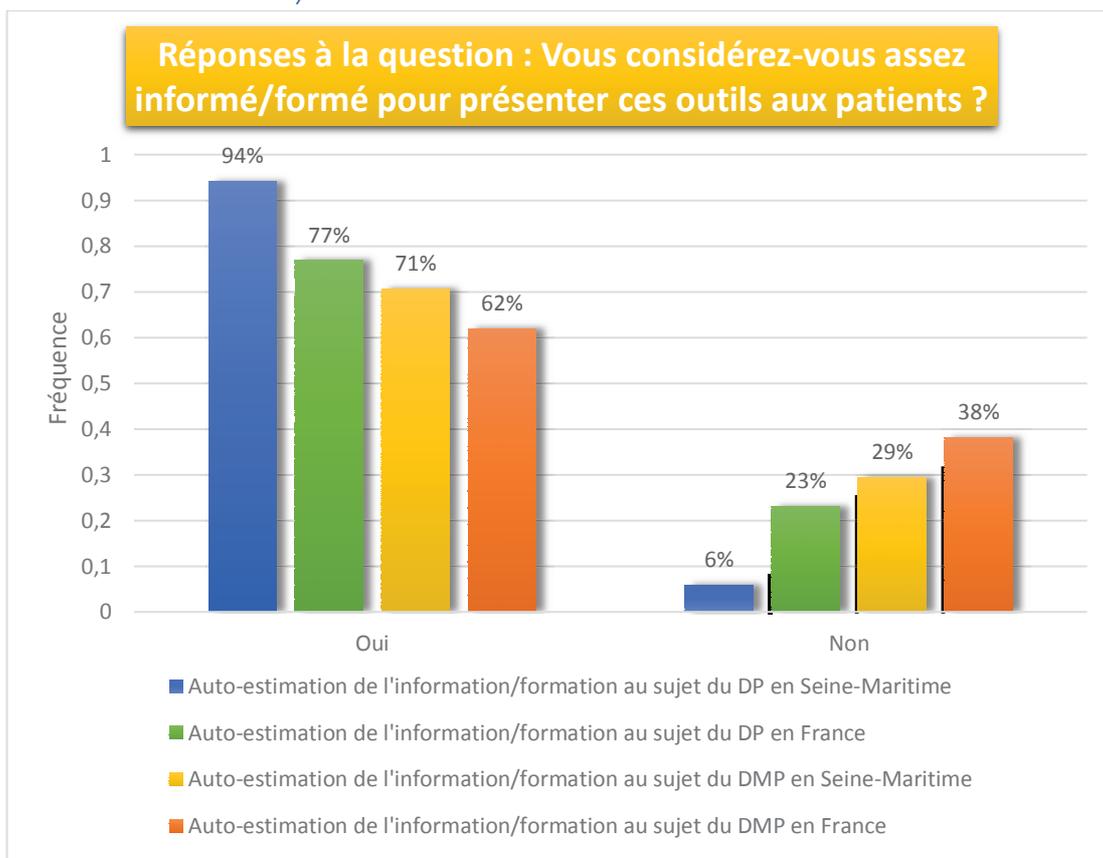


Figure 8 : Réponses à la question : Vous considérez-vous assez informé/formé pour présenter ces outils aux patients ?

Auto-estimation du niveau de formation/information du DP	Oui	Non	Total
Effectif	48	3	51
Pourcentage	94 %	6 %	100 %

Tableau 12 : Niveau de formation et d'information sur le DP auto-estimé par les sondés en Seine-Maritime

Auto-estimation du niveau de formation/information du DMP	Oui	Non	Total
Effectif	36	15	51
Pourcentage	71 %	29 %	100 %

Tableau 13 : Niveau de formation sur le DMP auto-estimé par les sondés en Seine-Maritime

Auto-estimation du niveau de formation/information du DP	Oui	Non	Total
Effectif	226	68	294
Pourcentage	77 %	23 %	100 %

Tableau 14 : Niveau de formation sur le DP auto-estimé par les sondés en France

Auto-estimation du niveau de formation/information du DMP	Oui	Non	Total
Effectif	182	112	294
Pourcentage	62 %	38 %	100 %

Tableau 15 : Niveau de formation et d'information sur le DMP auto-estimé par les sondés en France

Nous observons qu'en Seine-Maritime, l'équipe officinale se sent beaucoup plus informée/formée aux outils que sont le DP et le DMP que dans le reste de la France. Nous constatons qu'ils se sentent visiblement très à l'aise avec le DP. Ceci peut s'expliquer par le fait que la Normandie a été l'une des régions pilote de l'outil. Nous remarquons que les pharmaciens se sentent plus à l'aise avec le DP que le DMP sur toute la France. Il est dommage qu'il y ait cette sensation de manque dans la population pharmaceutique quand on sait que la sécurité sociale a impliqué les officines dans l'ouverture du DMP.

c) Estimation de la pertinence du DMP

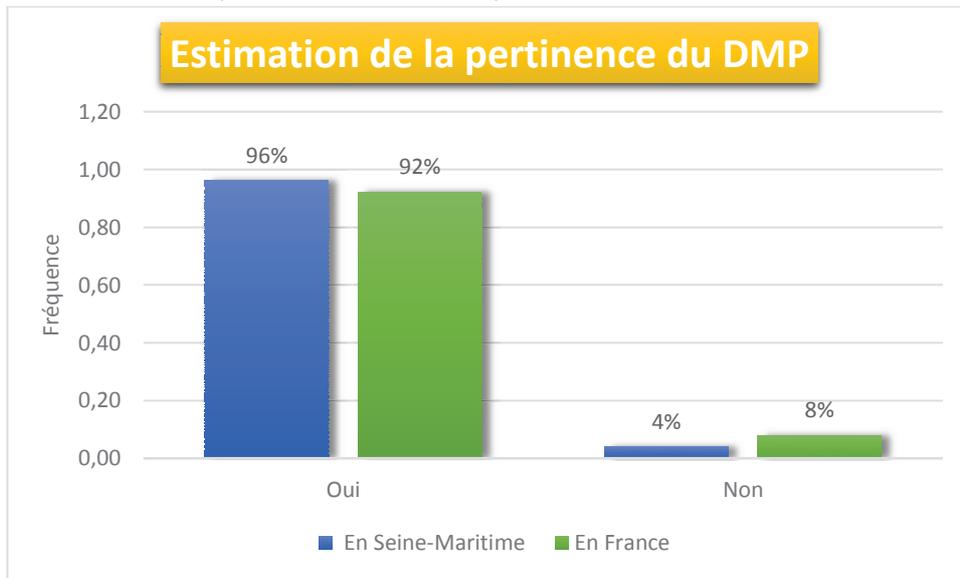


Figure 9 : Estimation de la pertinence du DMP

Estimation de la pertinence du DMP	Oui	Non	Total
Effectif	49	2	51
Pourcentage	96 %	4 %	100 %

Tableau 16 : Estimation de la pertinence du DMP par les sondés de Seine-Maritime

Estimation de la pertinence du DMP	Oui	Non	Total
Effectif	271	23	294
Pourcentage	92 %	8 %	100 %

Tableau 17 : Estimation de la pertinence du DMP par les sondés en France

Il n'y a aucune différence entre le département et la France, tout le monde est d'accord pour dire que l'outil est pertinent. Il est donc d'autant plus dommage d'avoir constaté avec la question précédente que beaucoup ne se sentent pas encore complètement à l'aise avec l'outil, alors qu'il leur semble très pertinent.

3. Réception par le patient

a) Les refus

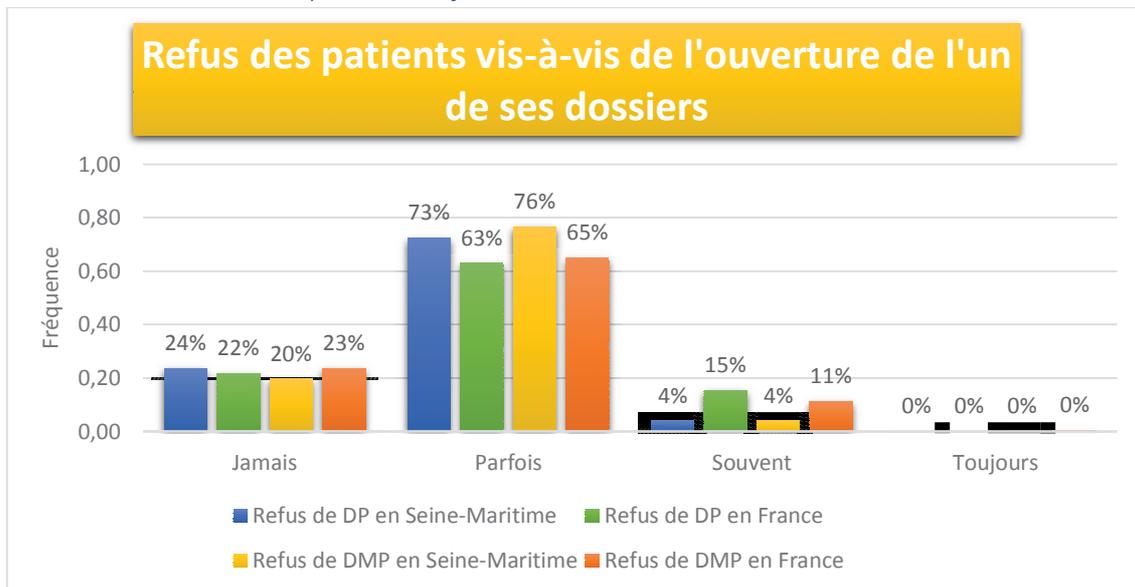


Figure 10 : Refus des patients vis-à-vis de l'ouverture des dossiers

Refus de DP	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	Total
Effectif	12	37	2	0	51
Pourcentage	24 %	73 %	4 %	0 %	100 %

Tableau 18 : Refus de création de DP par les patients en Seine-Maritime

Refus DMP	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	Total
Effectif	10	39	2	0	51
Pourcentage	20 %	76 %	4 %	0 %	100 %

Tableau 19 : Refus de création de DMP par les patients en Seine-Maritime

Refus de DP	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	Total
Effectif	64	185	45	0	294
Pourcentage	22 %	63 %	15 %	0 %	100 %

Tableau 20 : Refus de création de DP par les patients en France

Refus DMP	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	Total
Effectif	69	191	33	1	294
Pourcentage	23 %	65 %	11 %	0 %	100 %

Tableau 21 : Refus de création de DMP par les patients en France

Il n'y a globalement pas de différence territoriale par rapport aux refus, ni même entre les différents dossiers. Nous pouvons également constater que, les fois où ces dossiers sont présentés, le pharmacien ne fait pas souvent face à des refus. Cependant, cela ne veut pas dire qu'il n'y en a pas, et nous allons justement regarder les motifs de refus qui ont pu être recueillis.

b) Les motifs de refus

Lors du sondage, un espace de libre expression a été laissé aux sondés pour qu'ils laissent le/les motif(s) de refus qu'ils rencontrent le plus fréquemment. Il en ressort les motifs suivants :

- Un manque de temps de la part du patient ;
- Une volonté de lire les documents et de réflexion avant d'accepter l'ouverture, qui donne cependant rarement suite ;
- Une demande d'avis à un tiers (bien souvent le médecin, mais aussi à la famille) ;
- Malgré la présentation, le patient ne voit pas l'intérêt ou n'en a pas l'envie ;
- Une peur de la surveillance/du « flicage » ;
- Une peur du manque de confidentialité et de sécurité de leurs données ;
- Ne possède pas d'adresse e-mail et/ou de portable ;
- Difficulté avec la maîtrise de l'outil informatique ;
- Ne souhaite pas donner accès à son traitement ;
- Manque d'information ;
- Absence de la personne concernée lors de l'entretien de présentation des outils ;
- Analphabète ;
- Agacé du fichage partout ;
- Incompréhension ;
- Pas de carte Vitale ;
- Incapable de justifier son refus ;
- Théorie du complot ;
- Mise en place des données non effectives ;

- Le fait que le médecin spécialiste habituel puisse voir que le patient a consulté d'autres médecins de même spécialité pour avoir des avis différents ou obtenir ce qu'il veut.

Pour obtenir une idée de la fréquence à laquelle reviennent ces motifs de refus dans l'échantillon interrogé, nous allons éditer un tableau avec les réponses recensées et voir combien de fois elles apparaissent pour estimer une fréquence à chacun de ces motifs. Bien sûr, cette méthode n'est pas fiable, d'autant plus que plusieurs motifs de refus peuvent être énoncés pour une même pharmacie, que cette même pharmacie n'a pas fait une liste exhaustive de tous les motifs auxquels elle a été confrontée, mais simplement ceux qu'elle estime avoir le plus souvent entendu. Il y a aussi un biais, car les 294 personnes qui ont répondu au questionnaire n'ont pas toutes laissé un motif par écrit sur l'espace libre. Pour la lisibilité des tableaux qui vont suivre, les motifs n'ayant pas été évoqués dans l'échantillon interrogé ne seront pas classés dans le tableau de cet échantillon, même s'ils ont été évoqués dans un autre échantillon.

Motifs de refus	Effectif	Pourcentage
Manque de temps	4	11 %
Lecture de documents/réflexion sans suite	3	8 %
Demande d'avis à un tiers	4	11 %
Pas envie/manque d'intérêt	2	6 %
Peur surveillance/ « flicage »	8	22 %
Confidentialité/sécurité	10	28 %
Pas de mail et/ou de portable	1	3 %
Manque de maîtrise de l'outil informatique	2	6 %
Ne souhaite pas donner accès à son traitement	1	3 %
Agacé du fichage partout	1	3 %
Total	36	100 %

Tableau 22 : Fréquence des différents types de refus en Seine-Maritime

Motifs de refus	Effectif	Pourcentage
Manque de temps	27	12 %
Lecture de documents/réflexion sans suite	6	3 %
Demande d'avis à un tiers	5	2 %
Pas envie/manque d'intérêt	18	8 %
Peur surveillance/ « flicage »	58	27 %
Confidentialité/sécurité	63	29 %
Pas de mail et/ou de portable	2	1 %
Manque de maîtrise de l'outil informatique	7	3 %
Ne souhaite pas donner accès à son traitement	6	3 %
Manque d'informations	6	3 %
Absence de la personne concernée en face	1	0,5 %
Analphabète	1	0,5 %
Agacé du fichage partout	5	2 %
Incompréhension	2	1 %
Pas de carte Vitale	1	1 %
Incapable de justifier son refus	4	2 %
Théorie du complot	3	1 %
Mise en place des données non effectives	1	0,5 %
Visibilité de la consultation de plusieurs même spécialistes	1	0,5 %
Total	218	100 %

Tableau 23 : Fréquence des différents types de refus en France

Encore une fois, dans un souci de lisibilité, dans le graphique qui suit, tous les résultats inférieurs ou égaux à 2 % dans les deux tableaux ont été supprimés.

