



AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

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

UNIVERSITE DE LORRAINE

2015

FACULTE DE PHARMACIE

THESE

Présentée et soutenue publiquement

Le 16 juin 2015, sur un sujet dédié à :

Besoin d'amélioration du suivi de santé,
Quelle place pour le pharmacien d'officine,
Un outil e-santé pour y répondre ?

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par Marine STEF

née le 30 juin 1989 à Metz (57)

Membres du Jury

Président : Mme Francine PAULUS – Doyen, Maître de conférence- Faculté de Pharmacie de Nancy

Juges : Mme Alexandrine LAMBERT- Maître de conférence - Faculté de Pharmacie de Nancy
Mr Fabrice WEISSE- Pharmacien titulaire – Pharmacie de la République, Ars-sur-moselle
Mme Joëlle GENY- Pharmacien responsable contenu- Pharmagest, Villers-lès-Nancy

**UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE PHARMACIE
Année universitaire 2014-2015**

DOYEN

Francine PAULUS

Vice-Doyen

Francine KEDZIEREWICZ

Directeur des Etudes

Virginie PICHON

Président du Conseil de la Pédagogie

Brigitte LEININGER-MULLER

Président de la Commission de la Recherche

Christophe GANTZER

Président de la Commission Prospective Facultaire

Chantal FINANCE

Responsable de la Cellule de Formations Continue et Individuelle

Béatrice FAIVRE

Responsable ERASMUS :

Francine KEDZIEREWICZ

Responsable de la filière Officine :

Béatrice FAIVRE

Responsables de la filière Industrie :

Isabelle LARTAUD,

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Responsable de la filière Hôpital :

Béatrice DEMORE

Responsable Pharma Plus E.N.S.I.C. :

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Responsable Pharma Plus E.N.S.A.I.A. :

Raphaël DUVAL

DOYENS HONORAIRES

Chantal FINANCE

Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES

Jeffrey ATKINSON

Max HENRY

Gérard SIEST

Claude VIGNERON

PROFESSEURS HONORAIRES

Roger BONALY

Pierre DIXNEUF

Marie-Madeleine GALTEAU

Thérèse GIRARD

Maurice HOFFMANN

Michel JACQUE

Pierre LABRUDE

Lucien LALLOZ

Pierre LECTARD

Vincent LOPPINET

Marcel MIRJOLET

Maurice PIERFITTE

Janine SCHWARTZBROD

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES

Monique ALBERT

Mariette BEAUD

Gérald CATAU

Jean-Claude CHEVIN

Jocelyne COLLOMB

Bernard DANGIEN

Marie-Claude FUZELLIER

Françoise HINZELIN

Marie-Hélène LIVERTOUX

Bernard MIGNOT

Jean-Louis MONAL

Blandine MOREAU

Dominique NOTTER

Louis SCHWARTZBROD

Christine PERDICAKIS

Marie-France POCHON

Anne ROVEL

Maria WELLMAN-ROUSSEAU

ASSISTANTS HONORAIRES

Marie-Catherine BERTHE

Annie PAVIS

ENSEIGNANTS

*Section
CNU**

Discipline d'enseignement

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Danièle BENSOUSSAN-LEJZEROWICZ	82	<i>Thérapie cellulaire</i>
Chantal FINANCE	82	<i>Virologie, Immunologie</i>
Jean-Louis MERLIN	82	<i>Biologie cellulaire</i>
Alain NICOLAS	80	<i>Chimie analytique et Bromatologie</i>
Jean-Michel SIMON	81	<i>Economie de la santé, Législation pharmaceutique</i>

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Jean-Claude BLOCK	87	<i>Santé publique</i>
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	86	<i>Pharmacologie</i>
Raphaël DUVAL	87	<i>Microbiologie clinique</i>
Béatrice FAIVRE	87	<i>Biologie cellulaire, Hématologie</i>
Luc FERRARI	86	<i>Toxicologie</i>
Pascale FRIANT-MICHEL	85	<i>Mathématiques, Physique</i>
Christophe GANTZER	87	<i>Microbiologie</i>
Frédéric JORAND	87	<i>Environnement et Santé</i>
Isabelle LARTAUD	86	<i>Pharmacologie</i>
Dominique LAURAIN-MATTAR	86	<i>Pharmacognosie</i>
Brigitte LEININGER-MULLER	87	<i>Biochimie</i>
Pierre LEROY	85	<i>Chimie physique</i>
Philippe MAINCENT	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Alain MARSURA	32	<i>Chimie organique</i>
Patrick MENU	86	<i>Physiologie</i>
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
Bertrand RIHN	87	<i>Biochimie, Biologie moléculaire</i>

