



les cahiers
*de l'Ordre national
des pharmaciens*

COOPÉRATION INTERPROFESSIONNELLE

Décloisonner pour améliorer
le parcours de soins :
10 exemples concrets

10

L'Ordre national des pharmaciens regroupe les pharmaciens exerçant leur art en France, c'est-à-dire les diplômés qui exercent effectivement la pharmacie en métropole ou dans les départements et collectivités d'outre-mer. Il a été créé par une ordonnance du 5 mai 1945.

Ses principales missions, fixées par l'article L. 4231-1 du code de la santé publique, sont :

- > d'assurer le respect des devoirs professionnels ;
- > d'assurer la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession ;
- > de veiller à la compétence des pharmaciens ;
- > de contribuer à promouvoir la santé publique et la qualité des soins, notamment la sécurité des actes professionnels.

L'ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS, C'EST...



**... une personne morale
de droit privé à mission
de service public**

Telle que qualifiée par le Conseil
d'État dans son arrêt
du 7 décembre 1984.



**... une autorité
de régulation**

Doté de pouvoirs administratifs
et juridictionnels, l'Ordre assure
la régulation de la profession
de pharmacien.



**... une organisation
professionnelle**

L'Ordre veille à la compétence
des pharmaciens et contribue,
par ses études démographiques,
à l'amélioration de la connaissance
des ressources pharmaceutiques.



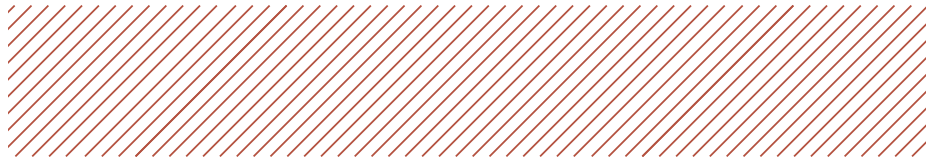
**... un interlocuteur
des pouvoirs publics**

Promoteur de la santé publique,
l'Ordre est consulté
par les pouvoirs publics.



**... le garant du respect
du code de déontologie**

L'Ordre est chargé par le code de la santé
publique d'assurer le respect
des devoirs professionnels.



Sommaire

p. 2
Editorial

p. 3
Le long chemin
du décloisonnement

01. L'exercice coopératif : un nouvel horizon

p. 4
Un cadre réglementaire
et des réalisations

p. 6
Chiffres clés

02. La coopération en pratique

p. 8
L'interprofessionnalité :
une réalité quotidienne pour
de nombreux pharmaciens

p. 10
Accompagnement
des patients, suivi
des maladies chroniques
Dans le Gers, une association
accompagne les patients
diabétiques

p. 11
Accompagnement
des personnes
À Lille, le réseau périnatalité
s'appuie sur un groupe officine

p. 12
Suivi des maladies
chroniques
Patients ostéoporotiques :
pharmaciens et médecins en duo

p. 13
Suivi des maladies
chroniques
Quand l'hématologie éclaire
diagnostic et prise en charge
thérapeutique

Les SISA
p. 14
Être pharmacien en maison
de santé

p. 16
À Dijon, 60 professionnels
regroupés pour optimiser les soins

p. 17
Pharmacien référent
pour un établissement
sans PUI
Une véritable valeur ajoutée
pour les EHPAD

Expérimentation Paerpa
p. 18
Un dispositif de coopération
pour les personnes âgées

p. 20
Grand Nancy : plus
de 120 pharmaciens
d'officine impliqués

p. 21
Bordeaux : une équipe mobile
main dans la main avec
les professionnels de ville

p. 22
Conciliation
médicamenteuse
La coopération décloisonne
la ville et l'hôpital

p. 23
Le DP
Un outil de choix en service
d'urgences pour faciliter
la conciliation médicamenteuse

URPS - pharmaciens
p. 24
Une carte de coordination des
soins pour mieux communiquer

p. 25
Dépister les maladies rénales
chroniques : une mission
de l'URPS

03. À l'étranger

p. 26
Des expérimentations
significatives

**Pour aller
plus loin**
p. 28
Fiche pratique
Formule simplifiée
de création de protocole
pluriprofessionnel

p. 29
Ressources
Sites et publications utiles

Éditorial d'Isabelle Adenot,
président du Conseil national
de l'Ordre des pharmaciens (CNOP)



LES MURS SONT TOMBÉS. LES PONTS-LEVIS SE SONT CONSTRUITS. LES CORPORATISMES SE SONT EFFACÉS.



Un parcours de soins coordonnés pour le patient ? Le concept ne fait pas débat tant il est logique. En réalité, qu'en est-il ? Certes, de tout temps, les professionnels de santé ont coopéré au bénéfice du patient, souvent de manière informelle. Mais, trop souvent encore, ils travaillent chacun séparément. Aujourd'hui, la montée en puissance des maladies chroniques, le développement de la chirurgie ambulatoire, la spécialisation des professionnels de santé et, enfin, la complexification des stratégies thérapeutiques nécessitent d'aller au-delà de ces engagements personnels.

Progressivement, les choses évoluent. La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) et la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) formalisent la coopération interprofessionnelle et la pluridisciplinarité.

SISA, GPS, CTA, PTA, Paerpa, PPS ? Ces sigles ne vous disent rien ? Rien d'inquiétant. Ils sont récents et loin de l'exercice traditionnel. Par ailleurs, affronter l'inconnu est difficile, d'autant plus lorsque l'exercice personnel est complexe, que les moyens manquent ou que le temps ancre les habitudes.

Des confrères se sont lancés. Pour eux, l'exercice en équipe pluriprofessionnelle est devenu réalité. « Les murs sont tombés. Les ponts-levis se sont construits. Les corporatismes se sont effacés. »

Ces expériences ne demandent qu'à se démultiplier. Les outils de partage d'information, les formations initiales et continues communes, les méthodes d'évaluation font partie des moyens pour progresser. Mais pour passer de nouveaux caps, la gouvernance du système de santé devrait aussi évoluer. Le fait que l'Assurance maladie s'occupe des professionnels libéraux et l'État du monde

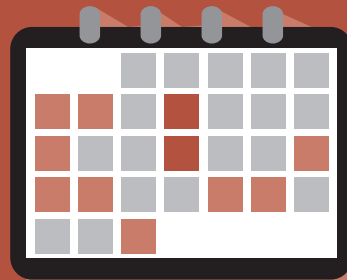
hospitalier et médico-social ne facilite pas la fluidité des parcours de soins ! Tout comme les modes de rémunération des professionnels ou des parcours de soins.

En attendant, vous trouverez quelques exemples précis dans divers domaines, avec des organisations variées. Bien d'autres existent et auraient pu être cités ici. L'objectif n'était pas d'être exhaustif mais de montrer par ces cas concrets que cela existe... et de donner envie. Tous les témoignages se rejoignent : bénéfice pour les patients et exercice professionnel plus motivant !

Alors, lentement mais sûrement, engageons-nous dans ces nouveaux modes d'exercice, au côté des médecins, des infirmiers, des sages-femmes, des kinésithérapeutes, pour renforcer efficacité et qualité des soins. Et pour aller plus loin, regardons ce qui se passe à l'étranger...

Bonne lecture.

LE LONG CHEMIN DU DÉCLOISONNEMENT



Octobre 2003

▪ **publication du rapport Berland « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »**

Rédigé par le doyen d'une faculté de médecine, spécialiste des questions de démographie médicale, ce rapport pose les bases d'un nouveau concept : la délégation d'activités entre professionnels, et principalement entre médecins et paramédicaux.

Août 2004

▪ **vote de la loi de santé publique**

Cette loi autorise la mise en place de cinq expérimentations de délégation d'actes médicaux. Sont concernés les infirmiers, les orthoptistes et les manipulateurs en radiologie.

Juillet 2009

▪ **vote de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST)**

Ce texte fondateur, dans son article 51, formalise le principe de la délégation d'actes et de la réorganisation, entre professionnels, des modalités de prise en charge du patient.

2010

▪ **réforme des études pharmaceutiques Paces**

À la rentrée 2010-2011, la première année des études des quatre professions de santé (médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique) est fusionnée en « première année commune aux études de santé » (Paces).

Août 2011

▪ **loi modifiant la loi HPST et décret d'application du 23 mars 2012 créant les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA)**

Ces textes créent un nouveau type de société permettant aux professionnels d'exercer ensemble dans un environnement juridique formalisé.

Décembre 2012

▪ **loi du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, art. 48 créant les parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa)**

Conçue par le ministère des Affaires sociales et de la Santé, l'expérimentation Paerpa a pour but de prévenir et de limiter la perte d'autonomie des personnes de 75 ans et plus « au travers de 5 actions clés : renforcer le maintien à domicile, améliorer la coordination des intervenants et des interventions, sécuriser la sortie d'hôpital, éviter les hospitalisations inutiles, mieux utiliser les médicaments ».

Avril 2013

▪ **arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de docteur en pharmacie**

Au cours du stage hospitalier, les étudiants sont amenés à exercer des fonctions hospitalières centrées sur le patient et en collaboration avec l'équipe médicale. Ils se familiarisent avec la prescription des médicaments et des examens biologiques, des problèmes posés par le suivi thérapeutique et biologique en relation avec d'autres professions.

Janvier 2016

▪ **loi de modernisation de notre système de santé, art. 74 instaurant les plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes**

« Les fonctions d'appui contribuent à prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables ainsi que les ruptures de parcours de santé. [...] La plate-forme territoriale d'appui vient en soutien à l'ensemble des professionnels sanitaires et sociaux [...] pour les patients relevant d'un parcours de santé complexe. »

Juillet 2016

▪ **décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé**

Ce texte précise le contenu du dossier médical partagé (DMP) ainsi que son accès par le patient et les professionnels de santé. Le DMP doit permettre un partage d'informations traçables et sécurisées entre les professionnels de santé, au service d'un meilleur suivi des patients.

▪ **décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes**

Octobre 2016

▪ **décret n° 2016-1349 du 10 octobre 2016 relatif au consentement préalable au partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins**

Ce texte définit les modalités du recueil du consentement préalable (information, exercice des droits du patient, durée de validité du consentement...).

UN CADRE RÉGLEMENTAIRE
ET DES RÉALISATIONS

Aujourd'hui, le cadre réglementaire permet aux pharmaciens de s'impliquer plus facilement dans l'exercice coopératif. Cependant, les modèles de coopération interprofessionnelle restent encore peu nombreux.

1. Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) n° 2009-879 du 21 juillet 2009 : article 51.

2. Voir fiche pratique - Formule simplifiée de création de protocole pluriprofessionnel, p. 28.

3. Art. 1^{er} de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS).

4. Art. 64 de la LMSS.

5. Les regroupements de professionnels qui, avant la publication de la LMSS, répondaient à la définition des pôles de santé au sens de l'article L. 6323-4 du CSP, deviennent, sauf opposition de leur part, des communautés professionnelles territoriales de santé au sens de l'article L. 1434-12 du CSP.

6. Art. 65 de la LMSS.

7. Art. 74 de la LMSS.

Travailler ensemble pour répondre aux nouveaux défis du système de santé. Tel est l'enjeu qui sous-tend la lente montée en puissance du concept de coopération interprofessionnelle. Au début des années 2000, les tensions naissantes en matière de démographie médicale motivent les premiers travaux. Il n'est alors pas encore question d'exercice pluriprofessionnel, mais plutôt de délégation de tâches. L'idée est de transférer des actes médicaux vers certaines catégories de professionnels paramédicaux. Des expérimentations sont lancées, qui limitent le principe à une quinzaine d'actes, essentiellement en milieu hospitalier. Trois catégories d'acteurs sont concernées : en premier lieu les infirmiers, puis les manipulateurs radio et les orthoptistes.