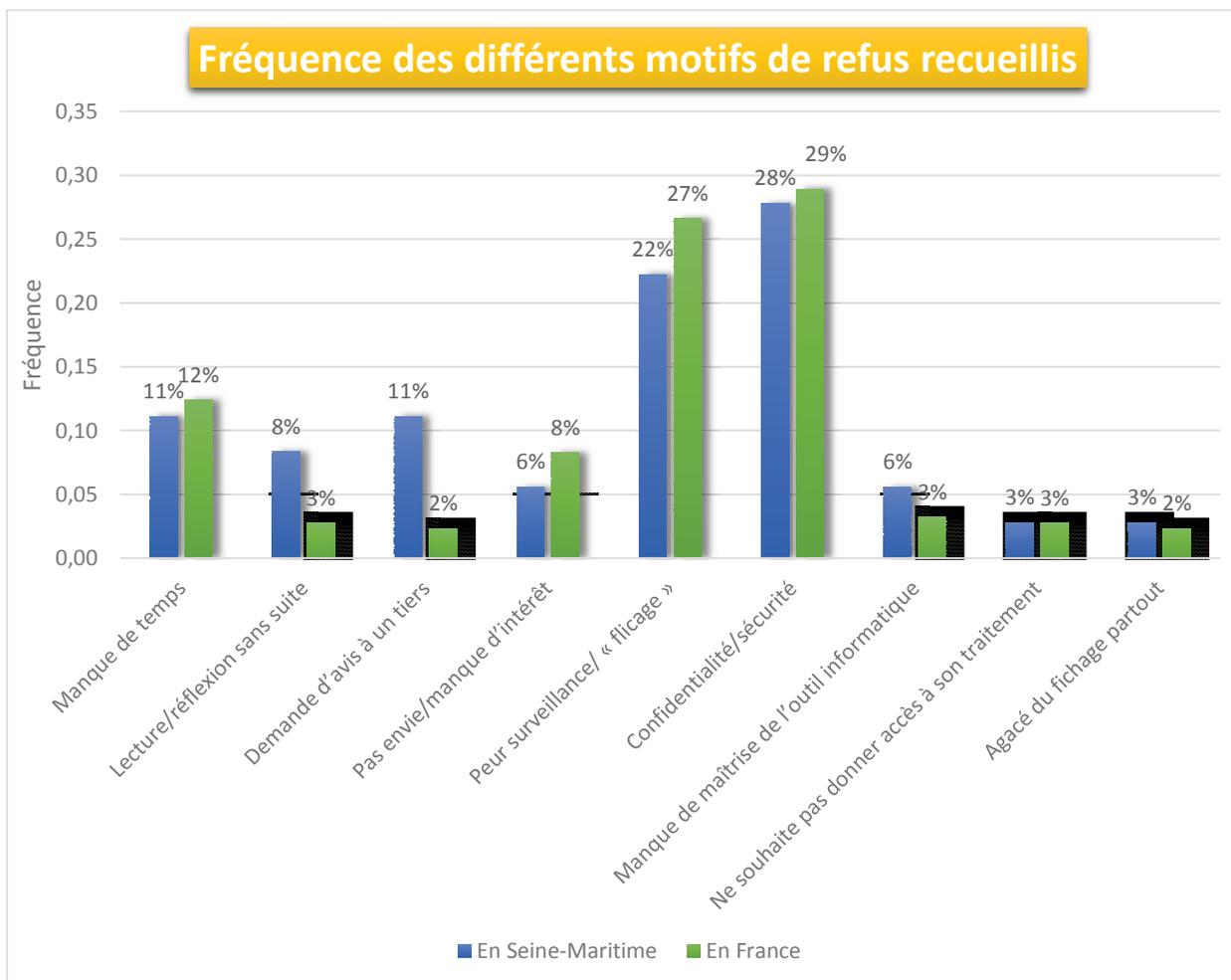


Figure 11 : Fréquence des différents motifs de refus recueillis

Parmi les refus évoqués, il ressort globalement les mêmes inquiétudes chez les patients en Seine-Maritime que sur le reste du territoire français.

En premier plan, vient la peur du respect de la confidentialité, du risque de diffusion de données de santé et d'intrusion dans la vie privée, et juste derrière, le talonnant de peu, le second motif de refus est la surveillance, la peur d'un « flicage », que ce soit pour les gens qui abusent de certaines substances, tel la codéine, certains hypnotiques et qui font du nomadisme pharmaceutique, mais aussi, dans les réponses, il a été plusieurs fois évoqué une peur de surveillance par la sécurité sociale.

En 3^e position au niveau national, est évoqué un manque de temps de la part du patient, ce motif plusieurs fois évoqué est sûrement davantage dû à des personnes que

cela n'intéresse pas et qui ne cherchent pas à en savoir plus. Cela semble plutôt être un prétexte qu'un réel manque de temps, celui-ci pourrait très bien prendre la documentation ou se renseigner chez lui, ou encore revenir à un moment où il aurait plus de temps. C'est un sentiment qui a été relevé dans beaucoup de réponses mentionnant le « pas de temps ». Cela ne reste malgré tout qu'une hypothèse.

En Seine-Maritime, le 3^e motif de refus est également le manque de temps, mais arrive à égalité avec la demande d'avis à un tiers. Dans les réponses récoltées, cette demande d'avis est souvent faite au médecin traitant, et quelques fois à des membres de la famille, qui travailleraient dans le milieu médical, ou qui en auraient déjà un.

Dans les motifs retrouvés plus minoritairement, nous retrouvons notamment « Pas de mail et/ou de portable », ainsi que le manque de maîtrise de l'outil informatique. Il est vrai que si pour le DP, c'est le pharmacien qui gère, pour le DMP en revanche, c'est un carnet de santé que le patient peut et doit gérer lui-même en partenariat avec tous les professionnels de santé qui le suivent, ce qui se révèle être un superbe outil, mais qui représente aussi une barrière infranchissable pour certaines personnes, notamment les plus âgées, qui n'ont pas grandi avec l'informatique, et pour qui l'ordinateur est un outil trop compliqué à utiliser. Nous noterons que c'est vraiment dommage, car le DMP est d'autant plus important chez ces personnes.

Nous retrouvons aussi des personnes qui s'agacent du fichage partout, bien que cet outil, ils le reconnaissent bien volontiers, soit utile. Ils ont le choix pour une fois de refuser que leur vie privée ne soit pas renseignée. Il est vrai que cet outil, bien que très utile pour la santé, peut paraître intrusif, et dans une société où de plus en plus d'entreprises sont intrusives et obligent leurs clients à fournir de plus en plus de données sur eux qu'ils peuvent ensuite revendre à leur guise, le DMP et le DP, en laissant le choix aux gens, leur laissent la liberté de pouvoir refuser pour une fois. Nous voyons aussi dans les tableaux une gêne des patients pour un manque de « fidélité » à un professionnel de santé, une honte d'avoir consulté plusieurs praticiens d'une même spécialité.

Dans les tableaux, nous pouvons voir des personnes qui opposent le fait de n'avoir ni téléphone, ni adresse e-mail, certaines même de ne pas avoir Internet. Pour

ces personnes, dans la rubrique « Foire aux questions » du DMP, l'assurance maladie leur offre cette réponse : « Oui. L'ouverture de votre DMP n'est pas soumise à la possession d'un téléphone mobile ou d'une adresse e-mail. Ces informations ne sont nécessaires que pour la création du compte Internet. Même si vous n'avez pas de compte Internet, les professionnels de santé peuvent consulter et partager les informations utiles à votre prise en charge. Enfin, il vous est toujours possible de faire une demande de création de compte Internet, même après la création de votre DMP. »

99

En conclusion, ce graphique, bien que très approximatif, nous offre tout de même une information importante qui reflète un manque de confiance vis-à-vis de l'outil informatique et de l'organisme qui le met en place. Pourtant, nous l'avons vu plus haut dans cette thèse, la confidentialité et la sécurité des données de santé ont été au cœur de la création de ces outils, et ces derniers représentent ce que l'on sait faire de mieux à l'heure actuelle. A noter que la sécurité est au moins aussi efficace, si ce n'est plus, que celle que les banques mettent en place pour leurs applications de consultations de comptes en lignes, et les paiements sécurisés. Pourtant, ces outils font maintenant partie de notre quotidien et sont très utilisés.

⁹⁹ DMP, « DMP : Foire aux questions », <https://www.dmp.fr>, 2020.

c) Les demandes spontanées

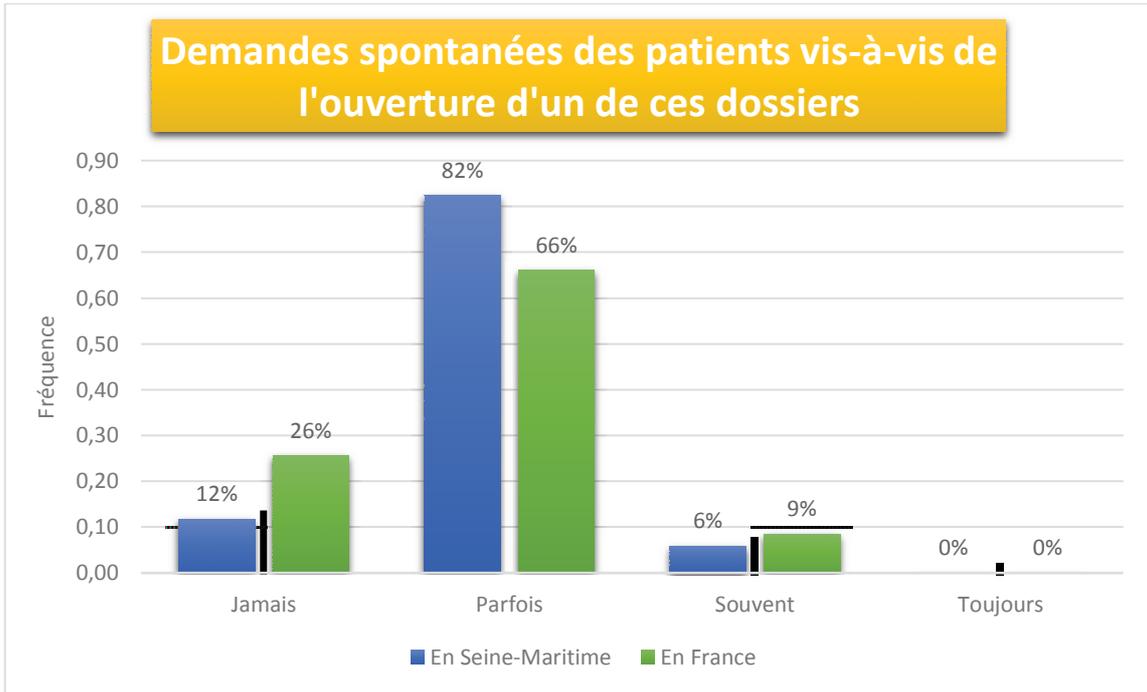


Figure 12 : Demandes spontanées des patients vis-à-vis de l'ouverture d'un des dossiers

Demandes spontanées d'ouverture de DP/DMP	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	Total
Effectif	6	42	3	0	51
Pourcentage	12 %	82 %	6 %	0 %	100 %

Tableau 24 : Le nombre de demandes spontanées d'ouverture d'un DP ou d'un DMP en Seine-Maritime

Demandes spontanées d'ouverture de DP/DMP	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	Total
Effectif	75	194	25	0	294
Pourcentage	26 %	66 %	9 %	0 %	100 %

Tableau 25 : Le nombre de demandes spontanées d'ouverture d'un DP ou d'un DMP en France

Certains patients demandent spontanément l'ouverture d'un DP et/ou d'un DMP. Ce n'est pas la chose la plus courante, mais cela arrive parfois, d'autant plus en Seine-Maritime. Bien sûr, il existe un biais à ces estimations, déjà par rapport à la taille de la pharmacie et à ce que chacun définit par « Parfois » et « Souvent ». Nous

remarquons également sur le territoire national que la fréquence de réponses « Jamais de demandes spontanées » est plus élevée. Il est donc d'autant plus important pour ces pharmacies d'exposer ces outils et d'informer leurs patients.

d) Motifs des demandes spontanées

Parmi les motifs de demandes spontanées relevés et donnés par les pharmacies interrogées, nous retrouvons :

- Le conseil du médecin/hôpital ;
- Vu à la TV/radio/presse ;
- Pour avoir ses antécédents plus facilement ;
- Pratique lors d'un voyage/départ en vacances ;
- Entendu parlé (endroit non précisé) ;
- Courrier de la CPAM ;
- Réflexion après discussion avec le pharmacien ;
- Pratique d'avoir tout son dossier médical au même endroit.

De la même manière que pour les motifs de refus, nous allons éditer un tableau avec les réponses recensées et voir combien de fois elles apparaissent pour estimer une fréquence. Cette méthode n'est pas entièrement fiable, d'autant plus que le nombre de réponses aux raisons des demandes spontanées est bien plus faible que celui des refus. Elle présente les mêmes limites que celles présentées dans la section « Motifs de refus » plus haut, mais elle va nous offrir une idée. De plus, comme plus haut, dans un souci de lisibilité, les motifs qui n'ont pas été évoqués dans l'échantillon de Seine-Maritime ont été retirés des tableaux concernés.

Motifs de demandes spontanées	Effectif	Pourcentage
Conseil du médecin/hôpital	1	13 %
Vu à la TV/radio/presse	3	38 %
Pour avoir ses antécédents plus facilement	1	13 %
Pratique lors d'un voyage/départ en vacances	1	13 %
Entendu parlé (endroit non précisé)	2	25 %
Total	8	100 %

Tableau 26 : Fréquence des différents motifs de demandes spontanées pour l'ouverture d'un DP ou d'un DMP en Seine-Maritime

Motifs de demandes spontanées	Effectif	Pourcentage
Conseil du médecin/hôpital	9	18 %
Vu à la TV/radio/presse	15	31 %
Pour avoir ses antécédents plus facilement	3	6 %
Pratique lors d'un voyage/départ en vacances	7	14 %
Entendu parlé (endroit non précisé)	7	14 %
Courrier de la CPAM	1	2 %
Réflexion après discussion avec le pharmacien	5	10 %
Pratique d'avoir tout son dossier au même endroit	2	4 %
Total	49	100 %

Tableau 27 : Fréquence des différents motifs de demandes spontanées pour l'ouverture d'un DP ou d'un DMP en France

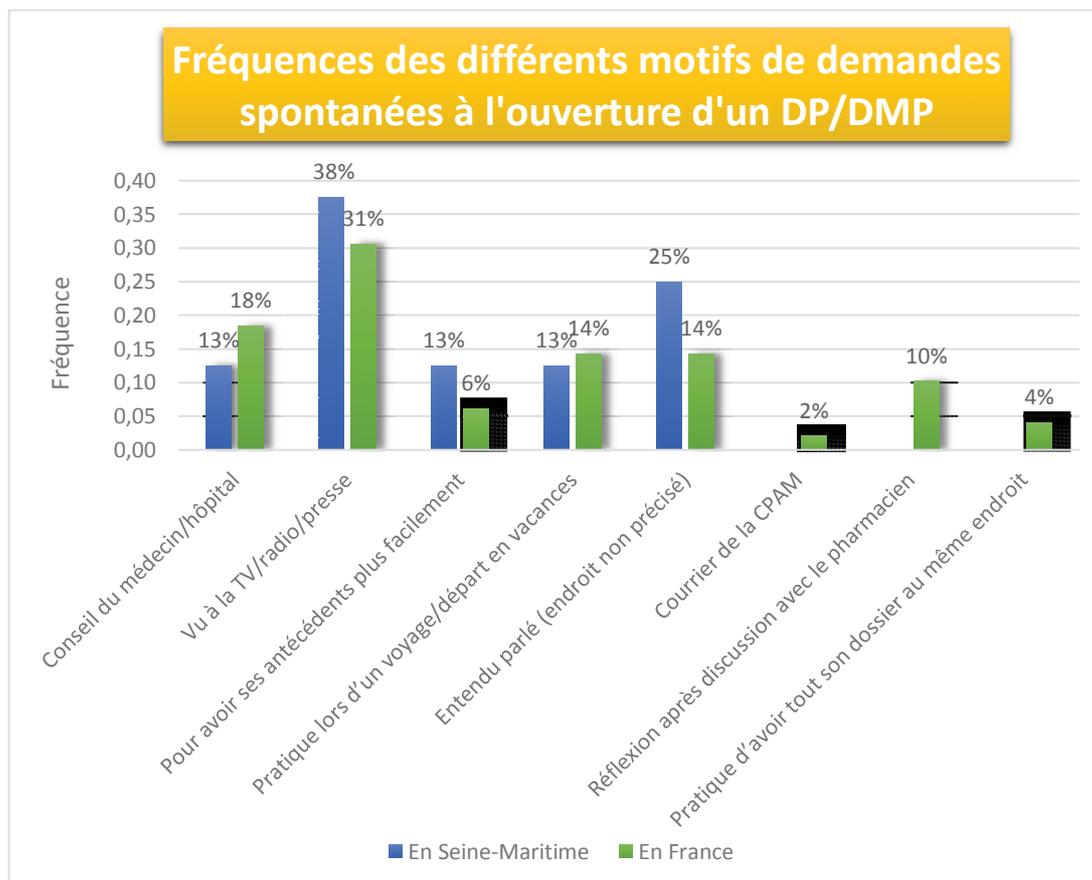


Figure 13 : Fréquence des différents motifs de demandes spontanées à l'ouverture d'un DP/DMP

Malgré la faiblesse de l'échantillon de réponse nous constatons qu'une grande majorité des demandes a été faite car les patients en ont entendu parler via la TV, la radio ou encore la presse. Nous retrouvons souvent dans les questionnaires la notion de curiosité de la part du patient ou bien ils ont entendu parler des outils et cela leur semble bien et pertinent.