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Béatrice DEMORE	81	<i>Pharmacie clinique</i>
Julien PERRIN	82	<i>Hématologie biologique</i>
Marie SOCHA	81	<i>Pharmacie clinique, thérapeutique et biotechnique</i>
Nathalie THILLY	81	<i>Santé publique</i>

MAITRES DE CONFÉRENCES

Sandrine BANAS	87	<i>Parasitologie</i>
Xavier BELLANGER	87	<i>Parasitologie, Mycologie médicale</i>
Emmanuelle BENOIT	86	<i>Communication et Santé</i>
Isabelle BERTRAND	87	<i>Microbiologie</i>

Michel BOISBRUN	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
François BONNEAUX	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
Ariane BOUDIER	85	<i>Chimie Physique</i>
Cédric BOURA	86	<i>Physiologie</i>
Igor CLAROT	85	<i>Chimie analytique</i>
Joël COULON	87	<i>Biochimie</i>
Sébastien DADE	85	<i>Bio-informatique</i>
Dominique DECOLIN	85	<i>Chimie analytique</i>
Roudayna DIAB	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Natacha DREUMONT	87	<i>Biochimie générale, Biochimie clinique</i>
Joël DUCOURNEAU	85	<i>Biophysique, Acoustique</i>

ENSEIGNANTS (suite)

*Section
CNU* *Discipline d'enseignement*

Florence DUMARCAZ	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
François DUPUIS	86	<i>Pharmacologie</i>
Adil FAIZ	85	<i>Biophysique, Acoustique</i>
Anthony GANDIN	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Caroline GAUCHER	85/86	<i>Chimie physique, Pharmacologie</i>
Stéphane GIBAUD	86	<i>Pharmacie clinique</i>
Thierry HUMBERT	86	<i>Chimie organique</i>
Olivier JOUBERT	86	<i>Toxicologie, Hygiène sanitaire</i>
Francine KEDZIEREWICZ	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Alexandrine LAMBERT	85	<i>Informatique, Biostatistiques</i>
Julie LEONHARD	86	<i>Droit en Santé</i>
Faten MERHI-SOUSSI	87	<i>Hématologie</i>
Christophe MERLIN	87	<i>Microbiologie</i>
Maxime MOURER	86	<i>Chimie organique</i>
Coumba NDIAYE	86	<i>Epidémiologie et Santé publique</i>
Francine PAULUS	85	<i>Informatique</i>
Caroline PERRIN-SARRADO	86	<i>Pharmacologie</i>
Virginie PICHON	85	<i>Biophysique</i>
Sophie PINEL	85	<i>Informatique en Santé (e-santé)</i>
Anne SAPIN-MINET	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Marie-Paule SAUDER	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Rosella SPINA	86	<i>Pharmacognosie</i>
Gabriel TROCKLE	86	<i>Pharmacologie</i>
Mihayl VARBANOV	87	<i>Immuno-Virologie</i>
Marie-Noëlle VAULTIER	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Emilie VELOT	86	<i>Physiologie-Physiopathologie humaines</i>
Mohamed ZAIQU	87	<i>Biochimie et Biologie moléculaire</i>
Colette ZINUTTI	85	<i>Pharmacie galénique</i>

PROFESSEUR ASSOCIE

Anne MAHEUT-BOSSER	86	<i>Sémiologie</i>
--------------------	----	-------------------

PROFESSEUR AGREE

***Disciplines du Conseil National des Universités :**

80 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

81 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

82 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

85 ; Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

86 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

87 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

32 : Personnel enseignant-chercheur de sciences en chimie organique, minérale, industrielle

11 : Professeur agrégé de lettres et sciences humaines en langues et littératures anglaises et anglo-saxonnes

SERMENT DES APOTHECAIRES



Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorier ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

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

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS LES THESES, CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDERES COMME PROPRES A LEUR AUTEUR ».

REMERCIEMENTS

A ma directrice de thèse, Mme Alexandrine Lambert, pour votre confiance, vos encouragements et votre disponibilité, ainsi que vos conseils.