La loi HPST, un tournant fondateur

C'est en 2009, avec la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST), que la notion de coopération entre professionnels de santé, libéraux comme salariés¹, est formalisée. Entre-temps, d'autres sujets de fond sont venus animer les débats : le vieillissement de la population et la hausse de la dépendance, le poids croissant des pathologies chroniques

qui oblige à modifier l'organisation des soins, la pression financière qui impose une meilleure allocation des ressources... Dans la loi HPST, la coopération interprofessionnelle est étroitement associée à un autre concept : le parcours de soins. L'objectif est d'optimiser les différentes étapes de prise en charge des patients, en incitant notamment les différents professionnels à partager les informations sur leur état de santé.

Le pharmacien enfin associé

Avec la loi HPST, le pharmacien d'officine est enfin admis à participer à la coopération interprofessionnelle. Auparavant, l'officine était uniquement définie comme « l'établissement affecté à la dispensation au détail des médicaments, produits et objets mentionnés à l'article L. 4211-1 du code de la santé publique, ainsi qu'à l'exécution des préparations magistrales ou officinales ». Depuis cette loi, les missions du pharmacien d'officine ont été soit reconnues, soit complétées par l'article L. 5121-1-1 A du CSP. Aux missions obligatoires des pharmaciens d'officine (contribution aux soins de premier recours, permanence des soins...) se sont ajoutées des missions facultatives. Ces dernières offrent la possibilité aux pharmaciens d'officine de participer à l'éducation thérapeu-

tique du patient, d'être pharmacien référent dans un établissement dépourvu de pharmacie à usage intérieur, d'être correspondant au sein d'une équipe de soins. Autant de nouvelles fonctions qui enrichissent le métier et renforcent les liens avec les autres professionnels de santé.

Outre les officinaux, il est également possible d'associer les pharmaciens biologistes et les pharmaciens hospitaliers à la démarche de coopération interprofessionnelle. Les pharmaciens biologistes sont susceptibles, par exemple, d'apporter leur expertise dans le cas de diabétiques équipés de dispositifs de mesure en continu de la glycémie. De même, le pharmacien hospitalier a toute raison d'être associé à la prise en charge collective du patient, pour contribuer à la phase de conciliation médicamenteuse.

Des protocoles à inventer

La loi établit également que les modalités de coopération doivent s'appuyer sur des protocoles de soins², que les professionnels élaborent eux-mêmes, y compris les pharmaciens qui le souhaitent, qu'ils soient en officine, en établissement de soins ou dans un laboratoire de biologie médicale. Ces protocoles sont transmis aux agences régionales de santé (ARS), puis validés par la Haute Autorité de santé (HAS). L'Ordre national des pharmaciens peut être sollicité par les ARS pour recueillir des informations sur l'expérience et la formation des pharmaciens concernés par le projet de coopération.

LMSS, coordonner les soins et partager l'information

Nouvelle étape, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS) renforce la notion de parcours de soins, qui doivent viser « en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité [...] de la prise en charge »³. Elle incite au développement d'équipes de soins primaires –

Interview

Pr Jean-Michel Chabot,

conseiller auprès du président et du directeur de la Haute Autorité de santé

Quel état des lieux dressez-vous de la coopération interprofessionnelle ?

Le constat est double. Un premier point de vue exprime les difficultés et la lenteur de progression de ce dossier au cours des quinze dernières années. Le ministre Jean-François Mattei avait lancé les réflexions dès 2002, en observant que, pour l'essentiel, nos professionnels de santé étaient formés soit en trois ans, soit en dix années et plus d'études. Et qu'il y avait sûrement une opportunité pour former en cinq années des professions « intermédiaires » qui n'existaient pas chez nous, mais qui existaient et semblaient rendre des grands services dans de nombreux autres pays. Cependant, les expérimentations menées, très partielles et plutôt positives, se sont heurtées à de nombreuses résistances et corporatismes. Mais les choses ont changé, jusqu'à faire émerger le point de vue qui prévaut aujourd'hui.

Avant tout, l'exercice en équipe, pluriprofessionnelle le cas échéant, devient un mode d'organisation pratiquement dominant et banalisé pour une majorité de professionnels de santé. Et, dans le cadre d'une équipe constituée, la question d'un « décloisonnement » des activités des uns ou des autres s'envisage beaucoup plus aisément (en particulier sur la base de protocoles pluriprofessionnels dont les équipes se dotent). Les pharmaciens, qui connaissent bien leurs patients, sont bien répartis sur le territoire et disposent de systèmes d'information efficaces, ont un rôle éminent à jouer dans cet exercice regroupé. Ensuite, les formations initiales et continues (diplômantes) qui sont en train de se mettre en place dans le cadre de l'universitarisation de la formation de l'ensemble des professions de santé font que la délicate question de la compétence des professionnels « up gradés » est en voie de résolution [...]. Enfin, la question cruciale des rémunérations devrait également trouver des éléments de solution avec la mise en place de « rémunérations d'équipe », comme c'est déjà le cas dans de nombreux pays comparables.

centres et maisons de santé – pour mieux structurer les modalités de coopération interprofessionnelle⁴. Et elle prévoit, dans le même but, la mise en place de communautés professionnelles territoriales de santé⁵, qui rassemblent acteurs sociaux et acteurs de soins de premier et de deuxième recours sur les territoires de santé⁶. Ces communautés peuvent, dans le cadre du projet régional de santé, conclure un contrat territorial de santé avec l'ARS. Ce qui leur permet d'accéder à des crédits du fonds d'intervention régional (FIR) et de bénéficier des prestations des futures plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes⁷.

Un cadre, mais encore peu de moyens

Si le paysage institutionnel de la coopération interprofessionnelle se précise, il reste encore à améliorer les moyens et les outils pour sa généralisation. Ce qui passera aussi, par exemple, par la montée en puissance du dossier médical partagé et la consolidation des modèles économiques les plus à même d'exploiter tout le potentiel de la dynamique du travail en équipe.

CHIFFRES CLÉS

LA COOPÉRATION ET L'OFFICINE

En avril dernier, l'Ordre a mené l'enquête auprès des pharmaciens d'officine pour évaluer la manière dont la démarche de coopération influençait leur pratique. Voici les principaux résultats de cette enquête.

1. Un intérêt croissant des pharmaciens pour la démarche de coopération



20%

des pharmaciens sont engagés dans une démarche de coopération entre professionnels de santé.

2. Protocoles de coopération : d'abord avec les médecins et les infirmiers

Parmi les pharmaciens engagés dans un protocole de coopération :



Source : enquête réalisée en avril 2016 par l'Ordre national des pharmaciens auprès de 870 pharmaciens (dont 56 % de titulaires de la section A, 32 % d'adjoints de la section D et 13 % de pharmaciens d'outre-mer).

3. Plus de la moitié des pharmaciens participent à l'éducation thérapeutique ou à l'accompagnement du patient

61%

des pharmaciens déclarent participer à l'éducation thérapeutique ou à des actions d'accompagnement du patient.

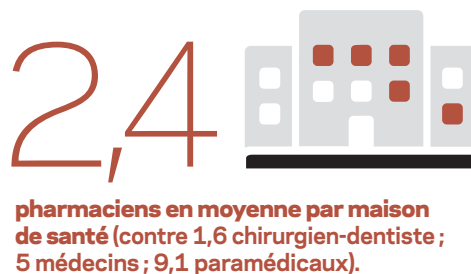
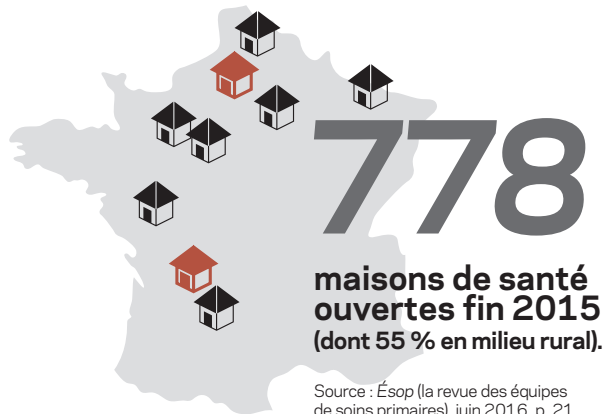


10%

des pharmaciens déclarent être pharmacien référent pour un établissement médico-social dépourvu de PUI (par exemple, un EHPAD).

Source : enquête réalisée en avril 2016 par l'Ordre national des pharmaciens auprès de 870 pharmaciens (dont 56 % de titulaires de la section A, 32 % d'adjoints de la section D et 1,3 % de pharmaciens d'outre-mer).

ZOOM SUR LES MAISONS DE SANTÉ



10%

des professionnels de santé des soins primaires travaillent en équipe.

Source : interview de Pierre de Haas, Press TV News, janvier 2016, <https://is.gd/jMYGK5>.



L'INTERPROFESSIONNALITÉ : UNE RÉALITÉ QUOTIDIENNE POUR DE NOMBREUX PHARMACIENS

Les pharmaciens participent à de nombreux programmes de coopération sur le terrain, en officine, en laboratoire de biologie médicale ou dans les établissements de santé.

Le processus collaboratif se renforce et se structure chez les pharmaciens. « Les coopérations interprofessionnelles que développent les pharmaciens restent largement informelles », observe d'emblée Olivier Catala, pharmacien et chercheur à l'université Lyon 1, qui a poursuivi des recherches sur ce thème. Et, au 31 décembre 2014, sur 38 des 81 protocoles de coopération traités ou en cours d'instruction ayant reçu un avis favorable de la Haute Autorité de santé, la plupart concernaient des relations entre médecins et infirmiers, le plus souvent pour des activités hospitalières¹.

Des freins existent : manque d'habitude du travail en équipe, crainte d'exercer des fonctions qui ne relèvent pas du métier habituel du pharmacien, formation insuffisante, manque de temps...

Néanmoins, les données de l'enquête réalisée en 2016 par l'Ordre national des pharmaciens, auprès de pharmaciens majoritairement d'officine, révèlent que 1 pharmacien sur 5 est engagé en France dans une démarche de coopération. Et plus de 8 pharmaciens sur 10 souhaiteraient participer à une telle démarche, s'ils disposaient des moyens et des informations nécessaires.

Des programmes variés

Qu'ils soient initiés par des acteurs de terrain ou d'origine gouvernementale comme le Paerpa (parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie), les programmes de coopération mettent les pharmaciens en contact avec les médecins, le plus souvent, mais aussi avec les sages-femmes, les kinésithérapeutes, les diététiciens... et les autres pharmaciens, car beaucoup de coopérations renforcent les échanges entre pharmaciens d'établissements de santé et pharmaciens d'officine.

L'intérêt de ces coopérations ? Elles permettent « d'améliorer ses pratiques professionnelles au service des patients », rappelle Anne Ducret, pharmacien d'officine en Côte-d'Or, à l'origine de la création, en 2007, d'un groupement de professionnels de santé avec un médecin généraliste (voir p. 16). Mais, aussi, d'exercer une fonction de pharmacien clinicien, en discutant par exemple avec les autres professionnels de cas patients complexes ou en développant, comme l'a fait Denis Cassaing, pharmacien d'officine dans le Gers, l'éducation thérapeutique auprès des patients (voir p. 10). Autre atout souvent mis en avant : l'occasion de « lever des malentendus, de prévenir des conflits en connaissant le métier de l'autre », explique Isabelle Geiler, qui a décidé de rejoindre à Lille

¹. Haute Autorité de santé. Les protocoles de coopération. Art. 51. Bilan du dispositif. Évaluation 2014 (novembre 2015).

². Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé.

un réseau périnatalité pour mieux accompagner les femmes qui allaitent (voir p. 11).

L'intervention de pharmaciens d'établissements hospitaliers – pour la conciliation médicamenteuse, notamment – rétablit également des ponts indispensables entre ville et hôpital, ainsi que le démontrent les exemples de Stéphanie Mosnier-Thoumas (voir p. 21) et d'Édith Dufay (voir p. 22), pharmaciens au CHU de Bordeaux et au CH de Lunéville.