e) Comparaison de la fréquence de refus et de demandes spontanées

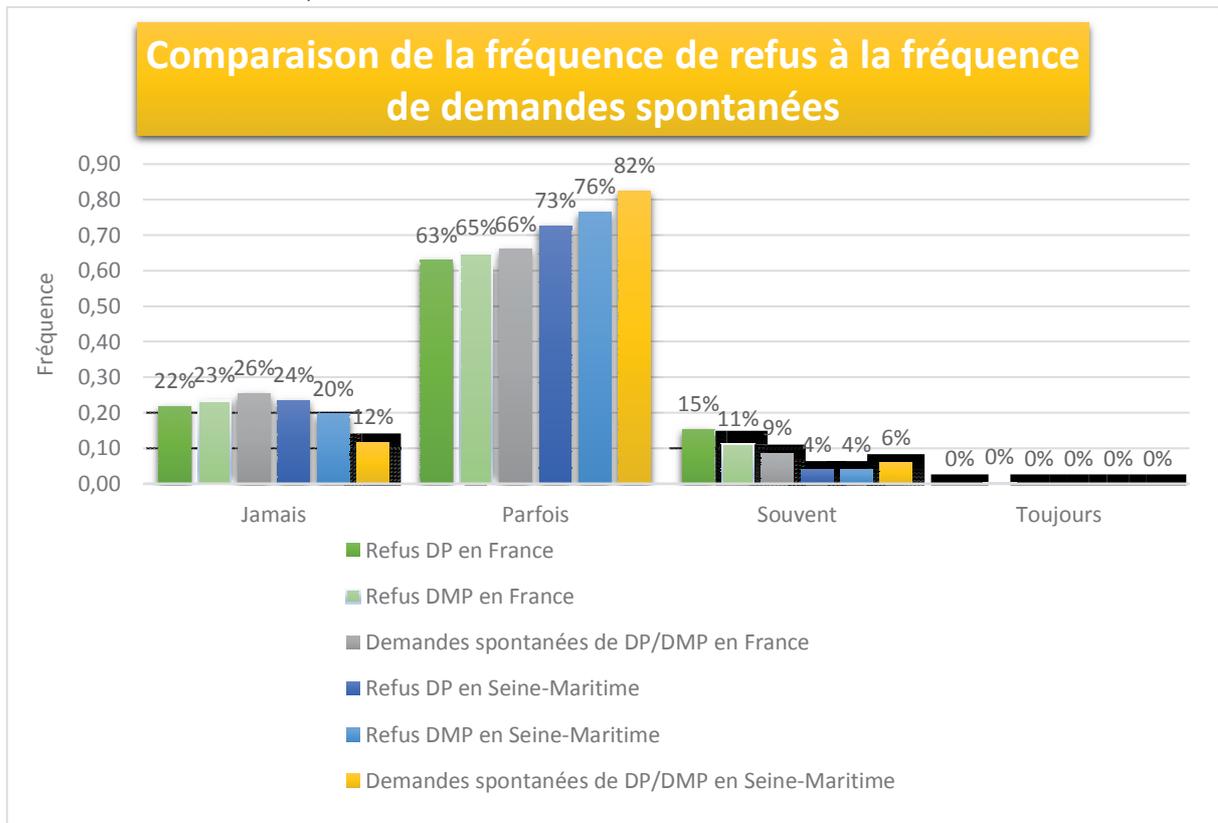


Figure 14 : Comparaison de la fréquence de refus et de demandes spontanées

La fréquence des refus, ainsi que celle des demandes spontanées, sont estimées de façon très similaire par les pharmacies interrogées.

4. Utilisation en pratique courante

a) Fréquence de consultations du DP

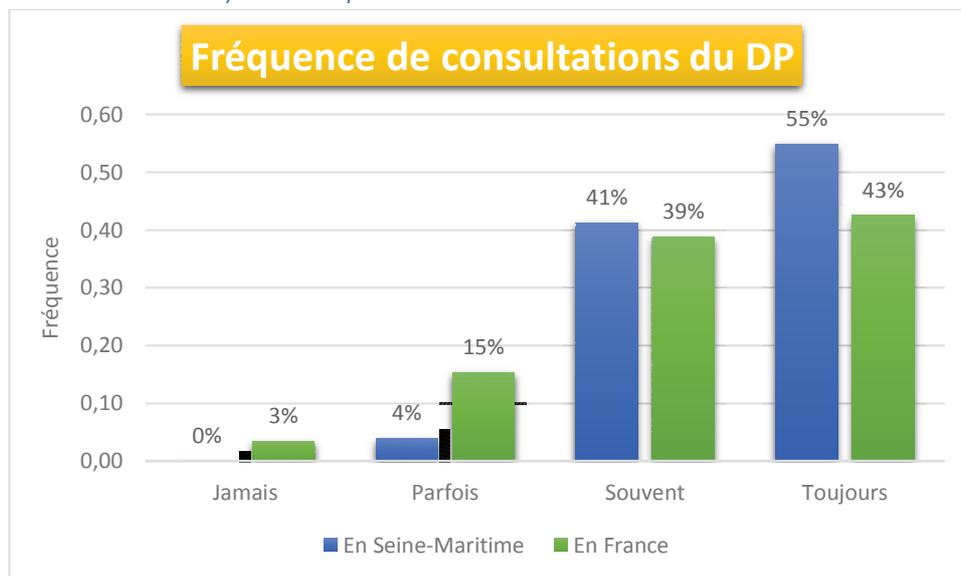


Figure 15 : Fréquence de consultations du DP

Fréquence de consultations du DP	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	Total
Effectif	0	2	21	28	51
Pourcentage	0 %	4 %	41 %	55 %	100 %

Tableau 28 : Fréquence des consultations du DP en Seine-Maritime

Fréquence de consultations du DP	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	Total
Effectif	10	45	114	125	294
Pourcentage	3 %	15 %	39 %	43 %	100 %

Tableau 29 : Fréquence des consultations du DP en France

A noter, au niveau national, sur le « Google Forms », que seulement 2 « jamais » ont été relevés à cette question. Il s'agit d'un titulaire et d'un étudiant en pharmacie. Pour les 8 autres réponses qui ont été recueillies sur LGPI : il s'agit de 4 préparateurs en pharmacie, un « autre » en centre commercial. Nous pouvons penser soit à un étudiant, soit à un vendeur, un rayoniste ou une autre fonction, 2 titulaires, ainsi qu'1 adjoint.

Bien que minoritaire (3 % sur l'échantillon national), il est tout de même surprenant et inquiétant de voir apparaître la fréquence « jamais » pour la consultation du DP, qui est tout de même un outil majeur et de quasi première nécessité dans l'acte pharmaceutique pour détecter, entre autres, des interactions médicamenteuses qui pourraient avoir cours. Il s'agit majoritairement de préparateurs (40 % des répondants « jamais »). En s'intéressant uniquement au groupe des préparateurs, nous nous apercevons que les personnes ayant répondu « jamais » représentent tout de même 11 % du groupe des préparateurs qui ont répondu ($\frac{4}{35} \times 100 \cong 11 \%$). Il est tout de même dommage de constater que, dans notre échantillon, 11 % des préparateurs, qui sont amenés à présenter ces outils, mais aussi à les consulter lors de la dispensation aux patients, ne regardent jamais ces outils.

En seconde position, nous retrouvons les titulaires (30 % des répondants « jamais »). Ils représentent 3 % de groupe « titulaire » ($\frac{3}{87} \times 100 \cong 3\%$). Ces réponses et pourcentages sont intrigants. Il serait bon de savoir pourquoi : est-ce que c'est parce que ces personnes n'y pensent pas ? Leurs patients viennent toujours sans carte Vitale ? Pas envie ? Pas d'intérêt ? Nous ne pouvons faire que des hypothèses.

En Seine-Maritime, l'outil est plutôt bien entré dans les réflexes de consultation à chaque patient. Nous obtenons un chiffre de plus de 50 % des sondés à la réponse « toujours », et plus de 40 % à la réponse « souvent », et aucun « jamais » n'a été enregistré. Nous pouvons en conclure que, dans le département, il est un outil quasi-indispensable à la dispensation.

En revanche, les chiffres sont moins enthousiasmants au niveau national. Nous obtenons à peine plus de 40 % à la fréquence « toujours » et un peu moins de 39 % pour « souvent ». Ce sont de bons chiffres tout de même, mais, comparé au département, c'est un peu plus faible. Nous pouvons dire que c'est un outil ancré globalement dans l'acte de dispensation en pharmacie, puisque les fréquences les plus élevées réunissent 96 % des voix en Seine-Maritime, et 82 % des voix en France.

b) Les motifs de consultations du DP

Les motifs de consultations du DP	Effectif	Pourcentage
Suivi du traitement	45	24,1 %
Prévention de fraude	37	19,8 %
Interaction(s)	44	23,5 %
Automédication	16	8,6 %
Dépannage	44	23,5 %
Autre	1	0,5 %
Total	187	100 %

Tableau 30 : Fréquence des différents motifs de consultations des DP en Seine-Maritime

En Seine-Maritime, une personne a coché la réponse « Autre » et a précisé : « Présentation systématique par le logiciel métier ». C'est une bonne chose que certains logiciels métiers mettent en avant les DP et forcent les pharmaciens à le consulter. Cela permet d'éviter un oubli de consultation. Il ne faut pas oublier que les logiciels métiers font des mises à jour et calent leur outil sur le ressenti et le besoin des pharmaciens.

Le total des personnes ayant répondu en Seine-Maritime est de 51. Ici, nous remarquons que nous récoltons 187 réponses, ($\frac{187}{51} \cong 3,67$). Nous en concluons donc qu'en moyenne, une pharmacie consulte le DP d'un patient pour 3 à 4 raisons différentes.

Motifs de consultations du DP	Effectif	Pourcentage
Suivi du traitement	255	25 %
Prévention de fraude	206	20 %
Interaction(s)	203	20 %
Automédication	102	10 %
Dépannage	244	24 %
Autre	5	1 %
Total	1015	100 %

Tableau 31 : Fréquence des différents motifs de consultations des DP en France

En France, nous collectons 5 réponses « Autre », dont 1 qui a été donnée dans les questionnaires de Seine-Maritime, et dont le motif a été donné plus haut. Ensuite, en allant voir le questionnaire « Google Forms » et le fichier collecte de LGPI, nous collectons 4 réponses « Autre », dont les énoncés sont :

- Patient inconnu de l'officine (réponse d'un titulaire) ;
- Pas eu l'occasion (réponse d'un préparateur) ;
- Analyse d'ordonnance (réponse d'un étudiant en pharmacie 6^e année validée) ;
- Surconsommation (réponse d'un adjoint).

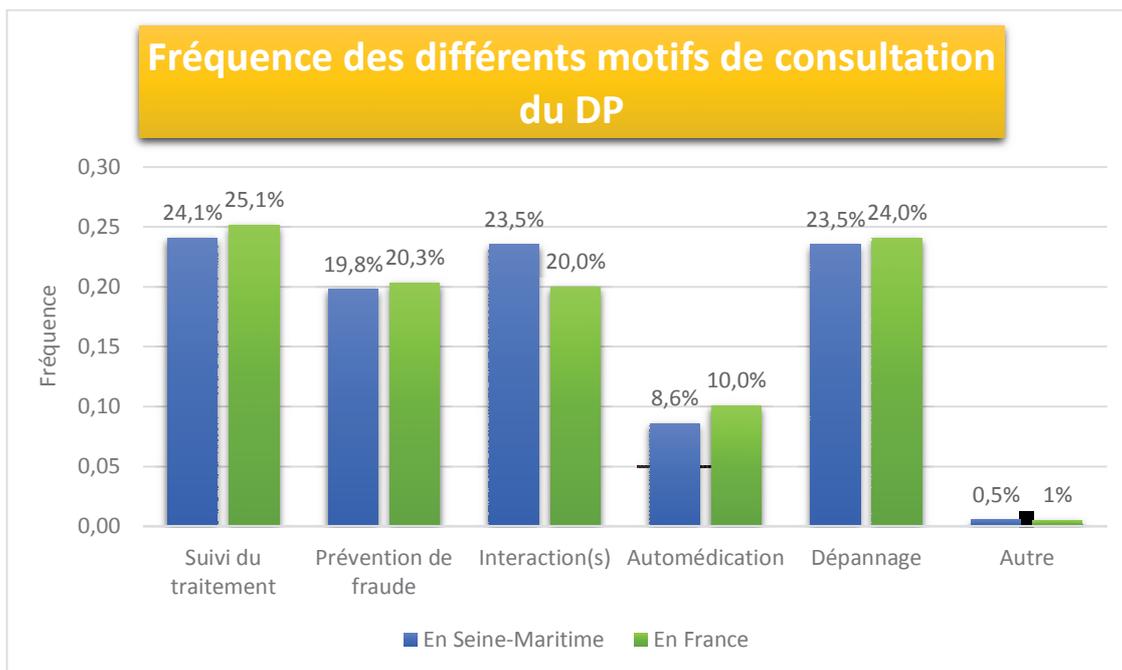


Figure 16 : Fréquence des différents motifs de consultations du DP

Les 2 principaux motifs de consultations qui ressortent sont :

- Le suivi du traitement ;
- Et le dépannage.

Bien avant l'automédication, qui était pourtant l'un des principaux intérêts de l'outil pensé par l'Ordre.

Les interactions médicamenteuses n'ont pas cours uniquement qu'avec les médicaments prescrits sur ordonnance. Il peut aussi s'agir de médicaments pris en vente libre, ou encore en libre accès, et qui pourraient interagir entre eux, ou avec un traitement pris par le patient.

En Seine-Maritime, ce sont 3 motifs qui arrivent en premier à égalité :

- Le suivi du traitement ;
- Les interactions ;
- Et le dépannage.

Si l'automédication est si peu représentée, nous pouvons nous poser la question du « pourquoi ? », et émettre l'hypothèse que c'est dû à l'accès au DP, qui nécessite d'avoir

la carte Vitale du patient pour y accéder et inscrire les produits dedans. Les personnes s'automédiquant viennent souvent chercher des médicaments en vente libre sans penser à prendre leur carte Vitale et le pharmacien, pris dans son conseil, ne pense pas forcément toujours à demander la carte Vitale de la personne tandis que, peut-être, il inscrit sa délivrance dans l'historique du patient dans son logiciel.

c) *La confiance en ces nouveaux outils en termes de protection des données de santé et de fiabilité des informations saisies*

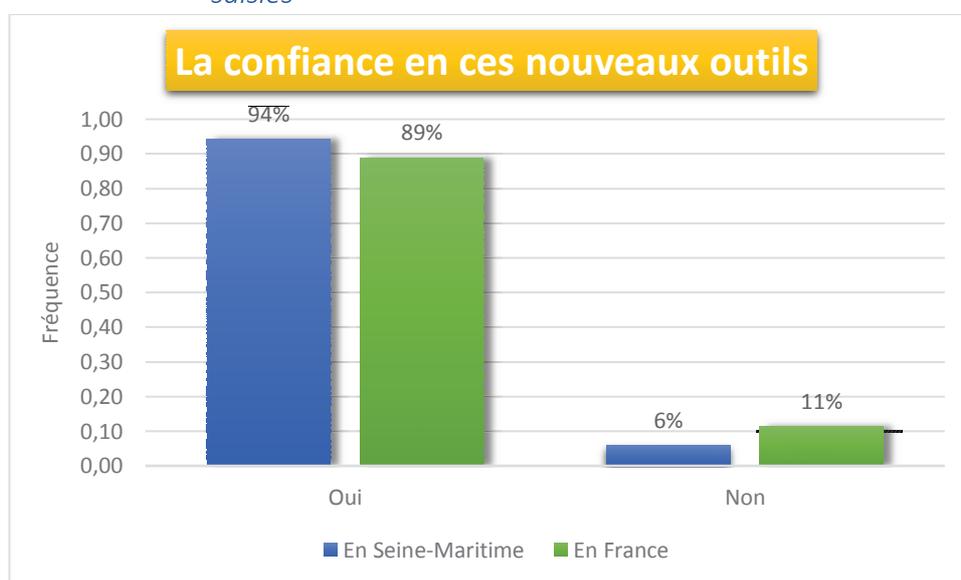


Figure 17 : La confiance en ces nouveaux outils

Confiance des données/fiabilité	Oui	Non	Total
Effectif	48	3	51
Pourcentage	94 %	6 %	100 %

Tableau 32 : La confiance en ces nouveaux outils en termes de protection des données de santé et de fiabilité des informations saisies en Seine-Maritime

Confiance des données/fiabilité	Oui	Non	Total
Effectif	261	33	294
Pourcentage	89 %	11 %	100 %

Tableau 33 : La confiance en ces nouveaux outils en termes de protection des données de santé et de fiabilité des informations saisies en France

Il existe une très bonne confiance dans ces outils, même si nous pouvons voir un peu plus de réserve sur l'échantillon national. Nous allons nous intéresser à ceux qui ont répondu « non » et voir quelle fonction occupe ces personnes au sein de la pharmacie.

En Seine-Maritime, 3 personnes ont répondu « non ». Nous avons vu plus haut dans la fréquence d'apparition des fonctions que, en Seine-Maritime, il s'agissait majoritairement de titulaires. Il n'est donc pas étonnant de découvrir que 100 % des réponses « non » ont été données par des titulaires. Au niveau national, ils représentent 24 % des répondants « non ». Les adjoints sont représentés à hauteur de 55 % dans la population ayant répondu « non », les préparateurs à hauteur de 15 % et autres 6 %.

Maintenant, regardons la fréquence des « non » par rapport à la fonction exercée au sein de l'officine.