A Mme Le Doyen, Francine Paulus, Présidente de ce jury,
Pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail, soyez assurée de ma reconnaissance.

A Mr Fabrice Weisse, pour m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury, pour m'avoir transmis votre savoir et pour l'expérience que vous m'avez apportée.
Pour m'avoir donné votre confiance pour débuter dans votre officine en tant que pharmacien. Veuillez trouver ici le témoignage de tout mon respect et de ma sincère reconnaissance.

A Mme Joëlle GENY, pour votre aide à la diffusion de mes sondages et l'honneur que vous me faites de participer au jury.

A toutes les personnes ayant contribué à ce travail, en ayant pris quelques minutes de votre temps pour répondre à mes sondages. Vos réponses furent précieuses pour mener la réflexion de ce travail à terme.

Aux personnes et organismes qui m'ont apporté leur aide pour diffuser ces sondages, notamment à l'ordre des pharmaciens de lorraine avec Mme Monique Durand, à Pharmagest avec Mme Joëlle Geny, à l'AMMPU avec en particulier au Dr Marie-France BAUDOIN, Dr Ferrari et Dr Boudot-Artel ainsi qu'à Julie et Arnaud de l'Orange bleue.

A Pharmagest et notamment à Mr Martinus, Mr Erwan Salque, Mme Storhaye et Mme Genny, pour votre disponibilité et vos informations.

A Mr Wilcke président de l'URPS et Mr Gravoulet pour leurs réponses concernant le sujet de ma thèse.

A tous les professeurs qui m'ont fait découvrir et aimer le métier de pharmacien.

A l'équipe de la pharmacie de la République pour me permettre de travailler dans la joie et me transmettre leur savoir.

A Damien, mon compagnon qui m'a soutenu et permis de vivre ces longues années d'études de la façon la plus agréable, qui m'a permis d'affronter les épreuves avec confiance, à sa famille pour leurs encouragements, leur soutien et leur aide dans l'élaboration de ma thèse.

A mes parents qui m'ont permis d'effectuer les études pour exercer le métier que je désirais et pour tout le reste qui m'a permis de devenir celle que je suis. A ma maman qui m'a toujours épaulée dans mes études, qui m'a encouragée et permis de trouver les médecins pour répondre à mon questionnaire.

A mon frère Marc, pour son aide dans l'édition de mes sondages pour le club de sport et à Clara pour leur soutien.

A mes grands-parents, qui auraient été très fiers de voir leur petite fille pharmacienne.

A mes amies de fac notamment Amandine, Laura, Anaïs, Marie, Sophie, Adeline pour les moments passés ensemble et notre soutien mutuel. Remerciement particulier à Anaïs, pour ta disponibilité malgré tes examens!

A mes amis pour leur soutien, à Emilie pour sa plante de la persévérance que j'ai oubliée chez Julie, à Amandine pour ses questions « Alors ta thèse, t'en es où ? »

Table des matières

Table des Figures	
Table des tableaux	
Abréviations et acronymes	
I. Introduction	1
II. Méthodologie	4
1) Idée de conception de l'outil	4
2) Création des sondages	5
A. Sondage réalisé auprès des « patients »	5
B. Sondages réalisés auprès des pharmaciens	6
C. Sondage réalisé auprès des médecins généralistes	7
D. Situation du suivi des vaccinations en France	8
1) Besoin d'amélioration de la couverture vaccinale en France	8
A. Généralités	8
B. Cas de la rougeole	9
C. Cas de la grippe saisonnière	11
D. Cas de la coqueluche	12
E. Cas de l'infection à HPV	13
2) Quel outil pour améliorer le suivi des vaccinations ?	16
A. Le carnet de vaccination papier	16
B. Carnet de vaccination sur le web	18
C. Le DP vaccination	20
D. La vaccination par le pharmacien	23
III. Suivi, prévention, dépistage chez la femme en France	26
1) La contraception oestroprogestative	26
A. Pour quelles raisons effectuer un suivi ?	26
B. Recommandations de suivi et prévention	28
C. Rôle du pharmacien	29
2) Dépistage, prévention chez la femme	30
A. Le cancer du col de l'utérus	30
B. Le cancer du sein	34
IV. Le cancer colorectal	37