Enfin, autre élément positif : la modification de l'image qu'ont les malades, les autres professionnels et les pharmaciens eux-mêmes de leur métier. La coopération les replace « au cœur du parcours de soins du patient », comme le souligne René Paulus, président du conseil régional de l'Ordre des pharmaciens de Lorraine (voir p. 20). « Ces relations interprofessionnelles sont attendues par les patients et les rassurent », insiste le Dr Didier Poivret, rhumatologue à Metz, qui a créé en

2013 le programme Sioux de suivi thérapeutique dans l'ostéoporose (voir p. 12).

Quels leviers pour le futur ?

Plusieurs éléments pourraient, dans l'avenir, renforcer le développement des liens coopératifs entre pharmaciens et autres professionnels de santé.

Certains sont liés à la multiplication des rémunérations forfaitaires, comme celles proposées pour les entretiens pharmaceutiques ou les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) en maison de santé (voir p. 14-15).

D'autres sont associés à la diffusion et aux perfectionnements des moyens techniques de transmission interprofessionnelle des données patients : accès au dossier médical partagé, dont un décret, paru en juillet 2016, vient de préciser les modalités d'utilisation² ; évolution souhaitée du Dossier Pharmaceutique pour y intégrer de nouvelles informations comme

celles apportées par la conciliation médicamenteuse (voir p. 22).

« Le développement de logiciels performants et partagés est ainsi un enjeu fondamental pour les pratiques et les coopérations interprofessionnelles, souligne Antoine Prioux, pharmacien d'officine et président de la Fédération limousine des maisons et pôles de santé. Ils permettent de gagner en productivité et en qualité, de faire de la pharmacie clinique, de l'opinion pharmaceutique, de réaliser des dispensations en zone de confidentialité. »

Les évolutions de la formation initiale des jeunes pharmaciens, qui effectuent souvent aujourd'hui des stages en service hospitalier de médecine, et la mise en place du développement professionnel continu (DPC), dont certains programmes sont multidisciplinaires, offrent d'autres perspectives favorables.

Interview

Dr Pierre de Haas,

président de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS)

Quel état des lieux dressez-vous de la coopération interprofessionnelle ?

Elle avance lentement mais sûrement. Il faudra cependant que le cadre réglementaire, qui a déjà commencé à évoluer, permette la mise en place de rémunérations forfaitaires. Ces dernières représentent vraiment l'élément clé pour développer l'exercice interprofessionnel, sur le modèle de ce qui se fait aux États-Unis, où l'objectif des programmes Medicare et Medicaid est que 50 % des rémunérations deviennent forfaitaires pour les patients pris en charge.

Selon l'observatoire de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), plus de 800 maisons de santé ont été créées et il devrait y en avoir plus de 1 000 au 1^{er} janvier 2017. Ce qui fait que, si l'on ajoute les 400 à 500 centres de santé, il existe environ 1 500 équipes de soins primaires en France. Les pharmaciens sont de plus en plus nombreux à créer des maisons de santé. Dans l'avenir, il faudra qu'un pharmacien consultant travaille auprès de chaque équipe de soins primaires, pour améliorer la qualité des prescriptions, suivre les patients et, par exemple, repérer et prendre en charge la survenue d'éventuels effets secondaires dans les jours qui suivent une première prescription.

10 exemples pour une coopération qui « marche »

- 1 Accompagnement des patients**
Patients diabétiques p. 10
- 2 Accompagnement des personnes**
Réseau périnatalité p. 11
- 3 Suivi des maladies chroniques**
Patients ostéoporotiques p. 12
- 4 Suivi des maladies chroniques**
Hématologie p. 13
- 5 SISA**
Des soins optimisés p. 16
- 6 Pharmacien référent pour un établissement sans PUI**
Une valeur ajoutée pour les EHPAD p. 17
- 7 Paerpa**
Une équipe mobile p. 21
- 8 Conciliation médicamenteuse**
Décloisonnement ville-hôpital p. 22
- 9 URPS - pharmaciens**
Une carte de coordination des soins p. 24
- 10 URPS - pharmaciens**
Dépistage des maladies rénales chroniques p. 25

Accompagnement des patients, suivi des maladies chroniques

DANS LE GERS, UNE ASSOCIATION ACCOMPAGNE LES PATIENTS DIABÉTIQUES

Qui ?

Denis Cassaing, pharmacien d'officine adjoint exerçant dans le Gers, lauréat du prix du Cespharm 2013

« Gêné de ne pouvoir répondre à certaines questions des diabétiques, en particulier sur l'alimentation, j'ai eu envie de développer un programme d'éducation thérapeutique du patient. »

Quoi ?

Le programme éducatif « **Mon diabète, je le Gers** », porté par l'association Eduphar, créée par Denis Cassaing, propose deux ateliers, séparés d'une semaine, à des patients diabétiques recrutés par des pharmaciens lors d'un entretien. Par groupes de cinq à huit, dans les locaux prêtés par une dizaine de villes du département, les patients reçoivent, lors de chaque atelier, les conseils d'un des 20 professionnels participant (pharmaciens, médecin diabétologue, diététicienne, éducateur sportif), tous formés à l'éducation thérapeutique des patients (ETP). Après les deux ateliers, les patients bénéficient d'un nouvel entretien avec leur pharmacien d'officine, qui complète les informations données.

Pourquoi ?

« Gêné de ne pouvoir répondre à certaines questions des diabétiques, en particulier sur l'alimentation, j'ai eu envie de développer dès 2011 un programme d'éducation thérapeutique du patient, la loi

HPST (Hôpital, patients, santé et territoire) permettant désormais aux pharmaciens d'exercer ce rôle », explique Denis Cassaing.

Comment ?

« J'ai contacté pour m'aider deux diabétologues du centre hospitalier d'Auch, qui avaient développé l'ETP auprès de leurs patients mais souhaitaient qu'elle soit étendue à des malades diabétiques suivis en ville, pour agir plus précocement », détaille-t-il. Denis Cassaing a ensuite organisé une réunion avec des professionnels de santé pour les informer de son projet.

La plupart des pharmaciens d'officine ont rapidement accepté de participer au programme. « *Les Ordres des pharmaciens et des médecins m'ont fourni d'autres contacts utiles et l'agence régionale de santé (ARS) a donné des conseils pour le montage du programme* », indique Denis Cassaing. C'est ainsi qu'est née l'association loi 1901 Eduphar, à laquelle 52 pharmaciens d'officine ont adhéré. Elle bénéficie d'une subvention annuelle de l'ARS de 250 euros par patient. Les

pharmaciens « recruteurs » reçoivent 20 euros pour chacun des deux entretiens effectués avec les patients, avant et après les ateliers. Une réunion, au minimum annuelle, est organisée avec tous les membres participant au programme pour en évaluer les effets et maintenir les liens.

BILAN

Les officinaux reconnus comme de véritables acteurs de santé

En juillet 2016, 148 patients ont bénéficié d'une cinquantaine d'ateliers.

Les pharmaciens d'officine sont désormais considérés comme de véritables acteurs de santé par les patients. La réunion annuelle et les soirées de formation avec les médecins permettent d'améliorer les pratiques professionnelles et de créer de nouvelles relations interprofessionnelles, telles celles entre pharmacien et diététicien ou éducateur sportif.

Le cadre réglementaire

Art. L. 1161-1 à 5 du code de la santé publique, loi HPST 2009. Les pharmaciens d'officine peuvent participer à l'ETP.

Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'ETP (modifiant l'arrêté du 2 août 2010). Les professionnels de santé doivent, pour dispenser ou coordonner l'ETP, suivre une formation d'une durée minimale de 40 heures d'enseignements pratiques et théoriques.

Accompagnement des personnes

À LILLE, LE RÉSEAU PÉRINATALITÉ S'APPUIE SUR UN « GROUPE OFFICINE »

Qui ?

Isabelle Geiler, pharmacien adjoint en officine dans le Nord et lauréate du prix du Cespharm 2014

« Adhérer à un réseau permet de bénéficier d'une dynamique existante et d'être plus facilement accepté par les autres professionnels. »

Quoi ?

Au sein du réseau périnatalité **Ombrel** (Organisation mamans bébés de la région lilloise), un groupe de 150 pharmaciens d'officine et préparateurs, spécifiquement formés, répond aux questions des mères quand surviennent des problèmes d'allaitement.

Pourquoi ?

« Après mon accouchement, j'ai découvert combien les femmes qui allaitent ont besoin d'être accompagnées lorsqu'elles rencontrent des difficultés (insuffisance de lait, lésions du mamelon...) », se souvient Isabelle Geiler. Or, favoriser l'allaitement maternel est un objectif important de santé publique. Parce qu'il est disponible tous les jours sans rendez-vous, le pharmacien d'officine s'est imposé comme un professionnel particulièrement adapté pour exercer cette fonction de conseil. Début 2010, Isabelle Geiler a donc commencé à développer une activité d'information informelle auprès des jeunes mères au sein de la pharmacie où elle travaille.

Comment ?

À l'automne 2010, sur le conseil de l'agence régionale de santé (ARS), Isabelle Geiler a décidé de rejoindre, pour être plus performante, le réseau de santé en périnatalité Ombrel, qui regroupe 1 500 professionnels. Pour convaincre les autres pharmaciens de s'intéresser à l'allaitement, Isabelle Geiler a, par la suite, organisé une réunion d'information ; 150 pharmaciens d'officine et préparateurs ont alors décidé de rejoindre comme elle le réseau périnatalité, au sein duquel ils se sont organisés en « groupe officine ».

« Nous nous formons grâce à des ateliers, en général trimestriels, qui peuvent être animés par des puéricultrices, des pédiatres... Les frais de déplacement sont pris en charge par l'ARS. Mais les ateliers ne sont pas rémunérés », détaille Isabelle Geiler. Depuis 2015, le groupe peut compter sur des algorithmes développés au cours de réunions interdisciplinaires rassemblant pharmaciens, sages-femmes, puéricultrices et pédiatres du réseau périnatalité. Ces algorithmes, qui guident les pharmaciens via des jeux de questions/réponses,

sont disponibles en ligne sur le site www.pharmallait.fr, financé par l'URPS (Union régionale des professionnels de santé) pharmaciens Hauts-de-France.

BILAN

Des malentendus évités, des programmes équivalents en préparation

L'implication des pharmaciens a été accueillie très favorablement par les professionnels du réseau périnatalité, d'autant que les médecins traitants ne disposent souvent pas du temps nécessaire pour accompagner les femmes qui allaitent. Avec les sages-femmes, les discussions ont permis de lever des malentendus (liés par exemple aux prix des différents tire-lait en location d'une pharmacie à l'autre). Inspirés par cette initiative, d'autres pharmaciens – à Nice, par exemple – envisagent de développer des programmes équivalents d'accompagnement à l'allaitement maternel.

Le cadre réglementaire

Art L. 5125-1-1 A du code de la santé publique. « Les pharmaciens d'officine peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes. »

Suivi des maladies chroniques

PATIENTS OSTÉOPOROTIQUES : PHARMACIENS ET MÉDECINS EN DUO

Qui ?

Benoît Beaudouin, pharmacien titulaire en Moselle, membre de l'URPS pharmaciens Grand-Est et délégué territorial pour la Moselle

« Le pharmacien joue un rôle de sentinelle utile pour le médecin traitant en lui indiquant si le patient continue de prendre son traitement. »

Quoi ?

Le programme Sioux (suivi interprofessionnel de l'ostéoporose par URPS-X) fait intervenir des professionnels de santé hospitaliers ainsi que des pharmaciens (46) et des médecins de ville (51).

Les patients ostéoporotiques sont adressés par le médecin traitant pour un programme d'éducation thérapeutique, organisé au CHR de Metz par un rhumatologue, une diététicienne et un pharmacien hospitalier. Puis, munis d'un carnet de suivi, ils s'engagent à répondre auprès de leur médecin traitant et de leur pharmacien, tous les six mois pendant trois ans, à un questionnaire propre à chaque professionnel de santé, qui apprécie alors le suivi des règles hygiéno-diététiques, ainsi que la compréhension et l'adhésion au traitement.