Fonction	Adjoint	Titulaire	Préparateur	Autre
Effectif	18	8	5	2
Pourcentage	13 %	9 %	14 %	6 %
Total de l'échantillon	139	87	35	33

Tableau 34 : Classement par fonction des personnes ayant répondu « non »

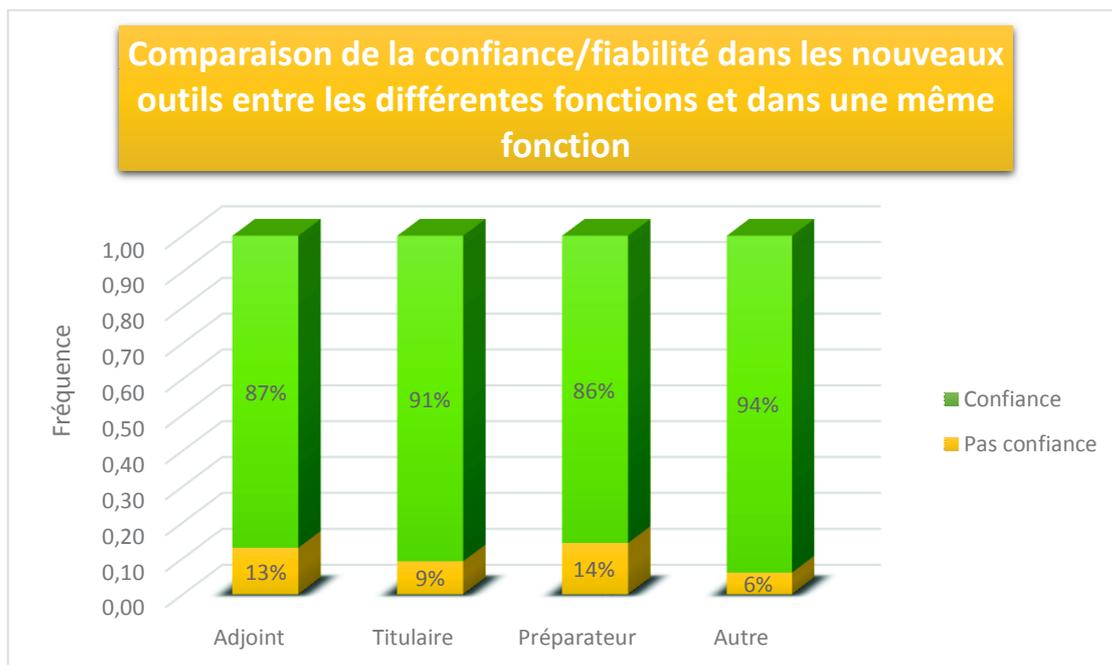


Figure 18 : Comparaison de la confiance/fiabilité dans les nouveaux outils entre les différentes fonctions et dans une même fonction

13 % des adjoints interrogés n’ont pas confiance dans ces nouveaux outils, ainsi que 14 % des préparateurs.

Environ 10 à 15 % des personnes composant chacune des différentes fonctions au sein d’une officine n’ont pas confiance et/ou ne trouvent pas ces outils fiables. Nous pouvons nous demander pourquoi ? Est-ce à cause de la sécurisation des données ? Est-ce lié à la liberté du patient de mettre ou ne pas mettre des choses dans son/ses dossiers ?

Pour donner suite à cette question, il a été mis à disposition un espace libre de commentaire pour préciser la pensée des personnes interrogées qui le souhaitaient. Nous avons pu recueillir les commentaires suivants :

Personnes ayant coché « oui »	Personnes ayant coché « non »
« Le DP est caduc pour moi depuis le DMP »	« Le DMP a signé des accords avec des personnes non soumises au secret médical, qui sont donc habilitées à le consulter »
« DP et DMP devraient être obligatoires sans demander l'avis du client »	« Les données coûtent cher »
« Il y a toujours des risques de piratage, mais il faut aussi utiliser les nouveaux outils à notre disposition »	« DMP égal Doute Médical Profond »
« On nous demande encore de changer nos lecteurs CV pour pouvoir avoir le DMP sur nos postes »	« Rien n'est sûr sur Internet. Tout se hacke facilement aujourd'hui »
« Trop long d'ouvrir le DMP, dommage »	« Devrait être obligatoire si l'on souhaite être réellement efficace »
« Parfois beug informatique, le produit n'est pas mis sur le DP, alors qu'on a tout le nécessaire »	« J'ai des doutes sur la sécurisation des données pour le DMP, notamment sur le partage d'informations entre professionnel(les) pas toujours concerné(e)s, difficile d'avoir un véritable consentement éclairé du patient à mon avis sur ce point »
« La mise en place et les données injectées prennent du temps et la consultation pour le pharmacien et les renseignements pour le médecin ont l'air compliqués... »	« La sécurité sociale va refuser des dossiers hors AMM qui, pour l'instant, sont possibles sans l'accès aux historiques des patients. Il y a risque d'être des inspecteurs de la sécurité sociale de substitution »

Personnes ayant coché « oui »	Personnes ayant coché « non »
« Ce serait bien que les patients se prennent en charge et n'attendent pas tout du pharmacien »	
« Surtout confiance en termes de protection des données. Quelques doutes pour la fiabilité des informations saisies tant que le patient devra y ajouter lui-même certaines de ses données »	
« Accès aux données du DMP compliqué »	
« Malheureusement, aucun système n'est réellement impirable »	
« Manque d'implication des médecins, les données ne sont pas souvent remplies »	
« Confiance : l'accès au serveur n'est possible qu'avec la carte Vitale du patient »	
« Besoin de la CV pour lire »	
« DP et DMP devraient être obligatoires pour une coordination interprofessionnelle optimale !!!! »	
« Internet sécurisé »	
« Données sécurisées »	

Tableau 35 : Les réponses recensées en France classées en fonction de la réponse « oui » ou « non »

Dans les réponses recensées, la notion de complexité du DMP, en ce qui concerne l'entrée des données ou de l'utilisation pour les patients, est retrouvée. La confiance et la fiabilité sont relatives, les personnes reconnaissent que la sécurité des données est bonne, même excellente, mais qu'aucun système n'est à l'abri d'un piratage. Rien n'est sûr à 100 %. C'est la même raison qui revient souvent chez les personnes ayant répondu ne pas avoir confiance.

Nous constatons aussi que, pour les professionnels, le besoin d’avoir la carte Vitale du patient est un gage de sécurité. Nous pourrions nous demander si leurs réponses changeraient si les demandes de l’Ordre lors du Ségur de la santé sont appliquées, c’est-à-dire de pouvoir consulter un DP sans la carte Vitale.

La fiabilité est également mise en doute, le fait que le patient puisse remplir lui-même, cacher des choses, ou refuser l’accès, rend les données présentes non-fiables à 100 %.

De plus, certains relèvent un manque d’implication des médecins.

Nous retrouvons beaucoup, que ce soit chez les personnes ayant répondu « oui » ou bien « non », la volonté de rendre ces outils obligatoires pour toute la population dans l’optique d’avoir le maximum d’informations pour une sécurité maximale du patient. Même si en tant que professionnel de santé, nous pouvons vouloir rendre obligatoire des choses qui nous paraissent indispensables, nous le voyons avec les vaccins ou encore plus récemment avec la Covid-19, quand nous rendons quelque chose obligatoire, les gens se braquent et nous risquons l’effet inverse.

Personnes ayant coché « oui »	Personnes ayant coché « non »
« J’ai beaucoup suivi l’élaboration du DP à l’époque de sa mise en place et assisté à de nombreuses conférences d’Isabelle Adenot, (j’ai fait ma thèse sur le sujet) »	« Je pense qu’il est toujours possible, pour un professionnel de l’informatique, de permettre à une assurance ou une banque... d’obtenir des renseignements sur ses clients »
« Petite réserve sur le fait que le patient peut choisir de ne pas mettre certains traitements, du coup, on ne peut pas se fier à 100 % »	« J’ai un manque de confiance auprès de ma société informatique qui pourrait revendre ces données »
« Un point seulement pose question : sera-t-il correctement rempli par tous ? Et mis à jour ? »	

« Ce n'est pas commercial, les données ne sont pas revendues »	
« Système protégé par un mot de passe unique »	
« Manque d'info aux patients »	
« Pas le choix »	

Tableau 36 : Les réponses recensées en Seine-Maritime classées en fonction de la réponse « oui » ou « non »

En Seine-Maritime, les doutes concernent également le remplissage par les patients, la fiabilité et la mise à jour. Pour les personnes ayant répondu « non », c'est un manque de confiance sur la sécurité des données, un possible piratage ou une revente de données par la société informatique de l'officine.

Nous remarquons que les pharmaciens, qu'ils aient confiance ou non dans les outils, admettent qu'il est possible que les données soient un jour piratées. Mais surtout, ce qui revient le plus souvent, c'est le doute sur la fiabilité des données déposées : seront-elles exhaustives ? A jour ? Bien sûr, c'est un défaut inhérent à l'outil, puisque dans la création de chacun de ces outils, est laissée la liberté (qui est une notion importante en France, elle l'est d'autant plus qu'elle fait partie de la devise nationale) totale au patient. Le CNOP a pallié cette faiblesse de l'outil en laissant au patient la liberté de pouvoir inscrire ou non ses données, mais lorsque le patient refuse l'inscription de quelque chose, alors la mention « DP incomplet apparaîtra », tandis que pour le DMP, rien n'est prévu pour le moment.

d) DMP complémentaire du DP ?

Complémentarité DMP/DP	Oui	Non	Total
Effectif	40	11	51
Pourcentage	78 %	22 %	100 %

Tableau 37 : Avis sur la complémentarité du DP et du DMP en Seine-Maritime

Complémentarité DMP/DP	Oui	Non	Total
Effectif	248	46	294
Pourcentage	84 %	16 %	100 %

Tableau 38 : Avis sur la complémentarité du DP et du DMP en France

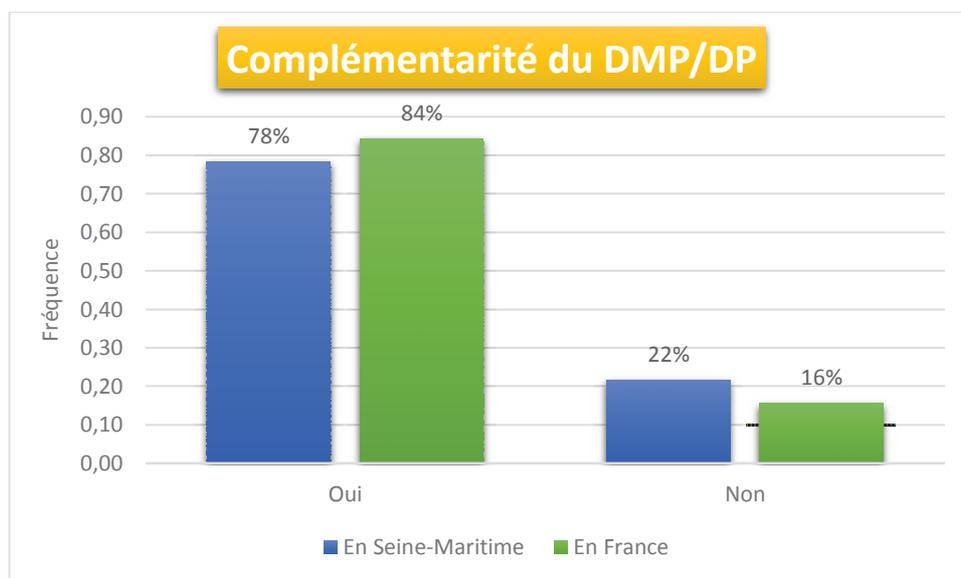


Figure 19 : Complémentarité du DMP/DP

En France, pour une grande partie des pharmaciens interrogés, plus de 80 %, le DMP et le DP sont des outils complémentaires. En revanche, en Seine-Maritime, ils sont un peu moins de 80 % à penser cette complémentarité. Il serait intéressant d'avoir des précisions de la part des personnes ayant répondu « non ».

Une partie libre d'expression en cas de réponse « non » a été laissée à cet effet. Voici les réponses recensées :

Avis des personnes trouvant que DP et DMP ne sont pas complémentaires en France
« Le DP fait doublon »
« Doublon »
« DMP plus complet, redondance »
« Le DMP est plus une évolution du DP. L'idéal serait que le DP soit intégré au DMP »

« DMP, le patient a la main dessus et peut le modifier à sa guise, il n'est donc pas fiable et ne peut donc pas être considéré comme un bon outil »
« Pas consultable en officine »
« J'aurais préféré un seul outil, car les patients se mélangent. De plus, le DMP peut être très utile, mais difficile d'accès (il faut saisir un code de sécurité à chaque fois, tout le monde n'a pas accès à Internet...) »
« Doublon ? »
« Pour le moment, même utilité »
« Je trouve que le DMP vient en remplacement du DP. C'est une amélioration du DP, puisqu'accessible par plus de professionnels de santé et plus complet que le DP »
« Remplaçant et non complémentaire »
« Pour l'instant, on ne peut rien faire avec le DMP »
« Le DMP est plus un outil pour le patient et la sécurité sociale »
« Le DMP englobe le DP me semble-t-il.... Ça ferait double emploi »
« Nous ne voyons rien pour le DMP »
« Le DMP se suffit à lui seul »
« Ne serait-il pas possible de coupler le DP et le DMP afin que les médecins et pharmaciens, ainsi que d'autres professionnels de santé y ayant accès, puissent consulter la même base ? »
« Pour l'instant, on arrive à utiliser dans la pratique courante le DP, mais le DMP ne sert à rien. J'espère des avancées dans les logiciels qui nous permettront d'utiliser ces informations très importantes pour une dispensation en toute sécurité »
« Je pense que le DMP devrait remplacer le DP. Le DP n'est pas assez performant »
« Pas consultable par les mêmes professionnels »
« On peut les créer, mais pas y accéder ! »

Tableau 39 : Avis des personnes trouvant que DP et DMP ne sont pas complémentaires en France

Nous notons que la remarque de « doublon », « redondance » revient souvent. Beaucoup de pharmaciens ne les considèrent donc pas complémentaires, mais plutôt comme identiques. Il est vrai qu'en l'état actuel des choses, les médicaments soumis au

remboursement sont entrés dans le DMP de la même façon que chaque délivrance est notée sur le DP. Cependant, tout produit sur ordonnance n'est pas toujours remboursé, ce qui en ce sens rend le DMP moins précis vis-à-vis des médicaments délivrés, et ne comprend pas non plus l'automédication. Nous avons vu plus haut que, par rapport aux autres motifs de consultation du DP, l'automédication ressortait moins souvent, ce qui peut expliquer également cette sensation de « doublon ». Malgré tout, le DMP contient certaines données médicales qui peuvent être utiles au pharmacien. Nous pouvons penser à certains médicaments soumis à prescription particulière, notamment la clozapine, dont il est impératif de contrôler la NFS et surtout le taux de Polynucléaire Neutrophile avant toute délivrance.

Nous retrouvons également beaucoup de réponses qui mentionnent que le DMP remplace de DP, que le DMP n'est pas accessible au pharmacien, et qu'actuellement, il ne « sert à rien pour le pharmacien ».

Il est évoqué aussi que le patient peut choisir de cacher certaines informations de son dossier, ce qui est déjà plus ou moins le cas avec le DP, mais de façon moins accessible, et une mention est faite et visible sur le DP.

Dans cet espace libre dédié aux personnes ayant répondu « non », nous avons pu retrouver des commentaires laissés par des personnes ayant répondu « oui ». Voici les réponses :

Avis des personnes trouvant que DP et DMP sont complémentaires en France
« Beug informatique dans notre pharmacie, pas encore utilisable pour les créations malgré les demandes spontanées des patients »
« A voir dans la pratique ! »
« Oui, mais il faudra voir à l'usage le fait de devoir basculer de l'un à l'autre, puisque le DP n'est pas intégré au DMP »

Tableau 40 : Avis des personnes trouvant que DP et DMP sont complémentaires en France

Nous retrouvons une volonté de découvrir ce que cela va donner, mais surtout d'utiliser les deux et de pouvoir basculer de l'un à l'autre.

Avis des personnes trouvant que DP et DMP ne sont pas complémentaires en Seine-Maritime
« En tant que pharmacien, nous n'avons pas accès aux infos du DMP. Le DP reste donc la seule référence pour nous »
« Le DMP doit remplacer le DP à terme et pouvoir être consulté aussi facilement que le DP »
« Le DMP devrait remplacer le DP pour une prise en charge optimale »
« Pour les pharmaciens, c'est le DP qui est pertinent »
« Remplacement du DP par le DMP à terme »
« Le DMP est inutile aux pharmaciens »
« Le DMP, c'est un super DP, non ? »
« Le DMP doit remplacer le DP »
« Il le remplace pour moi »
« Non accessible »
« Il le remplace »

Tableau 41 : Avis des personnes trouvant que DP et DMP ne sont pas complémentaires en Seine-Maritime

Beaucoup souhaitent le remplacement du DP par le DMP lorsque celui-ci sera accessible aux pharmaciens en Seine-Maritime, ce qui rejoint ce que nous avons constaté plus haut.