1)	Situation, impact sanitaire en France.....	37
2)	Impact du dépistage organisé du cancer colorectal en terme de santé publique	37
3)	Respect des recommandations, participation au dépistage organisé	37
4)	Quel outil pour améliorer le suivi du dépistage organisé ?	39
5)	D'après les patients, le pharmacien a-t-il un rôle à jouer en matière de prévention ?	40
6)	L'outil informatique pourrait-il améliorer le suivi du patient par son médecin généraliste.	41
7)	Quelle implication de la part du pharmacien dans la prévention du cancer colorectal ?	41
V.	Le suivi et la prévention des maladies chroniques.....	44
1)	Le suivi des traitements chroniques.....	44
2)	Les maladies chroniques, un enjeu de santé publique en France.....	44
3)	Le diabète	45
	A. Epidémiologie et impact sanitaire du diabète	45
	B. Conséquence économique	45
	C. Recommandations dans le suivi du diabète.....	46
	D. Respect des recommandations pour le suivi des patients diabétiques	47
4)	L'hypertension artérielle	49
	A. Epidémiologie et impact sanitaire	49
	B. Impact économique.....	50
	C. Complications dues à l'hypertension artérielle.....	50
	D. Recommandation dans le suivi de l'hypertension	50
	E. Les recommandations en matière de suivi sont-elles respectées ?.....	52
	F. Quelles modifications pourraient améliorer le suivi et la prévention des maladies chroniques ?	53
5)	Point de vue de médecins généralistes en ce qui concerne les recommandations et le partage d'informations sur le suivi des patients atteints de maladies chroniques	54
6)	Implication du pharmacien dans le suivi des traitements chroniques au quotidien	56
VI.	La e-santé en plein essor, solution d'amélioration de suivi et de prévention ?	61
1)	Qu'est-ce que la e-santé ?.....	61
2)	Analyse de deux outils existants et mis en place pour améliorer le suivi et la prévention des patients, à destination des médecins et pharmaciens : le DMP et le DP.....	62
	A. Le DMP	62
	B. Le Dossier Pharmaceutique.....	70
	C. Comparaison du DMP et DP	75
3)	Les outils informatiques développés pour les pharmaciens lors des entretiens pharmaceutiques ont-ils un intérêt ?.....	76

A. Les entretiens pharmaceutiques.....	76
B. Les outils e-santé dédiés aux pharmaciens pour les entretiens pharmaceutiques	77
4) Quels sont les points essentiels pour qu'un projet e-santé puisse fonctionner et devenir efficient pour le système de soin? Points de vues d'experts	77
5) Risques ou avantages au développement de la e-santé pour le système de soin français	79
VII. Conclusion	82
Glossaire	84
Annexes	89
Bibliographie	132

Table des Figures

Figure 1 : Pratique autour du vaccin dans la population générale.....	16
Figure 2 : Pratique autour du vaccin dans la population générale.....	17
Figure 3 : Pratique autour du vaccin dans la population générale.....	17
Figure 4 : Pratique autour du vaccin dans la population générale.....	17
Figure 5 : Pratique autour du vaccin dans la population générale.....	18
Figure 6 : Pratique des pharmaciens autour de la vaccination	19
Figure 7 : sollicitation des pharmaciens par les patients à propos des vaccins	20
Figure 8 : avis de la population générale pour le partage des données concernant la vaccination avec le pharmacien.....	21
Figure 9 : avis des pharmaciens, implication dans le suivi des vaccinations.....	22
Figure 10 : vaccination par le pharmacien, avis de la population générale	24
Figure 11 : vaccination par le pharmacien, avis des pharmaciens	24
Figure 12 : pratique dans le suivi des femmes sous contraceptif oral selon ces utilisatrices	28
Figure 13 : Pratique concernant le suivi des femmes, dans la prévention du cancer du col de l'utérus, selon les femmes.....	32
Figure 14 : Pratique concernant le suivi des femmes, dans la prévention du cancer du col de l'utérus, selon les femmes.....	33
Figure 15 : avis de la population âgée de 45 à 75 ans, concernant le partage de données autour de la prévention du cancer colorectal, avec le pharmacien	40
Figure 16 : avis des médecins généralistes, concernant l'alerte automatique autour des examens préventifs	41
Figure 17 : avis des pharmaciens, concernant l'alerte automatique autour des examens préventifs .	42
Figure 18 : avis des pharmaciens, concernant la validation informatique de la communication d'information au patient	42
Figure 19 : Evolution de la proportion de patients diabétiques de type 2 du régime général métropolitain bénéficiant des actes recommandés entre 2001 et 2007 (actes réalisés en secteur libéral seulement) : Entred 2001 (n=3324) et Entred 2007 (n=3377).....	48
Figure 20 : représentation du « Chronic care model » (Annick MOREL, Avril 2012)	53
Figure 21 : pratique des médecins généralistes.....	54
Figure 22 : avis des médecins généralistes, concernant l'alerte pour le suivi et la prévention du suivi du patient	55
Figure 23 : avis des médecins généralistes, concernant la justification de l'absence de l'acte prévu par l'alerte	55
Figure 24 : avis des médecins, concernant le partage d'information avec le pharmacien	56
Figure 25 : avis des médecins généralistes concernant l'intervention du pharmacien dans le suivi et la prévention du patient	56
Figure 26 : pratique des médecins généralistes dans le suivi des patients.....	56
Figure 27: avis des pharmaciens à propos des renouvellements d'ordonnance	57
Figure 28: pratique des pharmaciens lors d'interactions concernant le suivi biologique ou clinique..	57
Figure 29: avis des pharmaciens à propos de l'outil potentiel.....	58
Figure 30: avis des pharmaciens à propos de la validation de l'information délivrée.....	58