Le rôle des pharmaciens est d'interroger les patients via un questionnaire spécifique, dans le cadre d'un véritable entretien pharmaceutique. Ils s'assurent que le traitement est compris et observé, signalent éventuellement au médecin traitant les

problèmes de posologie, etc. Ils complètent les informations données au patient par son médecin.

Pourquoi ?

Didier Poivret, rhumatologue à la fois en libéral et au centre hospitalier de Metz, désirait développer un programme d'éducation et de suivi thérapeutiques dans l'ostéoporose, l'adhésion aux traitements s'abaissant à 50 % à un an chez les patients.

Comment ?

Le rhumatologue a d'abord fait appel à l'ARS. Celle-ci n'acceptant de financer le projet qu'à la condition que les URPS y participent, Didier Poivret a donc contacté en 2013 les URPS médecins et pharmaciens de Lorraine, dont Benoît Beaudouin était alors vice-président. « Comme l'URPS médecins, sous l'impulsion du président de l'URPS pharmaciens, nous avons donné immédiatement notre accord à ce programme, qui répondait à un besoin médical important », se souvient-il. L'ARS a alors accordé une subvention

de 63 000 euros, qui a permis de mettre en place le programme, développé en concertation avec une association de patients, l'Aflar (Association française de lutte antirhumatismale). Le remplissage des questionnaires, pour les pharmaciens comme pour les médecins, est rémunéré 20 euros. « Nous assistons tous à une réunion annuelle, rémunérée 120 euros, grâce à un financement des URPS. »

BILAN

Une meilleure écoute des messages essentiels au respect du traitement

Les 120 malades prévus avaient, début 2016, tous été inclus.

« *Sioux a bien fonctionné* », se réjouit Benoît Beaudouin. Certes, il faudra attendre trois ans pour connaître précisément les résultats obtenus en termes d'amélioration du suivi thérapeutique.

« *L'expérience d'une patiente ayant suivi les trois ans du programme m'a totalement convaincu de l'intérêt pour le pharmacien et le médecin de travailler en collaboration. Leurs rôles complémentaires rassurent les patients, et c'est un moyen de répéter, pour plus d'efficacité, les messages essentiels pour le respect du traitement.* »

Le cadre réglementaire

Art L. 5125-1-1 A du code de la santé publique. « Les pharmaciens d'officine [...] peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes. »

Suivi des maladies chroniques

QUAND L'HÉMATOLOGIE ÉCLAIRE DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

Qui ?

Laurence Camoin, pharmacien biologiste et hématologiste, professeur des universités-praticien hospitalier (PU-PH), CHU de la Timone, Marseille

« En organisant la démarche diagnostique, le pharmacien biologiste a un rôle clé pour le parcours de soins du patient. »

Quoi ?

En sus de son travail de recherche clinique et d'enseignement, Laurence Camoin est amenée à poser des diagnostics, à émettre des avis sur la prise en charge thérapeutique des patients atteints de pathologie hémorragique ou thrombotique. Son activité, très spécialisée, exige une interface régulière avec les services d'hématologie clinique ou de médecine interne. Elle l'amène à échanger avec les médecins cardiologues, les chirurgiens vasculaires et cardiaques, les gynécologues-obstétriciens, les internistes, les gériatres, les oncologues du CHU... Elle a aussi des relations régulières avec les médecins de ville, ou consultant à l'hôpital, car ils peuvent lui adresser leurs patients pour prélèvement. Par ailleurs, le laboratoire dont elle dépend est rattaché au centre régional de traitement de l'hémophilie (CRTH), centre de référence des pathologies plaquettaires.

Pourquoi ?

Pour des médecins non hématologues, il peut être délicat de savoir

quels examens choisir pour étayer le diagnostic devant un problème d'hémostase.

Comment ?

Laurence Camoin participe régulièrement à des réunions avec les médecins spécialistes de ville ou hospitaliers, cardiologues, gynécologues-obstétriciens, dans le but d'harmoniser les pratiques en fonction des recommandations et, ainsi, d'adapter pour chaque patient une démarche diagnostique pertinente et la meilleure prise en charge thérapeutique. « Je vais aussi participer prochainement à la formation de l'équipe de pharmaciens hospitaliers du CHU », ajoute-t-elle. En effet, ceux-ci désirent monter, avant le dernier trimestre de l'année 2016, un programme d'éducation thérapeutique auprès des malades cardiaques avec une fibrillation atriale, traités par un nouveau médicament anticoagulant oral dans le service du Pr Jean-Claude Deharo. La première séance d'ETP, qui sera centrée sur la maladie, sera animée par les cardiologues. Les deux autres séances, qui

seront organisées par les pharmaciens hospitaliers, expliqueront aux malades comment agit le traitement, quels sont les risques d'interaction médicamenteuse, etc., sous forme de jeux. « Mon rôle sera d'aider à l'animation des séances éducatives », précise la pharmacienne.

BILAN

Les meilleures solutions thérapeutiques, même dans les cas complexes

« Le partenariat que nous avons développé depuis plus de quinze ans avec les praticiens, hospitaliers comme de ville, permet d'organiser la démarche diagnostique et de trouver ensemble la meilleure solution thérapeutique, en particulier dans les cas complexes. Par exemple, récemment, j'ai aidé des médecins internistes à prendre en charge une malade de 80 ans chez laquelle on suspectait une thrombophilie induite par l'héparine. J'ai proposé un traitement pour une jeune femme enceinte, avec une thrombocytose, adressée par un gynécologue de ville. »

Le cadre réglementaire

Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'ETP (modifiant l'arrêté du 2 août 2010). Les professionnels de santé doivent, pour dispenser ou coordonner l'ETP, suivre une formation d'une durée minimale de 40 heures d'enseignements pratiques et théoriques.



Les SISA

ÊTRE PHARMACIEN EN MAISON DE SANTÉ

Les pharmaciens sont de plus en plus nombreux à rejoindre les maisons de santé. Au sein de ces structures, ils coopèrent au quotidien avec les autres professionnels pour optimiser les prescriptions, éduquer les patients.

Les maisons de santé, dites « dans les murs » (où les professionnels exercent leurs missions en un lieu partagé, par contraste avec les pôles de santé « sans murs », sans local commun), associent au moins deux médecins et un autre professionnel de santé exerçant dans le même lieu et peuvent comporter une officine. Implantées dans 55 % des cas en milieu rural*, mais avec une présence variable selon les régions, elles se différencient des centres de santé, où les professionnels sont salariés ou vacataires. « On constate actuellement, comme pour les infirmiers, un mouvement d'intérêt pour

l'exercice au sein de ces structures chez les pharmaciens », indique le Dr Pierre de Haas, qui a créé une maison de santé dans l'Ain et préside la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS).

Comment créer une maison de santé ?

« Pour se lancer, on peut s'organiser en loi 1901, ce qui permet déjà d'échanger pour établir un projet de santé, et même de bénéficier de financements du fonds d'intervention régional (FIR) sur des projets de santé publique intéressant le territoire, conseille le Dr Pierre de Haas. La création d'une société civile de moyens (SCM) est utile si les professionnels veulent partager un secrétariat, mais ne concerne pas les pharmaciens, qui sont soumis à la TVA, à la différence des autres professionnels. Le statut de société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) permet d'accéder à un financement forfaitaire par l'agence régionale de santé, par exemple pour assurer la rémunération d'un salarié coordinateur, rétribuer les participations aux réunions, organiser l'éducation thérapeutique (forfait de 250 euros par patient

« Le pharmacien de maison de santé est perçu, en tant qu'expert du médicament, comme un membre à part entière de l'équipe de soins par les autres professionnels. »

Norbert Flaujac,
pharmacien titulaire
au sein d'une maison de santé

* Éso, La revue des équipes de soins primaires n° 1, juin 2016.

Lexique



Maison de santé

Une maison de santé est « [...] constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens [...] » (art. L. 6323-3 du CSP).



Pôle de santé

Un pôle de santé est constitué « entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé [...], des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération

sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale ». Il assure des activités de soins de premier recours, voire de second recours, des actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire.

Source : Fédération française des maisons et pôles de santé.

par an, en général), ou encore pour acheter des systèmes d'information, qui seront partagés. »

Comment travaille-t-on en maison de santé ?

Les différents professionnels, médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes..., peuvent collaborer avec d'autres professionnels médicaux ou paramédicaux extérieurs qui assurent des soins au sein de la structure. « Certaines maisons de santé, comme celle de Pont-d'Ain, accueillent aussi un pôle sanitaire et social », signale Norbert Flaujac, pharmacien titulaire au sein de la maison de santé de Pont-d'Ain et conseiller de l'Ordre pour le département de l'Ain. Les professionnels élaborent ensemble des protocoles de soins, coordonnent les parcours de soins et se réunissent pour discuter et mieux prendre en charge les patients complexes. « La rémunération allouée par l'ARS à la maison de santé est définie, en fonction d'un cahier des charges, selon le pourcentage de patients ayant bénéficié d'une coordination des soins, le nombre de protocoles de soins rédigés chaque année (souvent quatre ou cinq) », explique le Dr Pierre de Haas.

Pharmacien en maison de santé : une fonction reconnue par les autres professionnels

« Accessible sans rendez-vous, le pharmacien est le premier à voir certains patients, qu'il peut donc immédiatement orienter vers les professionnels paramédicaux ou médicaux compétents en cas de problème de santé », explique Norbert Flaujac. Le fait d'être sur place est ainsi un atout indéniable. « En maison de santé, le pharmacien, qui a souvent accès aux données cliniques, participe à la rédaction des protocoles de soins, anime des réunions sur les prescriptions, voit son rôle éducatif renforcé et trouve toute sa place en tant qu'expert du médicament. » Et même si M. Flaujac ne cache pas qu'il n'est pas toujours évident de faire sa place dans une équipe où est souvent privilégié l'axe médecin-infirmier, il souligne qu'exercer en maison de santé « apporte beaucoup de satisfaction personnelle et valorise le diplôme acquis ».

« Environ 400 maisons de santé utilisent aujourd'hui les nouveaux modes de rémunération. »

Dr Pierre de Haas,

médecin généraliste au sein d'une maison de santé, président de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS)

Le cadre réglementaire

> Maisons de santé

- Art. L. 6323-3 du CSP, modifié par l'art. 39 de la loi HPST 2009, puis par l'art. 2 de la loi du 10 août 2011, puis par l'art. 118 de la LMSS de 2016
- Cahier des charges de la DGOS

> Sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA)

- Créées par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011, modifiant la loi HPST de 2009, les SISA doivent, au minimum, comporter deux médecins et un auxiliaire médical. Les pharmaciens peuvent créer une SISA depuis la parution, le 25 mars 2012, du décret d'application n° 2012-407 des articles L. 4041-1 et suivants du CSP.

Sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA)

À DIJON, 60 PROFESSIONNELS REGROUPÉS POUR OPTIMISER LES SOINS

Qui ?

Anne Ducret, pharmacien titulaire d'officine en Côte-d'Or, vice-présidente du groupement des professionnels de santé (GPS) du Grand Ouest dijonnais (GOD)

« La concertation entre professionnels de santé améliore les compétences de chacun et rend l'équipe de soins primaires autour du patient plus efficiente. »

Quoi ?

Le GPS du Grand Ouest dijonnais fonctionne comme un pôle de santé « sans murs ».

Il rassemble actuellement une soixantaine de professionnels de toutes disciplines dont cinq pharmaciens, qui exercent sur un territoire de 20 000 habitants en périphérie de Dijon.

Il propose des ateliers éducatifs aux malades asthmatiques, diabétiques ou à risque cardiovasculaire, dont certains sont animés par les pharmaciens. Il organise des réunions sur la santé à destination des responsables de collectivités locales.

Ses membres ont également développé, dans un local, la télémédecine avec le CHU de Dijon (oxymétrie et mesure ambulatoire de la pression artérielle).

Pourquoi ?