Nous observons donc une volonté chez la majorité des pharmaciens, trouvant les outils non-complémentaires, de remplacer le DP par la DMP, et de le rendre consultable aux pharmaciens. En tout cas, si certains souhaitent que les deux outils fusionnent, d'autres souhaitent le remplacement du DP. Nous voyons une volonté de simplification et de n'avoir qu'un seul outil. Nous avons vu plus tôt une réponse parlant de simplifier la coordination interprofessionnelle, les outils étant créés pour décloisonner la ville et l'hôpital. Ils pourraient servir à décloisonner toutes les professions de santé pour une prise en charge optimale des patients, en simplifiant la transmission de l'information et la communication entre les différents professionnels qui prennent en charge de patient.

e) *Souhait d'intégration du DP au DMP*

Intégration du DP au DMP	Oui	Non	Total
Effectif	48	3	51
Pourcentage	94 %	6 %	100 %

Tableau 42 : *Souhait d'intégration du DP au DMP en Seine-Maritime*

Intégration du DP au DMP	Oui	Non	Total
Effectif	266	28	294
Pourcentage	90 %	10 %	100 %

Tableau 43 : *Souhait d'intégration du DP au DMP en France*

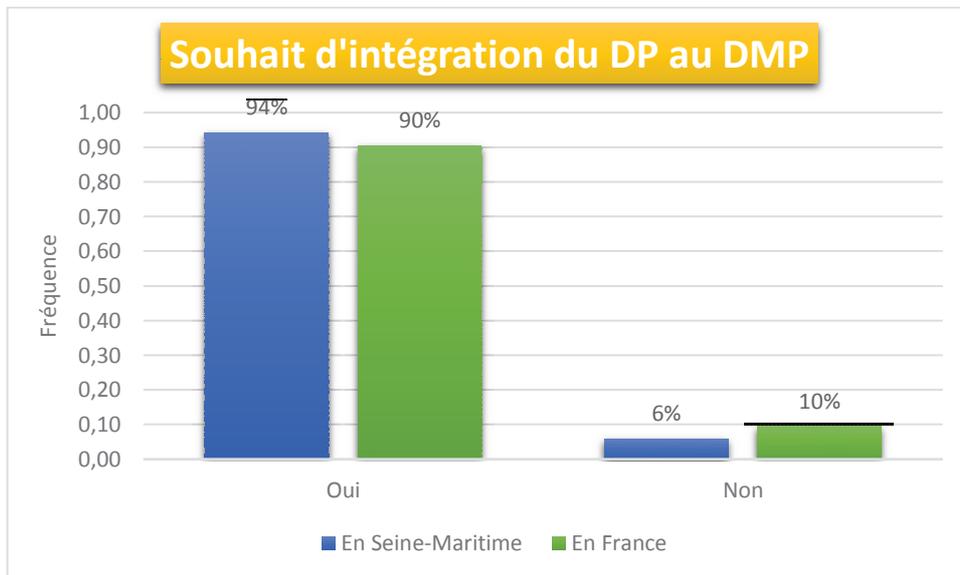


Figure 20 : *Souhait d'intégration du DP au DMP*

Les valeurs récoltées nous montrent qu'une grande majorité des pharmaciens souhaitent une intégration du DP au DMP : 94 % en Seine-Maritime et 90 % en France. Nous observons qu'il y a quelques réticences tout de même, puisque certains ont répondu « non ». Il sera intéressant de savoir pourquoi. C'est pour cela qu'encore une fois, pour les pharmaciens ne souhaitant pas l'intégration, un espace libre leur était dédié. Voici les réponses recensées :

Avis des personnes ayant répondu « non » à l'intégration du DP au DMP en France
« Aucune utilité, de toute façon, nous n'avons pas accès à toutes les données du DMP, et si le patient peut modifier le DP, il deviendra un outil inutile »
« Big Brother »
« Nous n'avons pas à intervenir en tant que pharmacien sur d'autres actes médicaux »
« Certains patients ne seront pas d'accord et on risque d'avoir moins de DP. Et certains patients ne sont pas informatisés »
« Ce sont deux choses différentes, elles n'ont pas le même objectif »
« DP spécifique de la pharmacie, il doit le rester »
« Trop de soucis vis-à-vis des patients et leurs données »
« Le DP nous appartient et fonctionne, contrairement au DMP »
« A voir dans la pratique, et surtout renseigner le carnet de vaccination aussi ! »
« Le DP, créé par l'Ordre des pharmaciens reste et, théoriquement, restera très pharmaceutique. Le DMP pourrait devenir économique. »
« Pas l'intégration, mais des interopérabilités entre les deux »
« DP = pharmacie et DMP = médecin »

Tableau 44 : Avis des personnes ayant répondu « non » à l'intégration du DP au DMP en France

Dans toutes ces réponses, il ressort le fait que le DP a été créé par les pharmaciens et pour les pharmaciens, que les données médicales contenues dans le DMP ne nous regardent pas, et que nous risquons de braquer les gens et de recenser moins de DP. Pourtant, encore une fois, les données médicales des patients ont un intérêt pour une bonne dispensation et une bonne prise en charge des patients, comme vu plus haut avec les analyses médicales. Certains parlent même d'un objectif différent de ces deux outils. Pourtant, précédemment dans cette thèse, les objectifs de ces deux différents outils ont été énoncés et ne sont pas si différents : le but principal étant une meilleure prise en charge des patients et un décloisonnement ville-hôpital.

Nous observons une peur vis-à-vis de la sécurisation des données et de la surveillance. D'autres parlent d'un outil trop complexe, concernant le DMP, pour leur patient, et ont peur de rendre le DP moins fiable s'il était dans le DMP, puisque le patient pourrait le modifier. Cependant, dans le Ségur de la santé, l'Ordre a émis l'idée d'ouvrir davantage le DP au patient et que celui-ci pourrait y avoir accès et le modifier de la même façon que pour le DMP.

Avis des personnes ayant répondu « oui » à l'intégration du DP au DMP en France

« Un seul outil accessible à tous. Problème avec le DMP, il faut demander l'autorisation au patient pour le consulter, ce qui n'est ni pratique ni le cas avec le DP »

« A la condition qu'on puisse enfin accéder au DMP, ce qui n'est pas encore le cas »

Tableau 45 : Avis des personnes ayant répondu « oui » à l'intégration du DP au DMP en France

Il existe une volonté d'intégration, mais à la condition que le DMP soit accessible aux pharmaciens. Nous remarquons que c'est une des raisons qui a été aussi évoquée plus haut par les personnes ne souhaitant pas l'intégration du DP, car le DMP n'est pas accessible aux pharmaciens. Nous pouvons supposer, alors, que si le DMP était accessible dans ce cas, nous aurions obtenu quelques réponses « oui » supplémentaires.

Avis des personnes ayant répondu « non » à l'intégration du DP au DMP en Seine-Maritime

« Permet d'avoir un outil simple d'accès sans compromettre les informations à caractère médical qui ne regardent pas le pharmacien »

« A part un pharmacologue, le DP n'est pas utile pour qui que ce soit d'autre qu'un pharmacien. »

Tableau 46 : Avis des personnes ayant répondu « non » à l'intégration du DP au DMP en Seine-Maritime

Nous obtenons là deux réponses différentes, un répondant trouvant qu'intégrer le DP au DMP serait inutile, car il ne servirait à personne d'autre qu'au pharmacien. Il

est vrai que le pharmacien est le spécialiste des médicaments par sa formation en pharmacologie bien plus poussée que dans les autres spécialités médicales. Cependant, certains biologistes sont pharmaciens biologistes et ont donc une certaine connaissance des médicaments. De plus, il existe des médecins propharmaciens et les médecins spécialistes connaissent les médicaments liés à leur spécialité sur le bout des doigts. Si les médecins avaient accès au DP via le DMP, ils pourraient voir l'observance de leurs patients, détecter l'installation d'une dépendance à certains produits, les cabinets d'imagerie médicale pourraient vérifier les traitements pris par leur patient. Nous pouvons évoquer notamment la prise de metformine concomitante à l'injection d'un produit de contraste iodé. C'est bien entendu le rôle du pharmacien de faire cela, mais personne n'est à l'abri d'une erreur ou d'un oubli, et plus il y a de vérification, moins il y a de chance d'avoir un accident.

L'autre personne a répondu que le DP est plus simple d'utilisation et ne dilue pas les informations concernant le médicament dans un amas de données médicales qui ne « regardent pas le pharmacien ».

Avis des personnes ayant répondu « oui » à l'intégration du DP au DMP en Seine-Maritime
« Ce serait plus cohérent d'avoir un outil au lieu de 2 »
« Pour simplifier »

Tableau 47 : Avis des personnes ayant répondu « oui » à l'intégration du DP au DMP en Seine-Maritime

Ici, les personnes sont du même avis et le souhaitent dans un souci de simplification.

Et enfin, pour conclure le questionnaire, un espace libre d'expression a été laissé et voici les réponses récoltées :

Avis général des personnes ayant répondu au questionnaire en France

« L'idéal serait la création d'un outil unique par lecture de la carte Vitale comportant plusieurs sections : traitements, examens complémentaires... et non de multiplier différents outils »

« Je pense que l'ouverture du DMP devrait être automatique sans nécessairement d'accord, afin de soigner au mieux les patients »

« La consultation du DMP par le pharmacien me paraît indispensable »

« La plupart des gens sont déjà sceptiques sur "l'intérêt final" de ce genre de "dossier". Si, en plus, il faut ouvrir moult dossiers tous les 3-4 ans qui se superposent, se chevauchent ou se complètent sans même pouvoir "remplacer" le précédent, plus personne ne va rien y comprendre et [les gens] seront de plus en plus méfiants. Ni les patients, ni les professionnels ne les verront d'un bon œil, surtout si c'est imposé, que ce soit implicitement ou explicitement... »

« L'outil est fantastique si tous les professionnels de santé l'alimentent ; ce n'est pas le cas »

« On devrait pouvoir garder un historique du DP au-delà des 4 derniers mois »

« Il y a trop de choses à remplir pour le DMP sur un support pas pratique »

« Le DMP aurait dû exister bien avant et promet un meilleur suivi des patients monde hospitalier/monde libéral »

« Outils nouveaux qui devraient permettre une meilleure coordination des professionnels de santé au profit des patients »

« Nous avons aidé plusieurs personnes à créer leur DMP, mais c'est très long (certains n'ont jamais reçu leur mot de passe) et je le trouve assez difficile d'utilisation »

« DP et DMP devraient être obligatoires ! pour la sécurité des patients souvent mal informés et indisciplinés »

« Nous ne sommes pas des idiots et les patients non plus !!! DMP, point final : le DP était une tentative d'incursion... »

« DMP : gros défi pour l'avenir, dommage que la compatibilité des LGO soit si longue à mettre en place. On ne peut ni consulter ni alimenter le DMP des CR de bilan de médication ou vaccination. Juste les ouvrir, quel dommage, mais on patiente »

« DMP : gros manque d'information et d'implication des médecins, ce qui constitue le frein principal. Sinon, ça serait un outil top s'il était facilement accessible par tous les logiciels (ce qui n'est pas le cas) »

« Nous déployons le DMP, mais pour le moment, aucun médecin ni labo n'en a entendu parler, donc les médecins disent aux patients que ça ne sert à rien, ils ne le rempliront pas ! »

« Pour le moment, je trouve que le DMP n'est pas abouti. Difficile de le consulter et données pas triées »

« DMP encore trop compliqué pour la plupart de mes patients âgés »

« Oui pour l'intégration avec une facilité de consultation »

« Le DP DOIT être le volet médicament du DMP »

« Pas assez de médecins et de labos impliqués »

« Ceux qui refusent ont peur d'être "flickés", sinon sont plutôt enthousiastes à l'idée d'avoir le carnet de santé à travers la carte Vitale »

Tableau 48 : Avis général des personnes ayant répondu au questionnaire en France

Avis général des personnes ayant répondu au questionnaire en Seine-Maritime

« Le DMP reste une notion floue pour moi. Qui va le renseigner et de quelle manière ? Si ce sont les médecins qui sont censés le faire à chaque consultation, j'ai bien peur que ce ne soit pas exhaustif, donc finalement inutile. J'ai arrêté de proposer l'ouverture du DMP quand j'ai vu que le pharmacien n'avait pas accès aux informations qui y sont contenues. Le DP fonctionne très bien et me suffit comme outil en tant que pharmacien »

« Je pense que le DP devrait être obligatoire pour tous les patients, cela éviterait beaucoup de fraudes et de délivrances multiples dans X pharmacies, notamment pour les médicaments à risque (stupéfiants, codéine, anxiolytiques...) »

« Nous pouvons ouvrir des DMP dans les pharmacies, mais nous ne pouvons pas les utiliser. C'est un comble et il est temps que cela change »
« Je me demande si le DMP est bien au point, car mes clients n'arrivent pas forcément à joindre la sécurité sociale avec les codes que je leur ai fournis »
« Le déploiement du DMP semble être une bonne chose, mais espérons que celui-ci ne demeure pas une coquille vide... »
« DMP : bel outil, mais toujours la course au temps pour nous et tellement de choses à faire au comptoir avec le patient... »
« L'idéal pour un bon développement serait d'intégrer la procédure d'ouverture de DP/DMP dans notre LGO »
« Devraient être obligatoires pour tous ! Pas de refus possible du patient »
« J'ai dû zapper des infos pour développer davantage l'ouverture de DMP »
« Trop long à créer, il faudrait une campagne nationale importante »
« Comment est alimenté le DMP ? »

Tableau 49 : Avis général des personnes ayant répondu au questionnaire en Seine-Maritime

Nous notons que parmi toutes ces réponses, il existe de nombreux points communs. Le monde officinal est convaincu de l'utilité de ces outils et les trouve indispensables à la modernisation du système de soin, et notamment vis-à-vis de la sécurité de la prise en charge du patient. Beaucoup regrettent la multiplication des outils ; il est plus difficile de convaincre les patients d'ouvrir ces deux outils, somme toute assez similaires du point de vue du patient vis-à-vis de l'officine. Avec l'arrivée du DMP, nous pourrions penser que les patients décideront plutôt d'ouvrir un DMP qu'un DP. Pour le moment, nous l'avons vu plus haut, et nous le constatons avec les réponses aux questionnaires, le DMP est un outil en cours de travail. Il peut être long et fastidieux de l'ouvrir et le remplir notamment pour les personnes âgées. Les différences entre les deux dossiers sont assez subtiles pour le patient, et pourtant capitales pour sa prise en charge. Nous avons vu au cours du développement de cette thèse que le projet est bien d'intégrer le DP au DMP, mais pour le moment, ce n'est pas encore appliqué. Le DP a été créé historiquement dans l'optique d'être intégré au dossier médical personnel. Ce

dossier ayant beaucoup de mal à se développer, le DP est devenu par conséquent autonome. Aujourd'hui, l'enjeu est de le réintégrer dans le dossier médical partagé avec l'accord du CNOP, mais en lui laissant la gestion. Avec ce questionnaire, nous constatons donc une demande des pharmaciens d'améliorer la prise en charge de leur patient grâce à ces outils, mais également une volonté de simplification et une demande d'accès aux outils.

Ces dossiers sont des enjeux de communications majeurs. Ils sont importants pour le patient comme pour les professionnels de santé, comme le montre le questionnaire, pour la prise en charge optimale du patient. Il est important que tous les professionnels soient convaincus de l'utilité de ces dossiers, car ce sont eux qui vont les remplir, les présenter aux patients pour qu'ils les ouvrent et les remplissent. Ce sont ces professionnels également qui vont devoir les consulter et faire passer les informations importantes pour la prise en charge des patients. Si plus de 90 % des pharmaciens en Seine-Maritime se sentent à l'aise pour la présentation de ces outils, la fréquence nationale est plus faible. Pourtant, il faut savoir présenter et se sentir à l'aise avec ces outils, pour pouvoir convaincre et persuader les patients d'ouvrir et d'utiliser ces outils. Les pharmaciens ne se sentant pas à l'aise avec les outils doivent apprendre à l'être davantage en les manipulant, en se renseignant et en prenant contact avec les instances en charge des dossiers pour refaire un point, ou bien que les personnes en charge de ces dossiers reviennent avec des campagnes de communication auprès des professionnels.

Ensuite, une fois formés sur les dossiers, l'enjeu des professionnels de santé et encore plus des pharmaciens d'officine, sera de convaincre et persuader les patients les plus réfractaires pour leur offrir une meilleure prise en charge, une meilleure offre de soin et un meilleur suivi. Tout l'enjeu sera de communiquer auprès du patient. Nous allons donc développer de façon non-exhaustive les armes à notre disposition pour convaincre et persuader puisque, tout au long de cette thèse, nous avons développé les caractéristiques des différents outils que sont le DP et le DMP.

III. Partie III : Communication

Le but de cette partie est d'étudier les différents moyens que nous pouvons avoir à notre disposition pour convaincre nos patients les plus réfractaires d'ouvrir leur DP ou DMP. Tout au long de cette thèse, nous avons pu détailler de manière factuelle l'intérêt de ces outils, leur façon de fonctionner, leur sécurisation. Cependant, même si nous savons et présentons les bénéfices de ces outils, nous sommes parfois confrontés à des refus, comme l'ont montré les réponses au questionnaire ci-dessus. Nous allons voir comment bien communiquer au sujet de ces outils, en dehors du contenu factuel déjà bien détaillé plus haut.

A. La construction du discours

Pour construire un bon discours, il faut tout d'abord fixer les objectifs que nous voulons atteindre. Il faut pouvoir répondre à 4 composantes essentielles :

- « Qu'est-ce que je veux faire admettre à mon public comme vrai ? » ;
- « Qu'est-ce que je lui donne pour l'admettre ? » ;
- « Qu'est-ce qui me permet de passer des prémices à la conclusion, quelle est la garantie ? » ;
- « D'où je sors cette garantie ? ».

Une fois que nous aurons fixé un objectif et répondu aux quatre questions, nous aurons établi un objectif efficace. Il faudra alors réfléchir si nous pouvons convaincre une personne. Pour cela, nous nous appuierons sur 4 points :

- L'opportunité : mettre en avant que c'est le moment ou jamais ;
- La faisabilité : démontrer que l'ouverture du dossier est la meilleure option, que c'est accessible et réaliste ;
- La moralité : démontrer que l'ouverture est en accord avec des valeurs importantes, ici la santé et la sécurité, et universelles ;
- L'utilité : confronter la personne aux conséquences positives ou négatives de son action ou inaction.

Il faut vérifier si nous avons de bonnes choses à dire sur ces 4 points, c'est le test de solidité de notre argumentation. Nous pourrions ensuite utiliser plusieurs types d'argumentation : les arguments les plus efficaces sont les arguments par les conséquences. Ils facilitent le processus de délibération. L'argument par l'autorité doit être assuré par une autorité authentifiée ; il faut démontrer la qualité de l'autorité, qu'il n'y a pas de conflit d'intérêt.

B. Le contenu du discours

Pour arriver à ce que le patient ouvre son dossier, il va falloir travailler son discours pour qu'il soit convaincant et persuasif, l'un n'allant pas sans l'autre dans un bon discours. Convaincre, c'est le travail que nous faisons sur l'opinion de la personne, et la persuasion, c'est un travail sur ce qui va faire agir le patient, lui faire faire la démarche d'ouvrir et alimenter son dossier. Convaincre, c'est « amener quelqu'un, par des raisons ou des preuves, à reconnaître quelque chose comme vrai ou nécessaire »¹⁰⁰. Persuader signifie, « amener quelqu'un à faire, à vouloir faire quelque chose », « amener quelqu'un à être convaincu de quelque chose, à croire quelque chose »¹⁰¹. Les deux sont indépendants ; nous pouvons convaincre un patient de l'utilité du dossier sans le persuader de l'ouvrir, c'est-à-dire qu'il est conscient et sait que ce dossier est pertinent et utile, mais il ne sera pas pro-actif pour l'ouvrir et l'alimenter.

Pour être efficace, le discours doit présenter le problème, établir un diagnostic et enfin présenter la solution. D'après Aristote¹⁰², dans la rhétorique, il existe 3 formes de persuasion :

- Le logos : c'est une forme qui se base sur la raison, c'est la persuasion par la logique. Il fait appel au côté rationnel de la personne. Nous sommes plus facilement convaincus par une logique forte qui est simple à suivre. Il doit s'appuyer sur des preuves, des faits concrets, des chiffres, et doit être organisé.

¹⁰⁰ Larousse, « Définitions », <https://www.larousse.fr>, ed. Larousse, 2008.

¹⁰¹ Larousse, « Définitions », 2008.

¹⁰² Aristote, *La rhétorique*, ed. Flammarion, 2007.

- L'éthos : c'est le caractère moral de la personne. Il est basé sur la crédibilité de l'interlocuteur, sa réputation. Plus la personne a l'air honnête, intelligente, etc., plus elle est facilement persuadée. Il faut incarner ses valeurs, ce qui peut parfois prendre du temps. C'est pour cela qu'il est souvent incarné dans la vie par le statut social. Faire preuve de courage, d'assurance et d'audace sera d'autant plus important pour appuyer la démarche. Ce sont des valeurs attachées à une personne accomplie avec un haut statut social.
- Le pathos : c'est l'émotion. En fonction de notre état émotionnel, nous sommes plus ou moins enclins à adopter une idée. Le storytelling est un bon exemple de persuasion qui se base sur le pathos. En se basant sur les émotions, passions et valeurs de notre interlocuteur, nous serons plus à même de le persuader. Choisir ses mots en utilisant un vocabulaire spécifique, imagé et connoté est également important. L'idéal est d'associer le storytelling et le pouvoir des mots¹⁰³.

1. Le logos

En se basant sur l'exposé qui a été fait plus tôt dans cette thèse, il devient aisé de présenter les outils en se basant sur des faits. Pour construire le discours en se basant sur la logique, il suffit d'exposer les faits présentés au-dessus et de les appuyer avec les brochures disponibles sur le site du CNOP et sur le site du DMP.

Le logos est la partie non-narrative du discours. Le non-narratif inclut des styles de communication explicatifs et didactiques en impliquant la raison et des preuves. En sciences, nous nous appuyons bien plus sur le non-narratif ; la science avance sur des faits concrets, des preuves et la raison. Mais face à nos patients, il faut changer de mode de communication, car les récits ont tendance à être plus concrets en présentant l'expérience vécue par un autre et ainsi, ils marquent plus la personne.

¹⁰³ Stellino, « Convaincre et persuader », <https://attachments.convertkitcdn.com>, 2019.

2. L'éthos

Le pharmacien a une place particulière dans la société et passe déjà pour une personne qualifiée avec un haut rang social, de la même façon que le médecin. Il est donc à notre avantage dans le discours. Il faudra tout de même présenter l'outil avec assurance. De plus, certaines études ont été faites sur les débits de parole. Il est démontré qu'un débit de parole élevé et assuré, non seulement ne laisse que peu de place aux objections, mais montre également une certaine assurance et maîtrise du sujet. Un débit de parole rapide constitue un signal de crédibilité et vient renforcer la persuasion¹⁰⁴.

3. Le storytelling

Le storytelling, c'est l'art de raconter une histoire. En communication, c'est un outil indispensable dans la persuasion.

Le récit narratif, ou storytelling, possède quatre propriétés fondamentales :

- Surmonter la résistance ;
- Faciliter le traitement de l'information ;
- Fournir des connexions sociales de substitution ;
- Aborder les problèmes émotionnels et existentiels.

C'est un mode fondamental d'interaction humaine : les gens communiquent les uns avec les autres et apprennent le monde qui les entoure en grande partie à travers des histoires. C'est une manière confortable de donner et de recevoir des informations¹⁰⁵. C'est une présentation d'événements et de personnages identifiables par la personne que nous voulons persuader. Il faut que notre interlocuteur puisse s'identifier et se reconnaître dans les personnes présentées pour créer un lien avec les personnages et les événements de l'histoire.

Donc, dans l'objectif de persuader notre patient, d'ouvrir son DP et/ou son DMP, nous n'allons pas nous contenter de lui exposer les faits ci-dessus, nous allons

¹⁰⁴ Miller et al., « Speed of Speech and Persuasion », <https://psycnet.apa.org>, 1976.

¹⁰⁵ Kreuter et al., « Narrative Communication in Cancer Prevention and Control », <https://academic.oup.com>, 2007.

mettre en scène une situation à laquelle il pourrait être exposé, qu'il a déjà vécue, lui ou un proche, ou même encore en partant d'une de nos propres expériences. Cette méthode permettra de marquer son esprit par une histoire, mais pas seulement ; un lien émotionnel va se créer. Jouer sur les émotions sera un autre outil à notre disposition pour persuader. Le poser devant un problème auquel il pourrait être confronté et lui exposer ce à quoi il pourrait être confronté par son inaction. Cela va inspirer une crainte, une peur, celle-ci étant un puissant levier de persuasion.

Nous jouerons alors sur ses émotions. Pour raconter une bonne histoire, il faut partir du mensonge, qui est souvent une idée reçue qu'a le patient. Ensuite, montrer l'obstacle que cette idée génère et qui va mener à une crise. Enfin, expliquer comment cette crise se résout. C'est le même principe que dans les films ; pour convaincre et persuader efficacement, rien ne vaut une bonne histoire.

Nous pouvons également jouer sur l'aversion à la perte de nos patients les plus réfractaires. L'aversion à la perte, c'est mettre la personne devant une opportunité et que celle-ci menace de se fermer à tout jamais. Pour nos patients à la pharmacie, il restera tout de même beaucoup plus simple pour nous de leur présenter le coût de l'inaction sur ce genre d'outil que l'aversion à la perte.

Par exemple, pour mettre la personne en situation concrète : elle fait un malaise dans la rue, une personne prévient les secours. Elle est alors transférée aux urgences. Elle n'a ni DP ni DMP, les urgentistes ne savent donc pas qu'elle est sous anticoagulants, ou allergique à un médicament, la prise en charge est retardée et le mauvais médicament est administré, elle fait une réaction, on ne peut pas la sauver et elle décède. La famille se retrouve confrontée à des questions sur le don d'organe et les directives de fin de vie. Si le DP ou DMP avait été ouvert et renseigné, les urgentistes auraient vu les allergies et les médicaments pris, ils auraient réagi plus rapidement et proposé un autre médicament. Ce qui signifie moins de souffrance pour le patient, moins de risques et un rétablissement plus rapide. Les émotions sont la meilleure de nos armes, en particulier les émotions négatives. Elles permettent de mémoriser plus facilement et elles sont motivantes. Les émotions négatives et les conflits sont les moteurs du storytelling.

Pour que le discours soit convaincant, il faut également bien connaître le patient face à nous, connaître sa psychologie, pour savoir comment l'atteindre, afin de le convaincre et le persuader, mais aussi d'anticiper ses objections.

4. Techniques spécifiques

Dans la construction du discours et de notre argumentaire, nous avons vu qu'il fallait utiliser la logique, les émotions et le paraître. Il existe d'autres méthodes moins importantes, mais très utiles.

Il peut être utile de leur montrer que ce que nous voulons les pousser à faire n'aura pas seulement un avantage pour celui qui parle, mais aussi pour eux.

Il peut être aussi judicieux de créer des incitants. Les incitants peuvent être, entre autres, économiques (il pourrait gagner de l'argent, par exemple). Ils peuvent être sociaux également (amener une amélioration du rang social), ou encore moral (un incitant qui irait dans le sens des valeurs morales du patient). Sur le DP et le DMP, nous pouvons créer un incitant de santé.

Il faudra également veiller à ne pas aller à l'encontre des idées de nos patients. Il faut les écouter et être d'accord avec eux, et néanmoins arriver à la nuance pour progressivement les faire changer d'avis. Il ne faut jamais affronter ce qui pour eux est la vérité. L'attaque de front sera vécue comme une agression et le patient ne sera pas disposé à écouter, et encore moins à se laisser persuader.

Il faut avoir à l'esprit qu'une personne sera plus convaincue si elle peut plus facilement justifier sa décision auprès des autres et sera peu critiquable. Un bon argument sera d'autant plus fort qu'il sera bien mémorisé et réutilisable par la personne qui l'a entendu.

C. Le contexte du discours

Il ne suffit malheureusement pas d'avoir un bon discours pour convaincre et persuader. Il existe de nombreux autres facteurs qui vont faciliter l'intégration du

message, notamment le contexte, l'état émotionnel et physique du patient, son humeur, mais aussi notre posture, notre état également. C'est le non-verbal.

L'attitude des interlocuteurs : une étude de Stanford parle de l' « effet miroir » comme technique de persuasion efficace. Le fait pour le locuteur d'adopter la même posture et les mêmes gestes que la personne qu'elle cherche à convaincre¹⁰⁶. De même une étude a permis de constater qu'une personne est plus facile à persuader après un bon repas (ce qui explique pourquoi les laboratoires offrent régulièrement à manger lors de la présentation de leur produit). Plus nous allons nous éloigner du dernier repas et plus les probabilités de persuader notre interlocuteur sont faibles¹⁰⁷. Quand nous sommes fatigués, nous sommes plus crédules.

Malheureusement, parfois, nous ne pouvons pas convaincre. Il faut le garder à l'esprit, car notre interlocuteur :

- A un esprit fermé ;
- Est attaché à des opinions fortement ancrées ;
- Ce n'est pas le bon contexte, ni le bon moment, ni le bon endroit.

Nous ne pouvons pas convaincre tout le monde, mais cette partie se voulait de donner des pistes pour une bonne communication avec le patient au sujet de ces outils, avoir quelques clés pour pouvoir les convaincre au mieux de l'utilité et de l'importance de ces dossiers.

Conclusion

Nous avons pu voir tout au long de ce travail que ces outils ont fait l'objet de beaucoup de travail et d'attention. Ils ont été développés pour et par les pharmaciens, pour le DP, et par l'assurance maladie, pour les patients et tous les professionnels de

¹⁰⁶ Bailenson et Yee, « Digital Chameleons », <http://pss.sagepub.com>, Psychological Science, 2005.

¹⁰⁷ Danziger, Levav, et Avnaim-Pesso, « Extraneous Factors in Judicial Decisions », <http://www.pnas.org>, Proceedings of the National Academy of Sciences, 2011.

santé, pour le DMP. Ils visent tous les deux une meilleure prise en charge du patient. Ils sont bien connus des professionnels de santé, cependant, peut-être moins du grand public, d'où l'enjeu du pharmacien d'officine, qui par sa répartition sur le territoire français, est sans doute le professionnel le plus accessible. C'est donc au pharmacien qu'il incombe particulièrement de promouvoir et de communiquer autour de ces outils.

La communication est un art et une discipline à part entière qui demande de l'entraînement et un savoir-faire. Un discours ne s'improvise pas. Pourtant, c'est ce qui est demandé aux professionnels de santé, et notamment au pharmacien d'officine : savoir communiquer autour de ces nouveaux outils de prise en charge des patients, que sont le DP et le DMP. Ils sont un enjeu capital dans la prise en charge du patient. Ils réunissent en un lieu l'histoire complète du patient, ils permettent d'affiner un diagnostic, une meilleure prise en charge de celui-ci. Pourtant, le pharmacien est confronté au quotidien aux objections de ces patients, et doit savoir réagir et argumenter, mais également présenter simplement et le plus précisément possible ces outils, leurs avantages, mais aussi leurs inconvénients, en se basant sur des faits, mais pas seulement. Il doit aussi savoir mettre le patient en situation pour lui montrer tout l'enjeu qu'il y a autour de ces dossiers. C'est un enjeu de santé publique qui permet une optimisation des soins, une dispensation optimale et d'éviter des accidents. Ils sont aujourd'hui le lien qui unit les laboratoires pharmaceutiques, les instances gouvernementales de sécurisation des produits de santé et tous les professionnels de santé. Ils sont la clé dans l'avenir du système de santé, permettent d'établir des statistiques sur l'état de santé de la population française, de l'état des stocks de médicaments, une meilleure information et communication interprofessionnelles. Ce sont des dossiers désormais indispensables à la modernisation du système de santé et qui sont au cœur de la prise en charge du patient.

ANNEXE I

Interview de M. Lamendola, délégué de l'assurance maladie et référent DMP de la CPAM de Rouen, ainsi que de M. Mouilleau, conseiller informatique du DMP de la CPAM de Rouen, le lundi 30 septembre 2019.

1) Quelles ont été les régions test du DMP ? Et comment s'est-il déroulé ?

« Il y a eu 9 départements : 22, 80, 94, 67, 25, 31, 37, 63, 64. Il ne s'est fait qu'un accueil dans les CPAM. Le but n'étant pas d'encombrer l'accueil des CPAM lors du déploiement, il a été insisté dans la communication auprès des patients qu'ils pouvaient ouvrir leurs DMP dans les pharmacies, chez tous professionnels de santé, ainsi que sur le web pour les patients affiliés à un CPAM (hors régimes spéciaux). »

2) Est-ce un outil bien accueilli par les professionnels de santé ?