En 2007, le Dr Jean-Paul Feutray, médecin généraliste, et Anne Ducret ont décidé de suivre l'exemple du GPS du Pays beaunois, fondé en 2002, et de créer le GPS du Grand Ouest dijonnais (GPS GOD), dans le cadre d'une association loi 1901.

« Nos intentions, en fondant ce groupement, étaient d'optimiser les soins en milieu rural en développant la concertation entre professionnels de santé et de lutter contre la désertification médicale », souligne Anne Ducret. « L'efficacité de la pluridisciplinarité de terrain est essentielle pour améliorer la qualité de la prise en charge personnalisée des patients en situation complexe ».

Comment ?

Tout a commencé, en 2007, par une soirée d'information organisée avec l'ensemble des professionnels sanitaires et sociaux du territoire, et les élus, visant à recueillir leurs besoins et à développer un projet commun. L'Urcam (Union régionale des caisses d'assurance maladie) a rapidement débloqué des fonds, ce qui a contribué à fédérer la dizaine de professionnels impliqués alors.

Neuf mois plus tard, l'étape décisive a été le recrutement de salariés (grâce au statut associatif du groupement). Aujourd'hui, les fonds de l'Urcam et de l'agence régionale de santé (ARS) sont utilisés pour financer un coordinateur et quatre infirmières coordinatrices

salariés, en charge de la conception de dossiers de soins à domicile, intégrant les données sociales.

Parmi les membres du GPS GOD, les 26 professionnels de santé organisant l'éducation thérapeutique du patient (ETP) sont rémunérés à raison de 30 euros l'heure.

Des réunions régulières entre les membres du GPS donnent l'occasion d'échanger sur des thématiques larges (les médicaments génériques, par exemple), aussi bien que d'analyser en commun certains cas patients complexes.

BILAN

Une offre de soins renforcée et plus efficace

Les bénéfices obtenus par la création du GPS GOD ont été nombreux :

éducation de 250 patients, professionnalisation des relations entre acteurs de soins, installation sur le territoire de médecins...

Anne Ducret ajoute : « Notre rôle s'est renforcé depuis la nouvelle LMSS. Nous sommes devenus en juillet 2016 plate-forme territoriale d'appui. L'ARS nous a mandatés pour aider à la coordination des soins sur le Grand Dijon, qui rassemble 1 780 000 habitants. Nous coopérons étroitement avec le GPS de l'Est dijonnais, et avec celui de la Côte-d'Or. »

Le cadre réglementaire

Art. n° 2016-919 du 4 juillet 2016 (LMSS) et art. 74 de la LMSS 2016.

Pharmacien référent pour un établissement sans PUI

UNE VÉRITABLE VALEUR AJOUTÉE POUR LES EHPAD

Qui ?

Pierre-Marie Pelamourgues, pharmacien d'officine titulaire en Saône-et-Loire, pharmacien référent, depuis 2009, pour l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) public du centre hospitalier Les Marronniers de Toulon-sur-Arroux

« La fonction de pharmacien référent est passionnante mais chronophage. Elle devrait être mieux reconnue, notamment sur le plan financier. »

Quoi ?

En plus de sa fonction de pharmacien dispensateur, Pierre-Marie Pelamourgues intervient auprès du centre hospitalier Les Marronniers pour élaborer les recommandations de bonnes pratiques de préparation des doses à administrer (PDA). Il vérifie que les posologies sont bien respectées et les médicaments, bien utilisés par les équipes (par exemple, pas de médicament en trop ou en moins dans les semaines préparés par les infirmières de l'EHPAD). Il anime aussi des réunions sur le médicament pour les équipes de l'établissement. *« Plus globalement, j'exerce un rôle de conseil auprès des médecins de l'EHPAD et des médecins traitants »*, complète le pharmacien. Des conseils qui peuvent, par exemple, porter sur les prescriptions - notamment pour les médicaments de fin de vie - ou sur l'utilisation de protocoles d'antibiothérapie pour répondre aux demandes du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN).

Pourquoi ?

« J'ai accepté cette fonction pour enrichir mon métier de pharmacien d'officine et travailler en collaboration », résume Pierre-Marie Pelamourgues. Dans ce but, il collabore également au fonctionnement du service de soins de suite du centre hospitalier.

Comment ?

Sur le plan technique, les ordonnances sont adressées à Pierre-Marie Pelamourgues par les médecins traitants et les équipes de soins de l'EHPAD, grâce à un logiciel de transmission sécurisé (Osiris), ce qui simplifie son travail de validation des ordonnances. Sur le plan humain, le respect du bon circuit du médicament nécessite une coopération étroite avec les infirmières et le médecin coordonnateur de l'EHPAD, ainsi qu'avec les médecins prescripteurs, que le pharmacien référent rencontre fréquemment. *« Si l'on communique bien auprès des équipes sur le rôle*

du pharmacien référent, les équipes de soins sont, selon mon expérience, demandeuses de notre participation au fonctionnement de l'établissement », souligne-t-il.

BILAN

Un parcours de soins amélioré pour les patients âgés

L'intervention d'un pharmacien référent représente une véritable valeur ajoutée pour un EHPAD et améliore le parcours de soins des patients âgés. *« Nous connaissons, en effet, souvent plus régulièrement que les médecins, ces malades fragiles, dont nous analysons les ordonnances durant plusieurs années de suite »*, explique Pierre-Marie Pelamourgues. Cette fonction des pharmaciens d'officine modifie aussi les relations entre professionnels en contribuant à décloisonner les métiers de pharmacien et de médecin.

Le cadre réglementaire

Art. L. 51.26-6-1 du CSP loi HPST 2009.
Les pharmaciens d'officine adjoints ou titulaires peuvent assurer une fonction de pharmacien référent pour les établissements (EHPAD) ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur (PUI) ou non membres d'un groupement de coopération sanitaire gérant une PUI.



Expérimentation Paerpa

UN DISPOSITIF DE COOPÉRATION
POUR LES PERSONNES ÂGÉES

Conçue par le ministère des Affaires sociales et de la Santé, l'expérimentation Paerpa (parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) a pour but de préserver l'autonomie des personnes de 75 ans et plus, au travers de cinq actions clés.

L'expérimentation du dispositif Paerpa s'appuie sur « *cinq actions clés : renforcer le maintien à domicile ; améliorer la coordination des intervenants et des interventions ; sécuriser la sortie d'hôpital ; éviter les hospitalisations inutiles ; mieux utiliser les médicaments* ».

Déployée sous la responsabilité des agences régionales de santé (ARS) dans neuf zones géographiques au départ, en 2014¹, l'expérimentation va être élargie à 16 territoires pilotes dans toutes les régions françaises, a annoncé le 16 juin 2016 Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé. Ce qui portera à 550 000 le nombre de personnes âgées en bénéficiant, contre environ 200 000 auparavant. Cette extension s'inscrit dans les dispositions de la loi de modernisation du système de santé (équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé, plates-formes territoriales d'appui, groupements hospitaliers de territoire...) et tient compte, pour l'action gériatrique, des dispositions de coordination entre les ARS et les départements prévues

dans la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement². Le Paerpa pourrait être généralisé dans un second temps si l'évaluation était favorable, indique le ministère.

Le Paerpa en pratique

En pratique, le médecin traitant ou l'équipe de soins hospitalière demande que le patient âgé de la région concernée bénéficie du dispositif. Puis, le médecin traitant rédige un plan personnalisé de santé (PPS), selon un modèle validé par la Haute Autorité de santé, pour coordonner les soins de proximité.

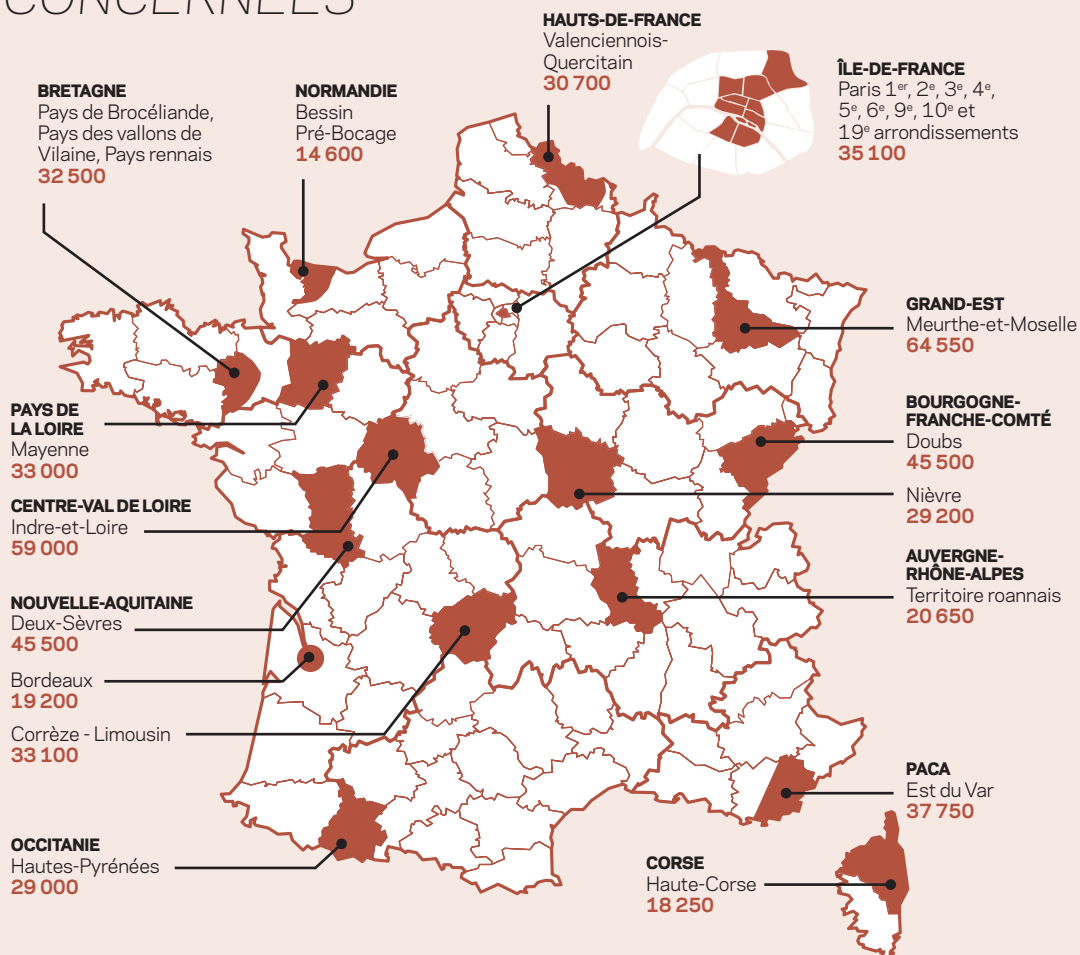
Les professionnels participant à la prise en charge du patient âgé – médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes (en relation avec d'autres professionnels : ergothérapeutes, professionnels de l'éducation physique adaptée...) – bénéficient d'une formation et communiquent par le biais d'un carnet de liaison laissé au domicile du patient et d'une messagerie sécurisée.

¹. Bordeaux, sud-est de l'Indre-et-Loire, Nord parisien, Corrèze, Grand Nancy, Hautes-Pyrénées, Mayenne, Valenciennois-Quercitain, nord de la Nièvre.

². Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

LES TERRITOIRES PAERPA

PRÈS DE 550 000 PERSONNES ÂGÉES CONCERNÉES



En savoir plus

- **Ministère des Affaires sociales et de la Santé**
Le dossier complet « Dispositif Paerpa »
<https://is.gd/eHLkHn>
- **Fondement juridique des expérimentations Paerpa**
Art. 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013
- **Cahier des charges national du Paerpa**
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc_paerpa.pdf
- **Plan personnalisé de santé**
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps

Un territoire dans chaque région

L'ensemble des acteurs territoriaux est mobilisé pour participer à ces dispositifs pilotes qui se mettent en place progressivement : conseils départementaux, professionnels de santé, établissements de santé et médico-sociaux, secteur social, assurance maladie, assurance vieillesse, etc.