« C'est un outil qui a été présenté en commission paritaire (échange entre les représentants des professionnels de santé (les syndicats professionnels : FSPF, USPO, SMF...) et de l'assurance maladie) et qui a retenu l'attention, et qui a été bien accueilli lors des différentes commissions. Globalement, oui, il est plutôt très bien accueilli, surtout dans les structures hospitalières très demandeuses et très au fait du DMP. Avec la mise à jour des logiciels métiers, c'est d'autant plus facile. Le CHU de Caen l'utilise déjà, celui de Rouen est en cours de mise à jour et devrait l'utiliser sous peu courant 2020. Les cliniques, notamment le Cèdre, qui avait déjà un système interne très proche, a tout de suite participé. La clinique Mathilde nous a contacté pour faire les 1^{ers} essais, ainsi que plusieurs EHPAD, qui commencent à demander également, et que la CPAM compte cibler plus particulièrement, puisque le DMP y a tout son sens et son utilité, en particulier dans ces établissements. Les médecins libéraux sont encore « éloignés », certains sont très demandeurs du DMP, de formations et d'installations dans leur cabinet, d'autres sont de nature à expérimenter et le font sur leur logiciel métier et collaborent avec la CPAM, en leur montrant comment utiliser et/ou accéder à certaines fonctionnalités, ce qui permet aux informaticiens conseils de

développer leur cahier des charges, mais aussi de recruter et former des médecins libéraux utilisant ces mêmes logiciels. Ces mêmes médecins, lorsqu'ils sont contactés pour ces formations/présentations, ne disent jamais non, et sont globalement satisfaits, et se disent prêts à l'utiliser. Plusieurs libéraux ouvrent et alimentent le DMP, les chiffres vont dans le sens d'une augmentation de l'alimentation. Un laboratoire d'analyses médicales a mis ses logiciels à jour, diffuse la vidéo à destination des patients sur le DMP et l'alimente régulièrement. D'autres laboratoires devraient suivre, car désormais, l'ouverture des DMP est incluse dans les conventions signées avec les laboratoires. Un projet de financement est prévu dans l'avenant 10 si 100 DMP sont ouverts avant le 31/12/2020. Un accord est en cours avec les cabinets de radiologie, certains de Rouen sont intéressés et demandeurs. Gros contributeurs et demandeurs de DMP : les maisons pluridisciplinaires de santé, du fait d'une collaboration interprofessionnelle, mais également intraprofessionnelle, permettent de faire passer des informations sur et pour le patient. »

3) *Est-il régulièrement utilisé par ces mêmes professionnels de santé ?*

Avez-vous des chiffres ?

Cf question précédente. « Je vous joindrais par mail un fichier avec les chiffres. Ce que je peux vous dire de tête, c'est que notre département est le meilleur département en France sur l'ouverture des DMP, surtout en pharmacie, et le 4^e ou 5^e en termes d'alimentation. »

4) *Ne trouvez-vous pas que laisser le choix au patient de ce qu'il peut montrer ou non au professionnel de santé crée un biais dans la prise en charge du patient ? Pourquoi laisser une telle liberté face aux professionnels de santé qui sont de toute façon tenus au secret professionnel, à la réserve et au non-jugement de la personne ?*

« C'est une question d'équilibre. Ce choix a été retenu pour que les gens ne fuient pas le DMP, ne se sentent pas obligés. Après, quelqu'un qui veut un DMP

sait que ce n'est pas dans son intérêt de cacher des choses sur sa santé. S'il le fait, où est l'intérêt d'ouvrir un DMP ? Pour le moment, aucune donnée n'est remontée dans ce sens : où des gens cacheraient des informations contenues sur leur DMP. L'idée, c'est de déployer l'outil, de montrer que celui-ci a un intérêt et que les gens l'ouvrent. Si on leur retire tous leurs droits, ils risquent de se braquer. Tout est une question d'équilibre, et c'est celui-ci qui a paru être un meilleur compromis aux équipes du projet DMP. »

5) *D'ailleurs, comment est notifié au professionnel de santé qui le consulte que le dossier est incomplet ?*

« Qu'il s'agisse d'un document que le médecin choisit de cacher à son patient, ou que le patient cache des choses à l'un des professionnels de santé, aucune mention n'est faite d'un quelconque masquage. Aucun masquage de la part d'un professionnel de santé n'est définitif, il y a un temps au bout duquel le document apparaîtra visible au patient. A l'inverse, le patient peut choisir de masquer un document et celui-ci sera masqué jusqu'à mention contraire du patient. »

6) *Comment marche le mode « bris de glace » ?*

« Il existe 2 modes différents :

- Le bris de glace : qui peut être utilisé par n'importe quel professionnel de santé si la personne est inconsciente ;
- L'accès en urgence : accessible au seul médecin régulateur du SAMU.

Le patient peut choisir de bloquer ces deux accès, ou l'un des deux, ou rien. Dans tous les cas, lors de la connexion au DMP d'un patient, le praticien doit avoir obtenu l'accord verbal du patient. Si celui-ci est inconscient, ou dans l'incapacité de donner son autorisation, le praticien peut cocher lors de sa connexion qu'il n'a pas eu l'accord du patient, et donc choisir l'un des deux accès et pouvoir entrer dans le DMP du patient. Dans tous les cas, le praticien doit justifier son intrusion dans un champ de texte qui apparaît dès la sélection d'une des deux

propositions. Cette entrée sera notifiée au patient comme à chaque connexion classique. »

7) *Pourquoi laisser la possibilité au patient de refuser le mode « bris de glace » ?
Il me semble être un des avantages majeurs du DMP.*

« Pour les mêmes raisons que celles évoquées en question 4 : l'équilibre, un parti-pris, et encore une fois, le patient sait où est son intérêt. »

8) *Pensez-vous rendre l'interface plus lisible pour les professionnels de santé, mais aussi le patient ?*

« C'est en cours de développement, l'ergonomie fait partie des nouvelles avancées, des projets 2020 pour le DMP. Toujours en collaboration avec les représentants des professionnels de santé, on pense mettre en place un fil d'historique, différents onglets pour chaque profession, où le médecin pourra mettre son compte-rendu de consultation, un résumé du patient, les pharmaciens y déposeront leurs bilans partagés de médication, un volet pour les médicaments. »

9) *Pourquoi remplir automatiquement le DMP ? Si le patient ne veut pas que les informations soient visibles, qu'il en a averti son praticien, le simple fait que la consultation soit remboursée la fait apparaître dans le DMP ?*

« Parti-pris pour faciliter l'alimentation. Si le patient veut que certains documents ne soient pas inscrits, il doit faire la démarche de les masquer lui-même, c'est lui qui se gère. »

10) *Pourquoi cet outil vous a été confié ?*

« Pour des raisons de confiance qu'ont les patients et professionnels de santé en l'assurance maladie. On n'a jamais entendu parler de données de santé ayant fuité par notre biais. Pour une raison organisationnelle et de praticité, nous

sommes répartis sur tout le territoire, nous fonctionnons déjà en équipe et allons à la rencontre des professionnels de santé sur le terrain. Nous avons donc déjà un lien étroit avec eux. C'est une question de maillage et de force de frappe. »

11) Par quel mécanisme sont sécurisées les données du DMP ?

« Seul l'hébergeur de santé le sait. En ce qui concerne la sécurité : le patient doit s'identifier, entrer son mot de passe, et ensuite entrer son code à usage unique, qui change à chaque connexion et qu'il reçoit par mail ou sms selon son choix. Le professionnel de santé doit quant à lui avoir sa CPS et entrer son mot de passe. »

12) Mesures en cas de fuites ?

« Nous ne savons pas, c'est un secret, c'est l'hébergeur qui s'en occupe, nous n'avons pas la main mise sur ce point. »

13) Le DMP par rapport au DMPersonnel : pourquoi fonctionnerait-il mieux ? Comment expliqueriez-vous le manque d'engouement pour le DMPersonnel, et la vague plutôt positive du DMP ?

« Une meilleure communication auprès des patients, le développement des outils Internet. Il fallait devancer Google et Facebook qui lançaient déjà des outils similaires, mais sans sécurité, et avec un but de revente de données. Une communication d'abord basée sur l'ouverture, donc auprès des patients, dans un premier temps. Une proximité de la part des CPAM. De plus, les associations de patients défendent également l'outil et en font la promotion. Il existe aussi des stands d'information et d'ouverture qui sont organisés sur le territoire dans des établissements de santé, réunions animées par des DAM. De plus, il existe plusieurs avantages : le professionnel de santé n'a pas d'obligation de l'ouvrir. Il peut présenter l'outil au patient et l'inviter à l'ouvrir lui-même. Il n'est pas obligé de perdre du temps avec l'ouverture de l'outil, d'autres personnes peuvent

l'ouvrir. Les logiciels professionnels qui se mettent à jour et sont de plus en plus pratiques à utiliser, facilitent l'accès au DMP et offrent des possibilités et une praticité. L'alimentation du DMP, contrairement au DMPersonnel, ne se fait pas uniquement par le professionnel de santé qui ouvre le DMP. L'alimentation du DMP est automatique, il n'y a rien à faire. »

14) Comment s'est passé le rapatriement des DMPersonnel ? Y a-t-il eu des réactivations, ou les personnes l'ont délaissé ?

« Il y a eu un passage automatique du DMPersonnel vers le DMP, les patients ont reçu une notification. Le DMP est reparti sur la base de ce qui avait déjà été fait sur le DMPersonnel, d'où son design et son ergonomie primaire. 500 000 DMPersonnel étaient créés et encore alimentés pour certains. »

15) Quels sont vos objectifs en termes d'ouverture ?

« 40 millions et 10 millions pour la fin de l'année décembre 2019. »

16) Aujourd'hui, où en êtes-vous de vos objectifs ? Chiffres d'ouverture depuis le début de la campagne de généralisation ?

« Nous en sommes à 7 millions d'ouvertures et plus de 80 % des DMP sont alimentés, contre seulement 50 % il y a 1 an. »

17) Quels sont vos objectifs en termes de santé publique ?

« La coordination des soins, éviter la iatrogénie, une meilleure prise en charge des patients, un décloisonnement ville-hôpital. »

18) Pensez-vous que cela puisse impliquer des économies de santé ? A quelle hauteur ?

« Les économies de santé via cet outil ne sont pas au cœur des objectifs, ils ne seraient qu'un effet secondaire. »

19) Comptez-vous à terme intégrer le DP dans le DMP et bénéficier d'un partenariat avec l'ordre des pharmaciens ?

« Cela fait partie des projets, effectivement. Ça va être en négociation avec l'Ordre, mais c'est un des prochains grands travaux. Peut-être sera-t-il pertinent de l'intégrer sous forme de lien dans la feuille de route ? Je ne sais pas encore, c'est en cours de réflexion. »

20) Pensez-vous que cela serait une bonne idée et pourrait permettre de faire face plus facilement aux ruptures d'approvisionnement ?

« Cela pourrait effectivement, mais aucune information n'est encore disponible à ce sujet. Tout ce que je peux vous dire, c'est que c'est dans les projets, mais encore en pourparlers, je ne sais pas comment cela va se passer. »

21) Quels sont les futurs projets pour le DMP ?

2020 :

- « L'intégration de la vaccination (avec un système de rappel avec notification, soit en prévenant le patient par mail/SMS, soit quand il consulte son DMP, fenêtre pop-up pour le praticien ou le médecin traitant, etc.). Encore une fois, c'est en projet, je n'ai pas encore d'idée précise sur ce qui aura vraiment cours... ;
- Une nouvelle version de l'appli DMP, notamment une fonction où l'application se souviendrait de l'identifiant, comme pour les applications bancaires ;
- La consultation du DMP par les officinaux (nécessite une carte CPS nominative pour toute l'équipe, ce qui n'est pas le cas en ce moment) ;
- L'envoi immédiat du mot de passe lors de la création au patient ;
- L'alimentation du DMP par le médecin du travail ;
- L'intégration du médecin traitant lors de la création (aujourd'hui, lors de la création, le médecin traitant n'est pas requis), la possibilité de le changer ;

- Une amélioration de l'interface, plus ergonomique, plus triée et plus visuelle : l'apparition d'un moteur de recherche par mots-clés (2022), une uniformisation des termes médicaux par codes clés, une restructuration de l'historique, la création d'onglets et de la ligne de vie, toutes les consultations par chronologie des données, des plus anciennes aux plus récentes ;
- Augmenter la communication auprès des professionnels de santé pour leur faire utiliser correctement et facilement les outils. Chaque professionnel de santé doit savoir ce qu'il a à mettre : le médecin traitant, le volet de synthèse ; les laboratoires, leurs analyses ; les infirmières, leurs bulletins de soins infirmiers ; les pharmaciens, leurs bilans de médication partagée, etc. ;
- Plus tard, il est envisagé une ouverture automatique des DMP. Le patient qui ne le souhaiterait pas pourra fermer son DMP. Pour les enfants, la création du DMP automatique pourrait arriver dans un premier temps. A chaque naissance, un DMP serait créé. C'est un projet dans les papiers qui pourrait arriver d'ici 1 à 2 ans selon moi ;
- Il y a eu des améliorations des logiciels officinaux qui ont répondu à un cahier des charges. Certains ont pris de bonnes initiatives, telles que des fenêtres pop-up si le DMP n'est pas encore ouvert, d'autres ont rendu l'outil plus compliqué : signature du patient sur K-pelses, alors que seul l'accord verbal suffit. Il faudra revoir pour rendre le système homogène.

En conclusion, le DMP fait partie d'un vaste projet en chantier : Ma santé 2022¹⁰⁸: le numérique en santé. »

¹⁰⁸ Ministère des Solidarités et de la Santé, « Ma santé 2022 ».

Annexe II

Tableaux des chiffres du DMP en Seine-Maritime, fournis par M. Lamendola, délégué de l'assurance maladie, et référent DMP de la CPAM de Rouen.

Au 13/10/2019	Nombre DMP créés total
Seine-Maritime	131 717
Normandie	361 814
France	7 516 724

DMP – Contribution des professionnels de santé libéraux en Seine-Maritime

Suivi de l'activité DMP des professionnels de santé entre le 1^{er} janvier 2011 et le 30 septembre 2019

Professions	Nombre de professionnels de santé actifs sur le DMP (création et/ou alimentation)
Médecins généralistes	699
Médecins spécialistes	257
Auxiliaires médicaux	460
Pharmacies	373
Centres de santé	2

Dentistes	11
Laboratoires	2
Sages-femmes	28
Total général	1832

DMP – Contribution des professionnels de santé libéraux en Seine-Maritime

Profession	DMP créés année 2019 (jusqu'au 30 sept. 2019)	DMP distincts alimentés année 2019 (jusqu'au 30 sept. 2019)	docs distincts ajoutés année 2019 (jusqu'au 30 sept. 2019)	DMP distincts consultés année 2019 (jusqu'au 30 sept. 2019)
Médecins généralistes	2 566	3 887	7 619	6 181
Médecins spécialistes	58	273	312	539
Pharmacies	29 432	21	68	329
Auxiliaires médicaux	26	1	1	81
Centres de santé	-	-	-	-
Dentistes	2	-	-	10
Laboratoires	-	156	190	6
Sages-femmes	8	5	7	23
Total général	32 092	4 343	8 197	7 169

Bibliographie

- Adenot, I., et D. Maraninchi,. « Convention DP Rappels/Retraits de Lots Médicaments à usage humain », 3 novembre 2011.
<http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/6607/88314/version/1/fil e/CONVENTION+RAPPEL-DE-LOTS-MEDICAMENTS-03-11-2011.pdf>.
- Agence du Numérique en Santé. « Carte de Professionnel de Santé (CPS) », 2020.
<https://esante.gouv.fr/securite/cartes-et-certificats/CPS>.
- Agence du Numérique en Santé. « Messageries de santé : espace de confiance MSSanté », 2020. <https://esante.gouv.fr/securite/messageries-de-sante-mssante>.
- AMELI. « ameli, le site de l'Assurance Maladie en ligne | ameli.fr | Assuré », 2020.
<https://www.ameli.fr/>.
- AMELI. « Tout savoir sur le Dossier Médical Partagé (DMP) | ameli.fr | Assuré », 28 août 2019. https://www.ameli.fr/assure/sante/dossier-medical-partage/tout-savoir-sur-dossier-medical-partage#text_61379.
- Aristote. *La rhétorique*. Flammarion. Garnier Flammarion. Paris, 2007.
- Article L1110-4 - Code de la santé publique - Légifrance. Consulté le 23 novembre 2020.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036515027/.
- Assurance Maladie Rhône. « Déploiement du DMP en Etablissement de Santé », 2018.
http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2018/03/Pr%C3%A9sentation_DMP.pdf.
- Bailenson, J. N., et N. Yee. « Digital Chameleons: Automatic Assimilation of Nonverbal Gestures in Immersive Virtual Environments ». *Psychological Science* 16, n° 10 (1 octobre 2005): 814-19. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2005.01619.x>.
- Bibliothèque numérique de droit de la santé et d'éthique médicale. « GIP-DMP, Groupement d'intérêt public - Dossier médical personnel - Définition - BNDS », inconnu. <https://www.bn ds.fr/dictionnaire/gip-dmp.html>.
- Boaretto, Yann, Michel Gagneux, François Cholley, Phillippe Dumas, et Pascale Romenteau. « Rapport sur le DMP.pdf », novembre 2007.

- http://www.robertholcman.net/public/documents_institutionnels/Rapports_IGAS/igas_rapport_dossier_medical_personnalise_dmp.pdf.
- Brisset, Charles. « Les logiciels de gestion d'officine : fonctionnalités et acteurs. Th D Pharm ». Poitiers, 2014. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01078999/document>.
- CNAM. « DMP : Découvrir le DMP », 2019. <https://www.dmp.fr/ps/je-decouvre>.
- CNIL. Délibération de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 2013-096 § (2013). <https://www.legifrance.gouv.fr/cnil/>.
- CNIL. DELIBERATION n° 2007-367 du 29 novembre 2007. Consulté le 16 novembre 2020. <https://www.legifrance.gouv.fr/cnil/id/>.
- CNIL. « Délibération 2013-096 du 25 avril 2013 - Légifrance », avril 2013. <https://beta.legifrance.gouv.fr/cnil/id/>.
- CNIL. « Délibération 2017-111 du 13 avril 2017 - Légifrance », 13 avril 2017. https://beta.legifrance.gouv.fr/cnil/id/CNILTEXT000034740285?tab_selection=all&searchField=ALL&query=dossier+pharmaceutique&searchType=ALL&typePagination=DEFAULT&pageSize=10&page=1&tab_selection=all#all.
- CNOP. « 50 Propositions de l'Ordre national des pharmaciens - Ségur de la Santé.pdf », 19 juin 2020.
- CNOP. « 50 Propositions de l'Ordre national des pharmaciens - Ségur de la Santé.pdf », 19 juin 2020. <http://www.ordre.pharmacien.fr/layout/set/print/content/download/506575/2294383/version/1/file/50+Propositions+de+l%27Ordre+national+des+pharmaciens+-+S%C3%A9gur+de+la+Sant%C3%A9.pdf>.
- CNOP. « Bonnes+pratiques+de+dispensation-Vweb.pdf », décembre 2016. <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/307443/1559486/version/6/file/Bonnes+pratiques+de+dispensation-Vweb.pdf>.
- CNOP. « Brochure Zoom sur le DP en officine », avril 2019. <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/458310/2110168/version/1/file/brochure-zoom-sur-le-dp-en-officine.pdf>.

- CNOP. « CP - Avec la publication du décret, le DP arrive à l'hôpital », 11 octobre 2012.
<http://www.ordre.pharmacien.fr/layout/set/print/content/download/40050/292426/version/1/file/CP-Avec+la+publication+du+d%C3%A9cret%2C+le+DP+arrive+%C3%A0+l%27h%C3%B4pital.pdf>.
- CNOP. « Gouvernance et conduite du DP - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens », 8 avril 2019. <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Gouvernance-et-conduite-du-DP>.
- CNOP. « Le Dossier Pharmaceutique plus de securite pour votre sante brochure destinée aux patients 2017 », 2017. <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/Le-dossier-pharmaceutique-plus-de-securite-pour-votre-sante-brochure-destinee-aux-patients-2017>.
- CNOP. « Livre vert : Pharmacie connectée & télépharmacie », octobre 2018.
<http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/429898/2024784/version/5/file/Livre+vert+-+Pharmacie+connect%C3%A9e+%26+t%C3%A9l%C3%A9pharmacie.pdf>.
- CNOP. « Messagerie sécurisée de santé : pourquoi est-il important d'en ouvrir une ? - Communications - Ordre National des Pharmaciens », 28 septembre 2018.
<http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Messagerie-securisee-de-sante-pourquoi-est-il-important-d-en-ouvrir-une>.
- CNOP. « Messageries sécurisées de santé : - Communications - Ordre National des Pharmaciens », 24 avril 2013.
<http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Communiqués-de-presse/Messageries-securisees-de-sante>.
- CNOP. « Publication du décret, le DP arrive à l'hôpital - Communications - Ordre National des Pharmaciens », 11 octobre 2012.
<http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Communiqués-de-presse/Publication-du-decret-le-DP-arrive-a-l-hopital>.

- CNOP. « Qu'est-ce que le DP ? - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens », 19 mars 2019. <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP>.
- CNOP. « Rapport d'activité DP 2017 », 2017. <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/425495/2001536/version/1/file/rapport-activite-DP-2017.pdf>.
- CNOP. « Retraits de lots des médicaments - Communications - Ordre National des Pharmaciens », 25 octobre 2011. <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Communiqués-de-presse/Retraits-de-lots-des-médicaments>.
- CNOP. « Vos droits : respect de la vie privée et confidentialité de vos données - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens », 21 décembre 2017. <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Vos-droits-respect-de-la-vie-privee-et-confidentialite-de-vos-donnees>.
- CNOP. « Vos droits : respect de la vie privée et confidentialité de vos données - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens », septembre 2020. <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Vos-droits-respect-de-la-vie-privee-et-confidentialite-de-vos-donnees#s%C3%A9curit%C3%A9>.
- Colin, Cyrille. « Le dossier médical personnel », *ADSP, actualité et dossier en santé publique*, n° 58 (1 mars 2007): 72.
- Cours des comptes. « Rapport cours des comptes DP 2020 », février 2020. <https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-02/20200225-03-Tomell-dossier-pharmaceutique.pdf>.
- Danziger, S., J. Levav, et L. Avnaim-Pesso. « Extraneous Factors in Judicial Decisions ». *Proceedings of the National Academy of Sciences* 108, n° 17 (26 avril 2011): 6889-92. <https://doi.org/10.1073/pnas.1018033108>.
- Démarche Qualité à l'Officine. « Dispensation d'un médicament sur ordonnance.pdf », 14 mai 2020. <https://www.demarchequaliteofficine.fr/view/file/var/site/storage/original/ap>

plication/574798a7935c44dc7ecce14ee06024ff.pdf/P01%20-%20Dispensation%20d%27un%20m%C3%A9dicament%20sur%20ordonnance.pdf.

- DILA, Direction de l'Information Légale et Administrative. « Vie publique.fr Populations : les chiffres pour 2020 | service-public.fr », 2 janvier 2020. <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A13766>.
- DMP. « DMP : Foire aux questions », 2020. <https://www.dmp.fr/patient/faq>.
- DMP. « DMP : Versions », 2020. <https://www.dmp.fr/version>.
- DMP. « Conditions générales d'utilisation du service DMP pour les bénéficiaires de l'Assurance Maladie », 12 septembre 2018. <https://media.dmp.gouv.fr/MPA/ConditionsUtilisation.html>.
- Fieschi, Professeur Marius. « Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins », 2003, 56.
- Hacquin, Lucie, Amélie Ghersinick, et Céline Robert-Tissot. « Contacts presse Caisse nationale d'Assurance Maladie », 2015, 8.
- Huber, J.H. « PHARMACLIENT : Dossier - DMP, dossier médical personnel, DP Dossier Pharmaceutique ». *pharmaclient*, 18 octobre 2015. <http://www.pharmaclient.net/dossier14-DMP.php#s%C3%A9nat>.
- Kreuter, Matthew W., Melanie C. Green, Joseph N. Cappella, Michael D. Slater, Meg E. Wise, Doug Storey, Eddie M. Clark, et al. « Narrative Communication in Cancer Prevention and Control: A Framework to Guide Research and Application ». *Annals of Behavioral Medicine* 33, n° 3 (septembre 2007): 221-35. <https://doi.org/10.1007/BF02879904>.
- Larousse, Éditions. « Définitions : convaincre - Dictionnaire de français Larousse », 2008. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/convaincre/18953>.
- Larousse, Éditions. « Définitions : persuader - Dictionnaire de français Larousse », 2008. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/persuader/59826>.
- Légifrance. « Arrêté du 11 avril 2005 portant approbation de la convention constitutive d'un groupement d'intérêt public - Légifrance », 11 avril 2005. <https://beta.legifrance.gouv.fr/jorf/>.

Légifrance. « Arrêté du 13 juillet 2005 portant fin de fonctions du président du groupement d'intérêt public dénommé « Groupement de préfiguration du dossier médical personnel » - Légifrance », 13 juillet 2005.
<https://beta.legifrance.gouv.fr/jorf/>.

Légifrance. Arrêté du 17 mars 2020 complétant l'arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19 (2020). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/>.

Légifrance. Arrêté du 23 avril 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire (2020). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/>.

Légifrance. « Arrêté du 28 mai 2013 portant désignation des établissements expérimentateurs de la consultation du dossier pharmaceutique par les médecins exerçant dans certains établissements de santé - Légifrance », 28 mai 2013. <https://beta.legifrance.gouv.fr/loda/>.

Légifrance. Avis relatif à la décision du 23 juillet 2020 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie fixant le taux de participation de l'assuré mentionné à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale pour les honoraires dus aux pharmaciens et pour les prestations qu'ils réalisent - Légifrance. Consulté le 23 novembre 2020.
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042285157>.

Légifrance. Code de la santé publique - Article L4241-1, L4241-1 Code de la santé publique § (2000). <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/>.

Légifrance. Décret n° 2008-1326 du 15 décembre 2008 relatif au dossier pharmaceutique, 2008-1326 § (2008). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/>.

Légifrance. « Décret n° 2012-1131 du 5 octobre 2012 relatif à la consultation et à l'alimentation du dossier pharmaceutique par les pharmaciens exerçant dans les pharmacies à usage intérieur - Légifrance », 5 octobre 2012.
<https://beta.legifrance.gouv.fr/loda/>.

Légifrance. « Décret n° 2013-31 du 9 janvier 2013 fixant les conditions de l'expérimentation relative à la consultation du dossier pharmaceutique par les médecins exerçant dans certains établissements de santé - Légifrance », 9 janvier 2013. <https://beta.legifrance.gouv.fr/loda/>.

Légifrance. Décret n° 2015-208 du 24 février 2015 portant sur les durées d'accessibilité et de conservation dans le dossier pharmaceutique des données relatives à la dispensation des vaccins et des médicaments biologiques, 2015-208 § (2015). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/>.

Légifrance. « Décret n° 2017-878 du 9 mai 2017 relatif au dossier pharmaceutique - Légifrance », 9 mai 2017. <https://beta.legifrance.gouv.fr/loda/>.

Légifrance. « Délibération 2006-079 du 21 mars 2006 relative aux DMpersonnel - Légifrance », 21 mars 2006. <https://beta.legifrance.gouv.fr/cnil/id/>.

Légifrance. « Délibération 2007-106 du 15 mai 2007 - Légifrance », 15 mai 2007. <https://beta.legifrance.gouv.fr/cnil/id/>.

Légifrance. Délibération de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (2008). <https://www.legifrance.gouv.fr/cnil/id/>.

Légifrance. Délibération de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 2008-487 § (2008). <https://www.legifrance.gouv.fr/cnil/id/>.

Légifrance. DELIBERATION n° 2007-367 du 29 novembre 2007 - Légifrance (2007). <https://beta.legifrance.gouv.fr/cnil/id/>.

Légifrance. DELIBERATION n° 2008-302 du 17 juillet 2008 (2008). <https://www.legifrance.gouv.fr/cnil/id/>.

Légifrance. « DELIBERATION n° 2010-116 du 6 mai 2010 - Légifrance », 6 mai 2010. <https://beta.legifrance.gouv.fr/cnil/id/>.

Légifrance. « Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0129 du 02/06/1939 (accès protégé) », 2 juin 1939. <https://beta.legifrance.gouv.fr/>.

Légifrance. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, 2004-810 § (2004). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000625158>.

Légifrance. 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 (Titre résultant de la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007), 2007-127 § (2007).

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/>.

Légifrance. LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, 2007-1786 § (2007). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/>.

Légifrance. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 50, 2009-879 § (2009).

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/>.

Légifrance. « LOI n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé - Légifrance », 29 décembre 2011. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/>.

Légifrance. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, 2016-41 § (2016). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/>.

Légifrance. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 97, 2016-41 § (2016). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/>.

Légifrance. « Section 3 : Dossier médical personnel et dossier pharmaceutique (Articles L1111-14 à L1111-24) - Légifrance », 21 juillet 2009.

<https://beta.legifrance.gouv.fr/codes/id/>.

Légifrance. « Section 5 : Dossier médical personnel (Articles L161-36-1 à L161-36-3) - Légifrance », 17 août 2004. <https://beta.legifrance.gouv.fr/codes/id/>.

Meddispar. « Meddispar - Conditions de délivrance », novembre 2019.

<http://www.meddispar.fr/Substances-veneneuses/Medicaments-stupefiants-et-assimiles/Conditions-de-delivrance>.

Miller, Norman, Geoffrey Maruyama, Rex Julian Beaver, et Keith Valone. « Speed of Speech and Persuasion », 1976, 10.

Ministère des Solidarités et de la. « Ma santé 2022 : un engagement collectif ».

Ministère des Solidarités et de la Santé, 22 novembre 2020. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>.

Ministère des Solidarités et de la Santé. « Signaler les effets indésirables d'un médicament - Ministère des Solidarités et de la Santé », 10 octobre 2019. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/signalement-sante-gouv-fr/article/signaler-les-effets-indesirables-d-un-medicament>.

MSSanté. « MSSanté », 2020. <https://mailiz.mssante.fr/reperes-juridiques>.

Ochando, Alexandra. « Contribution des technologies d'information et de communication dans l'exercice de la pharmacie d'officine en France. Th D Pharm ». Toulouse III, 2013.

RCS Bro DMP. « DMP : brochure assuré 2019 », février 2019. <https://www.dmp.fr/documents/brochure-patient>.

Robert, Olivier. « Thèse : La place du Dossier Médical Partagé dans l'exercice officinal. Th D Pharm ». Rouen, 2020.

Robert-Tissot, Céline. « Dossier Médical Partagé : Le service est désormais disponible pour tous », 6 novembre 2018. https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_DMP_-_VF.pdf.

Stellino, Angelo. « Convaincre et persuader », 31 janvier 2019, 1.

Terrier, C. « La communication non verbale », 2013, 10.

USPO. « COVID-19, prix encadrés pour les masques et les SHA jusqu'au 10 janvier 2021 ». *USPO* (blog), 11 juillet 2020. <https://uspo.fr/covid-19-prix-encadres-pour-les-masques-et-les-sha-jusquau-10-janvier-2021/>.

USPO. « Honoraires et prestations, Délai d'écoulement des stocks ». *USPO* (blog), 31 août 2020. <https://uspo.fr/honoraires-et-prestations-delai-decoulement-des-stocks/>.

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.



Bloquet Mélanie

Dossier pharmaceutique et dossier médical partagé : un enjeu de communication pour le pharmacien d'officine au cœur de la prise en charge du patient

Th. D. Pharm., Rouen, 2021, 151

p.

RESUME

A l'ère du tout numérique, et en particulier en santé, il est devenu indispensable de faciliter les échanges de données de santé des patients, mais aussi de les sécuriser, afin de préserver le secret médical et la vie privée de nos patients. C'est de cette idée d'améliorer la prise en charge des patients et de décroiser la ville et l'hôpital que sont nés deux dossiers : le Dossier Pharmaceutique et le Dossier Médical Partagé. Ils vont permettre d'avoir accès à une source fiable et plus ou moins exhaustive d'informations sur le patient. Ils ne sont accessibles qu'aux seuls professionnels de santé avec l'autorisation du patient, et au patient lui-même, ce qui garantit le respect du secret professionnel. Pourtant, aujourd'hui, tout le monde ne possède pas forcément au moins un de ces dossiers. Dans une première partie, ce travail s'intéresse aux différents moyens de communication qui existent pour optimiser la prise en charge du patient. Nous y développons ce que sont le DP et le DMP, mais également leur histoire d'un point de vue chronologique et législatif. Nous présenterons aussi leurs avantages et inconvénients à chacun, mais également leur avenir. Dans une seconde partie, nous verrons par un sondage comment se placent ces deux outils dans le quotidien du pharmacien d'officine. Ce qu'en pense leur patient, ce qu'ils en pensent eux, comment ils s'en servent, et leurs espoirs dans l'avenir de ces outils. Et enfin, dans une troisième partie, seront évoquées quelques astuces de communication pour construire un argumentaire dans l'objectif de convaincre et persuader les patients à ouvrir leur DP et/ou DMP.

MOTS CLES :

Dossier Pharmaceutique, Dossier Médical Partagé, Plan « Ma santé 2022 », Communication

JURY

Président : Mme CONCE-CHEMTOB Marie-Catherine, Maître de Conférence

Membres : Mme Groult Marie-Laure, Maître de Conférence, Docteur en pharmacie
Mme Landa Virginie, Docteur en pharmacie

DATE DE SOUTENANCE : 16 mars 2021