Source : ministère des Affaires sociales et de la Santé, juin 2016.

GRAND NANCY : PLUS DE 120 PHARMACIENS D'OFFICINE IMPLIQUÉS

Avec 616 professionnels de santé impliqués, dont 121 pharmaciens officinaux, l'expérimentation Paerpa Grand Nancy permet de maintenir à domicile des patients de 75 ans et plus en état de fragilité. Repérer les patients concernés, informer les médecins, faciliter les échanges, évaluer le suivi des traitements... le rôle des pharmaciens est central, et il peut encore prendre de l'ampleur.

« Lancé à l'automne 2014, le Paerpa Grand Nancy, au 31 mai 2016, concernait 121 pharmaciens d'officine, 236 médecins traitants, 174 infirmiers et 85 kinésithérapeutes », indique René Paulus, président du conseil régional de l'Ordre des pharmaciens de Lorraine. Une belle réussite pour cette expérimentation, qui a su mettre en œuvre le cahier des charges et les objectifs des Paerpa (voir p. 18). Soit favoriser le maintien à domicile des patients de 75 ans et plus, « grâce au rôle pivot du médecin traitant, qui travaille en coopération avec pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes... », souligne René Paulus.

Repérer les sujets âgés en état de fragilité et informer

Le rôle des pharmaciens dans ce dispositif ? Il consiste, en sus de leurs fonctions habituelles de conseil et de délivrance des médicaments et dispositifs médicaux, « à assurer le repérage des sujets âgés en état de fragilité, grâce à la grille SEGA-A (Short Emergency Geriatric Assessment), rappelle Patricia Guirlinger, pharmacien d'officine en Meurthe-et-Moselle. Les pharmaciens, après

« Il est essentiel que les pharmaciens bénéficient d'une contrepartie financière pour s'investir davantage dans le Paerpa, notamment s'agissant de la conciliation médicamenteuse. »

Patricia Guirlinger,
pharmacien d'officine en Meurthe-et-Moselle

repérage d'un état de fragilité, informement le médecin traitant pour lui proposer de faire entrer la personne dans le Paerpa et de rédiger un plan personnalisé de santé (PPS). Puis ils contactent la coordination territoriale d'appui (CTA), mise en place par l'ARS pour faciliter techniquement les échanges entre professionnels. »

Évaluer le suivi d'un traitement avec un pilulier électronique

Deux actions distinguent le Paerpa Grand Nancy d'autres expérimentations analogues. Un pilulier électronique, d'abord. Les pharmaciens participants peuvent en effet s'appuyer sur ce pilulier pour évaluer le suivi d'un traitement. Trente-trois personnes en ont bénéficié. À signaler, ensuite, l'implication d'une trentaine de pharmaciens d'officine depuis mai 2016 et sur demande de l'ARS dans des actions de conciliation médicamenteuse.

Identifier les points d'amélioration et vaincre les réticences

Pour les pharmaciens, l'expérimentation Paerpa se révèle globalement positive. « Cependant, il persiste des points à améliorer pour que leur implication soit plus active, nuance

la pharmacienne lorraine. Comme le fait qu'ils n'ont pas accès aux données cliniques des patients mais seulement aux données médicamenteuses et biologiques, ou que les réévaluations des PPS, prévues normalement tous les six mois, ne leur sont pas toujours communiquées à temps. Ou encore le fait que certains médecins restent réticents à ce qu'ils fassent une conciliation médicamenteuse », déplore Patricia Guirlinger.

Chiffres du Paerpa

1 194
plans personnalisés
de santé créés

166
hospitalisations évitées
(source : médecins traitants)

248
personnes âgées ont bénéficié
d'une activité physique adaptée
à leur domicile

30 euros
la rémunération des pharmaciens
pour un acte de repérage d'état
de fragilité



Paerpa

UNE ÉQUIPE MOBILE MAIN DANS LA MAIN AVEC LES PROFESSIONNELS DE VILLE

Qui ?

Stéphanie Mosnier-Thoumas, pharmacien hospitalier au sein de l'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité du CHU de Bordeaux

« Nous favorisons le maintien à domicile, veillons à limiter la iatrogénie, et nous cherchons à établir un état des lieux de la santé des personnes âgées fragiles. »

BILAN

Des médecins traitants et des pharmaciens d'officine bien accompagnés

Environ 150 patients âgés ont bénéficié d'une évaluation gériatrique. « Notre impression est que les médecins traitants sont satisfaits, car beaucoup renouvellent les demandes d'intervention », se réjouit Stéphanie Mosnier-Thoumas.

La réception de la fiche d'optimisation thérapeutique aide également les pharmaciens d'officine à adapter leurs conseils, en tenant compte des éventuelles modifications de traitement, des données cliniques résumées dans la fiche. Ils peuvent donc mieux accompagner les patients âgés dans leur parcours de soins.

Reste qu'il n'est pas possible d'assurer une évaluation extérieure pour tous les patients - tous n'en ont d'ailleurs pas forcément besoin. Le pharmacien d'officine a donc un rôle essentiel à jouer dans la prévention de la iatrogénie, qui est un problème majeur. « Il faudrait, dans l'avenir, lui donner les moyens (rémunération, accès aux données patients, réalisation d'un entretien annuel au domicile des malades) pour effectuer des conciliations médicamenteuses en ville. Ces conciliations devraient concerner les patients tout au long de leur parcours de soins, et pas seulement à l'hôpital », fait valoir Stéphanie Mosnier-Thoumas.

Quoi ?

Une unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle créée en septembre 2015 dans le cadre du Paerpa (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) intervient, à la demande du médecin traitant ou de la plate-forme autonomie seniors, chez les personnes âgées de plus de 75 ans, en risque de perte d'autonomie, résidant à Bordeaux. Dans ce cadre, Stéphanie Mosnier-Thoumas, en collaboration avec le médecin gériatre, réalise une conciliation médicamenteuse et une proposition d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse. « Je rédige, à partir de l'ensemble des données concernant les médicaments, une fiche de proposition d'optimisation thérapeutique, que je complète par des données cliniques et des références bibliographiques, détaille-t-elle. Elle est adressée, jointe au courrier médical, au médecin traitant ainsi qu'au pharmacien d'officine par messagerie sécurisée ou, à défaut, par courrier postal. »

Pourquoi ?

« Un des objectifs de notre équipe, comme pour tout Paerpa, est d'améliorer, grâce à la pluridisciplinarité, le parcours de soins des personnes âgées, pour favoriser leur maintien à domicile et limiter la iatrogénie. Par ailleurs, nous cherchons à établir un état des lieux de la santé des personnes âgées fragiles vivant à domicile. »

Comment ?

Le pharmacien bordelais a conçu un questionnaire remis au médecin gériatre de l'équipe, qui se déplace au domicile des personnes âgées en situation de fragilité (troubles cognitifs, problèmes sociaux...), accompagné de l'infirmière et de l'assistante sociale de l'équipe, pour réaliser une évaluation gériatrique. Ce questionnaire permet de recueillir des informations sur le traitement médicamenteux et son suivi, qu'il transmet ensuite au pharmacien. « Je complète ces informations en contactant le pharmacien d'officine de la personne âgée et en me rendant parfois aussi, à mon tour, à son domicile », précise Stéphanie Mosnier-Thoumas.

Conciliation médicamenteuse

LA COOPÉRATION DÉCLOISONNE LA VILLE ET L'HÔPITAL

Qui ?

Édith Dufay, pharmacien au centre hospitalier de Lunéville

« Il faudra demain que les pharmaciens hospitaliers soient, comme cela se passe déjà au CHU de Nîmes, intégrés aux équipes de soins et que nous puissions utiliser le DP à la sortie du patient en y intégrant les données de la fiche de conciliation. »

Quoi ?

Édith Dufay a mis en place en janvier 2010 un programme de conciliation des traitements médicamenteux à l'admission des patients de plus de 65 ans hospitalisés par le biais des urgences. Ce programme a ensuite été étendu aux patients hospitalisés en unité de long séjour, en EHPAD, en HAD, quel que soit leur âge, et à la sortie des patients chirurgicaux.

Pourquoi ?

« Au fil de ma pratique, je m'étais rendu compte que les médecins hospitaliers connaissaient mal les traitements médicamenteux prescrits en ville, explique le pharmacien. En 2009, j'ai donc proposé à la Haute Autorité de santé d'inscrire la conciliation des traitements médicamenteux dans leur politique de sécurisation des soins. Ce programme est un des programmes de l'initiative High 5s (voir p. 29), de l'Organisation mondiale de la santé. »

Comment ?

Lors de l'admission du patient, l'équipe de pharmaciens de PUI accède aux informations du Dossier Pharmaceutique (DP), « qui est un excellent outil, même s'il ne fournit pas certaines données comme les posologies, il amorce le début d'une grande aventure : la collaboration structurée entre pharmaciens d'officine et pharmaciens hospitaliers », souligne Édith Dufay. Puis les données recueillies sont complétées en interrogeant le malade et son pharmacien d'officine. Les médecins traitants et les pharmaciens d'officine reçoivent, à la conciliation de sortie de l'hôpital, sur messagerie sécurisée, une fiche de conciliation, signée du pharmacien et du médecin hospitaliers, détaillant les traitements médicamenteux et leur évolution ainsi que les raisons des changements.

BILAN

Une baisse notable des réhospitalisations

« À l'été 2016, près de 11 000 patients avaient bénéficié d'une conciliation dans notre établissement, et celle-ci permet de diminuer le taux de réhospitalisation précoce. Il s'agit d'une diminution de presque 30% de ce taux », fait valoir Édith Dufay. Les médecins – gériatres, urgentistes, praticiens de médecine polyvalente intervenant dans les services de chirurgie – ont rapidement accepté et apprécié la conciliation. « Cependant, j'insiste sur le fait qu'elle impose une refonte organisationnelle complète du processus de prise en charge par les professionnels de santé, car elle construit un lien très fort entre ville et hôpital », poursuit le pharmacien. Ces résultats satisfaisants invitent à aller plus loin. « Nous nous sommes inspirés du programme étasunien sur le retour à domicile, RED (Re-Engineering Discharge), pour mettre en place le programme dénommé Medisis sur notre territoire », détaille le pharmacien. Financé par l'ARS du Grand-Est, ce dispositif devrait concerner 1 500 patients de plus de 65 ans conciliés, à l'admission et à la sortie, de retour à leur domicile. Ils bénéficieront, parallèlement à la conciliation, d'une évaluation gériatrique et psychosociale, d'une recherche sur la pertinence de leur traitement et d'un accompagnement thérapeutique pendant les trente jours qui suivent leur sortie.

Le cadre réglementaire

Art. L. 1111-23 du code de la santé publique. « Afin de favoriser la coordination, la qualité, la continuité des soins et la sécurité de la dispensation des médicaments, produits et objets définis à l'article L. 4211-1, il est créé, pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie, avec son consentement, un dossier pharmaceutique [...] »

LE DOSSIER PHARMACEUTIQUE

UN OUTIL DE CHOIX EN SERVICE D'URGENCES POUR FACILITER LA CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE¹



En mai 2013, 55 établissements, dont le centre hospitalier Saint-Esprit d'Agen, ont été autorisés à permettre l'accès à titre expérimental des médecins hospitaliers, urgentistes, anesthésistes-réanimateurs et gériatres au Dossier Pharmaceutique (DP) de leurs patients².

Pour le Dr Albert Trinh-Duc, praticien hospitalier urgentiste au CH d'Agen, le DP est une bonne source d'information pour connaître le traitement médicamenteux. Comme l'a montré une étude effectuée par ce praticien auprès de 1 046 patients, 79 % des malades vus aux urgences ont en effet, sur eux, leur carte Vitale². Par ailleurs, dans 45 % des cas, le DP est alimenté, ce pourcentage étant même de 70 % chez les plus de 70 ans, « qui sont les plus à risque de iatrogénie car les plus polymédiqués ». « Le DP est particulièrement utile le week-end, la nuit lorsque pharmaciens et médecins de ville ne peuvent être consultés », signale le Dr Trinh-Duc.

Le DP contribue aussi au « bon usage du médicament ». « Depuis quelques mois, le DP des patients, qui est imprimé et ajouté au dossier médical par les urgentistes, est en effet utilisé à Agen pour aider médecins

gériatres et infirmiers à réaliser une conciliation médicamenteuse de sortie chez les personnes âgées hospitalisées en court séjour gériatrique », complète le Dr Trinh-Duc, qui participe aussi au groupe de travail de la Haute Autorité de santé (HAS) sur le référentiel conciliation médicamenteuse.

Début octobre 2016, une interne en pharmacie détachée par la PUI devait utiliser le DP tous les après-midi au sein du service des urgences du CH d'Agen pour effectuer une conciliation médicamenteuse d'entrée en proactif chez les patients hospitalisés. « Ce programme, mis en place sur une durée d'un mois,

a pour but de valider la procédure de conciliation développée par le centre hospitalier de Valenciennes », précise le Dr Trinh-Duc. Le DP sera utilisé en complément des autres moyens d'information disponibles (ordonnances, courrier du médecin, entretien avec le patient et/ou son accompagnant, appel du pharmacien d'officine et/ou du médecin traitant, etc.), « trois sources d'information étant indispensables pour pratiquer une conciliation ».

Un programme utile pour les patients, et « qui contribue à rendre plus étroits les liens entre pharmaciens et urgentistes », se félicite le Dr Trinh-Duc.

LES AVANTAGES DU DOSSIER PHARMACEUTIQUE



CONSULTATION RAPIDE (moins de 4 secondes)



HISTORIQUE des médicaments dispensés depuis 4 mois (3 ans pour les médicaments biologiques, 21 ans pour les vaccins)



ALIMENTATION IMMÉDIATE des données



TOUS RÉGIMES SOCIAUX pris en compte

1. Les pharmaciens exerçant dans les pharmacies à usage intérieur (PUI) des établissements de santé peuvent accéder aux données du DP dans les mêmes conditions que les pharmaciens de ville. En complément, une expérimentation a eu lieu dans certains hôpitaux pour que des médecins puissent avoir, avec l'accord du patient, accès à son DP. Cette expérimentation sera généralisée à compter de la parution des décrets d'application de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, dans les conditions autorisées par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).
2. Trinh-Duc A., Painbeni T., Byzcko A., Fort P. A. "The pharmaceutical record in an emergency department: Assessment of its accessibility and its impact on the level of knowledge of the patient's treatment". *Ann Pharm Fr.* 2016 Jul;74(4):288-95.

Unions régionales des professionnels de santé - pharmaciens

UNE CARTE DE COORDINATION DES SOINS POUR MIEUX COMMUNIQUER

Qui ?

Béatrice Clairaz, pharmacien d'officine titulaire dans les Hauts-de-Seine et élue URPS pharmaciens Île-de-France

« Les pratiques du pharmacien doivent évoluer vers le développement de la pharmacie clinique et le travail en pluriprofessionnalité. »

Quoi ?

L'Union régionale des professionnels de santé (URPS) pharmaciens a développé en septembre 2013, avec les URPS médecins et infirmiers d'Île-de-France, une carte de coordination des soins. Cette carte, remise aux patients avec une pathologie chronique, regroupe sur format papier les coordonnées du malade, celles de ses soignants de ville et hospitaliers ainsi qu'un mémo en cas d'hospitalisation. Une application numérique, Lien-Santé, téléchargeable gratuitement par tous les patients, la complète depuis 2015. Elle répertorie les coordonnées des soignants et les pathologies, et offre la possibilité de photographier les ordonnances pour transmission. Le volet « Pathologies » comporte, au stade de développement actuel, des explications sur l'asthme, ainsi qu'un test de contrôle de la maladie.

Pourquoi ?

L'objectif initial de l'URPS pharmaciens était, en créant cette carte, d'améliorer la coordination ville-hôpital, une enquête réalisée en

2012 dans les Hauts-de-Seine ayant confirmé la difficulté pour les pharmaciens d'officine de joindre rapidement les médecins hospitaliers des patients venant d'être hospitalisés.

Comment ?

Un groupe de travail a été formé avec les URPS médecins et infirmiers d'Île-de-France pour élaborer la carte. Le financement a été assuré par les trois URPS. Initialement destinée aux seuls patients devant être hospitalisés, la carte a rapidement été étendue aux malades avec une pathologie chronique. Des rencontres avec des professionnels d'établissements hospitaliers, des structures destinées aux personnes âgées et des associations de patients ont, progressivement, permis de la faire connaître plus largement.

BILAN

Une plus grande implication des pharmaciens pour le suivi des patients

Les cartes ont été distribuées à 150 000 professionnels libéraux. Parce qu'elles facilitent les échanges, elles sont plébiscitées par les associations de patients, les médecins hospitaliers, les gériatres. Pour les pharmaciens, souvent premiers professionnels vus par les patients à la sortie de l'hôpital, ces cartes sont particulièrement utiles. En effet, bien souvent, les malades ne savent pas indiquer aux autres professionnels les coordonnées de la pharmacie qu'ils fréquentent. Or, la HAS préconise dans ses recommandations sur les sorties hospitalières d'indiquer le nom du pharmacien. Grâce à la carte, les pharmaciens peuvent, avec l'accord des patients, contacter, par exemple, les infirmières pour optimiser une prescription de pansement, ou les équipes oncologiques pour mieux gérer les effets secondaires des chimiothérapies. Aujourd'hui, les URPS travaillent à une version améliorée de l'application numérique Lien-Santé, étendue à d'autres pathologies chroniques que l'asthme, tels le diabète et l'hypertension artérielle, pour améliorer la prise en charge des patients.

Le cadre réglementaire

Art. L. 5125-1-1 A du code de la santé publique. « Les pharmaciens d'officine [...] participent à la coopération entre professionnels de santé ».

Unions régionales des professionnels de santé - pharmaciens

DÉPISTER LES MALADIES RÉNALES CHRONIQUES

Qui ?

Sophie Houppermans, pharmacien d'officine titulaire dans le département du Nord et secrétaire adjointe de l'URPS pharmaciens Hauts-de-France

« Parce qu'il est en contact avec beaucoup de patients et d'aidants, le pharmacien d'officine a un rôle essentiel dans l'information de première ligne et la prévention, sources d'économies de santé. »

Quoi ?

Depuis 2013, des pharmaciens d'officine du Nord-Pas-de-Calais réalisent chaque année une action de dépistage ciblé des maladies rénales chroniques, dans le cadre de la Semaine nationale du rein organisée par la Fédération nationale d'aide aux insuffisants rénaux (Fnair). Cette action consiste à proposer aux patients à risque (diabétiques, hypertendus...) de rechercher une protéinurie sur bandelettes urinaires. Puis à orienter ceux qui ont un test positif, munis d'une carte de coordination, vers leur médecin traitant pour diagnostic.

Pourquoi ?

Ce programme a été conçu par les néphrologues du réseau régional Néphronor, dont le Dr Franck Bourdon (Lille), au vu d'une incidence des maladies rénales chroniques 34 % plus élevée dans le Nord-Pas-de-Calais que dans d'autres régions. En impliquant les pharmaciens d'officine, l'objectif visé par ces

professionnels était d'informer la population de ce risque et de repérer les néphropathies à un stade précoce pour retarder le passage en dialyse, tout en respectant le parcours de soins.

Comment ?

« Les néphrologues ont contacté en 2013 plusieurs pharmacies, dont la mienne, car nous utilisons le logiciel de dépistage en ligne Déclic, explique Sophie Houppermans. *En 2014, j'ai demandé le soutien de l'URPS pharmaciens car ce dépistage était difficile à gérer. Depuis lors, l'URPS y est associée et contribue, avec Néphronor, à son financement.* » Les pharmaciens sont formés au cours de soirées animées par la pharmacienne avec les néphrologues, puis reçoivent le matériel de dépistage. Ils entrent anonymement les données recueillies sur le logiciel Déclic, hébergeant le questionnaire de repérage, agréé par la CNIL. Depuis 2015, le test de repérage est indemnisé 15 euros, dans la limite de 150 euros par officine.

BILAN

Des malades repérés en officine et un renforcement des liens avec les néphrologues

Sur les 60 pharmacies ayant participé au programme du 5 mars au 1^{er} juin 2016, 553 dépistages ont été effectués et 100 tests urinaires se sont révélés positifs; 71 patients ont été orientés vers leur médecin traitant avec une carte de coordination et 33 cartes sont revenues remplies à l'URPS pharmaciens. Les liens ont été renforcés avec les néphrologues. Ils restent à développer avec les médecins généralistes, qui ont cependant bien accepté cette initiative. Une enquête de l'URPS a mis en avant l'impact positif du programme pour les équipes officielles : valorisation de leur rôle, amélioration des connaissances, modification des relations avec la patientèle. Une autre action de dépistage concernant les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires, menée en partenariat avec l'URPS médecins, a démarré le 29 septembre 2016, dans la région de Lens-Hénin-Beaumont. En quelques jours, une trentaine de patients avaient accepté de se faire dépister (mesure de la pression artérielle, etc.) dans les 44 pharmacies participantes.

Le cadre réglementaire

Art. L. 5125-1-1 A et L. 1411-11 du code de la santé publique. « Les pharmaciens d'officine contribuent aux soins de premier recours [qui comprennent notamment] la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients. »

Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance maladie. Les actions de prévention et de dépistage font partie des nouvelles missions du pharmacien d'officine précisées par cette convention.



DES EXPÉRIMENTATIONS SIGNIFICATIVES

Dès 2010, la Fédération internationale pharmaceutique (FIP)* a adopté une prise de position visant à encourager/promouvoir l'exercice collaboratif. Ce concept anglo-saxon est défini comme une pratique clinique dans le cadre de laquelle les pharmaciens collaborent avec d'autres professionnels de santé, dans l'intérêt des patients, des soignants et du public. Dans le monde, ce principe est appliqué à des degrés divers, allant d'un échange minimal entre professionnels jusqu'à des modèles dans lesquels le pharmacien a l'autorité et la responsabilité d'initier et de modifier un traitement au sein d'une équipe de soins pluridisciplinaire.

Les pays anglo-saxons apparaissent aujourd'hui comme les plus avancés dans cette logique de *collaborative practice*. Au Royaume-Uni, aux États-Unis ou au Canada, par exemple, les pharmaciens coopèrent avec d'autres professionnels de santé, en se fondant sur des protocoles, et peuvent initier, modifier ou surveiller le traitement d'un groupe déterminé de patients.

États-Unis : une gestion collaborative des traitements médicamenteux

Aux États-Unis, une gestion collaborative des traitements médicamenteux

(*collaborative drug therapy management*), centrée sur les patients et impliquant les pharmaciens, a ainsi été mise en place dès 1997 et s'est étendue depuis 2003 à de nombreux États américains. Définie par des contrats – qui diffèrent d'un État à un autre, selon la législation, les pratiques locales, ou encore les formations des pharmaciens –, cette approche, recommandée par le Collège américain de pharmacie clinique, permet aux pharmaciens de partager avec les médecins la prise en charge thérapeutique. Les pharmaciens peuvent, selon des protocoles déterminés en commun par les équipes de soins, renouveler, modifier ou même initier des traitements médicamenteux, les administrer aux patients et prescrire des examens biologiques. Formés à la pharmacie clinique, ils ont accès aux dossiers médicaux des patients.

Canada : des compétences étendues pour les pharmaciens

Au Canada, les pharmaciens exercent également des fonctions multiples. La province de l'Alberta peut ainsi être considérée comme pionnière, rappelait en 2015 Luc Besançon, secrétaire général et directeur général de la FIP. Car, en Alberta, les pharmaciens peuvent non seulement ajuster et

renouveler les ordonnances, mais aussi demander, comme aux États-Unis, des analyses biologiques et les interpréter, prescrire des médicaments pour des pathologies bénignes (acné, herpès labial...).

Au Québec, les compétences des pharmaciens sont également larges. Ces professionnels peuvent depuis 2013, en relation avec les médecins, modifier des prescriptions, prescrire certains médicaments et faire réaliser des examens biologiques. En outre, dans cette province canadienne, de nombreux pharmaciens communautaires exercent un rôle de prévention dans des domaines divers (maladies infectieuses, contraception, tabagisme...). Des relations étroites entre pharmaciens et médecins ont par ailleurs été développées pour faciliter la prise en charge de pathologies chroniques, telles que les troubles mentaux.

Suisse : des cercles de qualité pharmaciens-médecins

Certaines expériences entre professionnels de santé, dans des pays européens comme la Suisse, fournissent malgré tout des éléments d'information et de réflexion intéressants pour les pharmaciens qui aimeraient travailler davantage en interdisciplinarité en France.

Les cercles de qualité pharmaciens-médecins ont vu le jour en 1997 dans ce pays, à l'initiative de pharmaciens de Fribourg. Ils rassemblent un ou deux pharmaciens d'officine et cinq à dix médecins qui se réunissent cinq à douze fois par an, le soir. Les réunions, qui sont animées par le ou les pharmaciens, permettent d'analyser et de discuter les prescriptions des médecins de manière neutre, en fonction des données de la littérature, des recommandations de bonne pratique (et des spécificités de chaque patient). Les pharmaciens, qui ont reçu une formation spécifique, analysent avant les réunions, individuellement, les données de prescription des médecins de leur cercle. Les médecins peuvent, grâce à un retour d'informations détaillé, s'évaluer périodiquement en termes de succès obtenus et de progrès à faire. Ces cercles, qui sont financés grâce à des apports de la Société suisse des pharmaciens, PharmaSuisse, et des assureurs santé, améliorent la qualité des prescriptions (pour l'antibiothérapie par exemple), avec une meilleure application des recommandations. Ils ont été étendus depuis 2002, avec succès, aux établissements médico-sociaux suisses.

Royaume-Uni : des pharmaciens d'officine de plus en plus cliniciens

Au Royaume-Uni, 13 000 pharmacies d'officine sont intégrées au *National Health Service* (NHS). Les fonctions des pharmaciens travaillant au sein de ces pharmacies communautaires sont variées : analyse des prescriptions, de l'observance thérapeutique, délivrance de la contraception d'urgence, vaccination contre la grippe et parfois dépistage (hypercholestérolémie...), aide au sevrage tabagique...

Depuis plusieurs années, des protocoles de collaboration – les *patient group directions* – permettent aux médecins de déléguer certaines tâches précises, notamment aux pharmaciens, pour un groupe de patients, un

territoire et une durée déterminés. C'est par exemple cet outil qui rend possibles la vaccination par les pharmaciens d'officine ou les ajustements de prescription.

Depuis le printemps 2016, plus de 400 pharmaciens participent étroitement à la prise en charge de plus de 7 millions de patients britanniques. En effet, certains malades bénéficient dorénavant des conseils d'un pharmacien clinicien lorsqu'ils consultent leur médecin généraliste. Les pharmaciens expliquent à ces patients comment prendre leurs médicaments, notamment lorsque ceux-ci sont multiples, les accompagnent en cas de pathologie chronique. Ils peuvent modifier le dossier patient, avec l'accord de celui-ci. Ce service a complété le *New Medicine Service* (NMS), introduit en octobre 2011, qui permettait déjà aux patients asthmatiques, diabétiques de type 2, avec une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), une hypertension artérielle ou recevant un nouvel anticoagulant, de bénéficier de trois entretiens pharmaceutiques pour répondre à leurs interrogations après une nouvelle prescription.

Pays-Bas : des relations étroites entre pharmaciens et médecins généralistes

Aux Pays-Bas, les pharmaciens travaillent en collaboration étroite avec les médecins généralistes pour améliorer les traitements médicaux, grâce à l'interconnexion des données patients. Les pharmaciens ont accès aux diagnostics médicaux et aux résultats des examens de laboratoire. Des programmes coopératifs, associant médecins et pharmaciens, ont aussi été mis en place dans certaines régions du pays pour faciliter le maintien à domicile des patients âgés.

* www.fip.org.

SOURCES

- Thèse de Laurie Mettavant pour le diplôme d'État de docteur en pharmacie, présentée et soutenue publiquement le 12 décembre 2014, *Identification des freins et des leviers dans la coopération médecin généraliste-pharmacien d'officine, au sein d'un programme d'ETP sur l'ostéoporose (projet SIOUX)*, Université de Lorraine, Faculté de pharmacie.
- American College of Clinical Pharmacy, McBane S.E., Doop A.L., et al., "Collaborative drug therapy management and comprehensive medication management-2015", *Pharmacotherapy*, 2015 ; 35 : e39-50.
- Demarti C., « Vaccination, prescription, modification de traitement. Le tour du monde des nouvelles missions », *Le Quotidien du pharmacien*, 23 février 2015 ; 3156 : 2.
- Champ d'exercice des pharmaciens au Canada : http://www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/ScopeofPracticeinCanada_JULY2016_FRE.pdf.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *Le pharmacien dans un système de santé qui sert aussi à prévenir. Cadre de référence*, 2012.
- « Médecins et pharmaciens unis pour aider les jeunes atteints de maladie mentale », *L'interaction - Le magazine de l'Ordre des pharmaciens du Québec*, hiver 2016 ; 5, 2 : 16-17.
- Thèse (n° 161) de Noémie Anglard pour le diplôme d'État de docteur en pharmacie, présentée et soutenue publiquement le 19 décembre 2014, *Collaboration pharmaciens-médecins : à partir d'expériences en France et en Suisse, élaboration de voies d'avenir*, Université Claude-Bernard Lyon 1, Faculté de pharmacie.
- Bugnon O., Niquille A., Répond C., et coll., « Les cercles de qualité médecins-pharmaciens : un réseau local reconnu pour maîtriser les coûts et la qualité de la prescription médicale », *Med Hyg*, 2004 ; 62 : 2054-8.
- Locca J.-F., Krähenbühl J.-M., Niquille A., et coll., « Qualité de la prescription médicamenteuse : des progrès grâce à la collaboration médecins-pharmaciens », *Rev Med Suisse*, 2009 ; 5 : 2382-7.
- Site du National Health Service britannique : www.nhs.uk.
- Baschet-Vernet M., « Royaume-Uni. Des centres de soins primaires multi-spécialistes », *Pharmaceutiques*, janvier 2016, p. 26.
- Jankovic S. "All you need to know about GP practice pharmacists", *The Pharmaceutical Journal*, mai 2016 ; 296 : 7889 : 304-5.
- Chave J., "The challenges we share with some EU countries : what can we learn?", *The Pharmaceutical Journal*, Suppl. 11, février 2014.



Pour aller plus loin...

FICHE PRATIQUE

Formule simplifiée de création de protocole pluriprofessionnel

Étape 1 :

Préparer un protocole

▪ **Choisir une situation.**
Un protocole doit répondre à un souhait de travailler ensemble, autour d'un besoin explicite de l'équipe. Un thème peut être identifié en réunion de revues pluriprofessionnelles (RPP), ou dans une situation particulière, quand l'équipe perçoit que la coordination interprofessionnelle est bénéfique au patient. Se concentrer sur les points critiques de la prise en charge.

▪ **Informé du projet l'ensemble des professionnels concernés.**

▪ **Charger 1 ou 2 professionnels d'élaborer le protocole** - qui reste évolutif.

Étape 2 :

Élaborer un protocole

▪ **Analyser la pratique actuelle :** face à cette situation, comment exerce chacun jusqu'alors ?

▪ **Définir une pratique dominante et consensuelle**, en confrontant les habitudes et les connaissances de chacun - incluant les niveaux de preuve sur le(s) point(s) critique(s) - aux nouveaux besoins liés au contexte local.

▪ **Concevoir le protocole.** Préciser les différentes étapes cliniques ou organisationnelles, leur chronologie, les périmètres d'action des différents professionnels, et les modes de communication entre professionnels, avec le patient et son entourage.

▪ **S'assurer de l'accord de tous les professionnels concernés.**

▪ **Définir et élaborer les outils** (papier ou systèmes d'information) qui doivent être associés au protocole.

Étape 3 :

Mettre en œuvre et suivre le protocole

▪ **Discuter et analyser en équipe pluriprofessionnelle** l'utilité et les améliorations éventuelles (simplification ou approfondissement) du protocole (les retours doivent être fréquents, spontanés). Dans l'idéal, prévoir une réunion au bout de quelques semaines ou quelques mois pour avoir un retour sur cette nouvelle pratique.

Source : revue *Ésop*, octobre 2016.

RESSOURCES

Sites et publications utiles

PROTOCOLES PLURIPROFESSIONNELS

Des documents téléchargeables pour aider les professionnels de santé à élaborer et mettre en œuvre un protocole pluriprofessionnel, sur le site de la HAS, rubrique Outils, guides & méthodes
> Protocoles pluriprofessionnels.
www.has-sante.fr

Des exemples de protocoles pluriprofessionnels, sur les sites de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) et la Fédération nationale des centres de santé (FNCS).
www.ffmps.fr, www.fncs.org

ETP & ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT

Les annuaires des organismes de formation à l'ETP, sur le site internet des ARS.
www.ars.sante.fr/portail.0.html

Le guide méthodologique HAS/Inpes, juin 2007. Structuration d'un programme d'ETP dans le champ des maladies chroniques.
www.has-sante.fr

PAERPA

Le dossier dédié, sur le site du ministère des Affaires sociales et de la Santé :
www.social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa

Le cahier des charges national du Paerpa :
www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc_paerpa.pdf

Un modèle de plan personnalisé de santé (PPS), sur le site de la HAS :
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps

CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE

Les projets internationaux High 5's, sur le site de la Haute Autorité de santé.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1498429/fr/l-initiative-oms-high-5s

SISA

Une fiche professionnelle sur les SISA, sur le site de l'Ordre, Espace pharmaciens, rubrique Fiches professionnelles.
www.ordre.pharmacien.fr

MAISONS DE SANTÉ

Site de la Fédération française des maisons et pôles de santé
www.ffmps.fr

Une fiche professionnelle sur les maisons de santé, sur le site de l'Ordre, Espace pharmaciens, rubrique Fiches professionnelles.
www.ordre.pharmacien.fr

LES 10 POINTS CLÉS POUR RÉALISER UN PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ

(source : HAS)

1. Désigner un coordonnateur du PPS (ce peut être le médecin traitant - MT - ou un autre professionnel venant en appui au MT ; il doit pouvoir être joint facilement par la personne et son entourage).
2. Identifier les situations à problème sur la base d'une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne.
3. Prioriser les situations où une intervention est à la fois nécessaire et possible.
4. Recueillir les préférences et attentes du patient, et en tenir compte.
5. Négocier des objectifs communs avec le patient.
6. Planifier des interventions pour atteindre ces objectifs.
7. Désigner des effecteurs chargés de la réalisation de ces interventions.
8. Déterminer des critères permettant d'évaluer les processus et les résultats.
9. Fixer des dates de révision des interventions (le suivi d'un PPS est itératif jusqu'à la résolution des problèmes identifiés, selon une séquence : planifier > faire > évaluer > planifier).
10. Organiser des procédures d'alerte en cas de problème intercurrent (en s'appuyant sur les personnes de l'entourage, les aidants, les personnels des services d'aide à domicile).

À découvrir

Ésop, la revue trimestrielle des équipes des soins primaires, éditée par la Fédération française des maisons et pôles de santé.

> **Abonnement :**

http://www.ffmps.fr/files/Bulletin_dabonnement_ESOP_N1.pdf



Ordre national
des pharmaciens

Ordre national des pharmaciens

4, avenue Ruysdaël - 75008 Paris

www.ordre.pharmacien.fr

01 56 21 34 34

dircom@ordre.pharmacien.fr