Figure 31: avis des pharmaciens sur les possibilités de logiciel métier concernant le suivi	59
Figure 32 : Organigramme représentatif du domaine e-santé	61
Figure 33: utilisation du DMP par les médecins.....	65
Figure 34: utilisation du web-médecin par les médecins.....	70
Figure 35 : Avis des pharmaciens pour tenir à jour le carnet de vaccination des patient	75

Table des tableaux

Tableau I : Tableau récapitulatif du dépistage des femmes sur une période de 6 ans (EGB).....	14
Tableau II : Tableau récapitulatif du dépistage des femmes sur une période de 6 ans (EGB).....	32
Tableau III : évaluation des taux de participation(en %) au programme national de dépistage organisé du cancer du sein en France depuis 2003	35
Tableau IV : Evolution entre 2001 et 2007 de la proportion de patients diabétiques de type 2 du régime général métropolitain bénéficiant des principaux actes cliniques et biologiques recommandés anuellement	48
Tableau V : Paramètres et périodicité de la surveillance du patient hypertendu (HAS, 2010)	52
Tableau VI : indicateurs d'utilisation du DP pour l'année 2013	74

Abréviations et acronymes

Adcn : Association pour le Dépistage des Cancers dans le département du Nord.

ADECA 54 : Association pour le dépistage des cancers en Meurthe-et-Moselle

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

ALD : Affections de Longue Durée, **le patient bénéficie d'une prise en charge à 100% par l'assurance maladie en ce qui concerne l'ALD.**

ALFEDIAM: Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques, maintenant appelée SFD : Société Francophone du Diabète, société de professionnels de santé impliqués dans la recherche sur le diabète

AMMPPU: Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post Universitaire

AMODEMACES: Association MOsellane pour le DEpistage des MAladies CancéreusES, **centre de coordination met en œuvre et évalue les programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal.**

ANAES: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, n'existe plus à part entière, elle a été regroupée, avec d'autres commissions, au sein de la Haute Autorité de santé (HAS) le 13 aout 2004.

ANSM: Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, créée par la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire des médicaments et des produits de santé

ARS : Agence Régionale de Santé

ASIP : **Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé**, vocation à développer, coordonner et participer à la régulation de la e-santé en France

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVK : Anti-vitamines K, anticoagulants oraux, nécessitant une surveillance biologique renforcée

AVODECAS : Association vosgienne de dépistage des cancers

CDC : Centres américains de contrôle et de prévention des maladies

CGTI : Conseil général des technologies de l'information, Il a été regroupé avec le Conseil général des mines par le décret n° 2009-64 du 16 janvier 2009 pour créer le Conseil général de l'industrie, de l'énergie et des technologies (CGIET). Compétent en matière de technologies de l'information et notamment dans les domaines des télécommunications, de l'ensemble des services postaux, de

l'informatique, de l'électronique, de l'audiovisuel, de l'espace et de l'internet, le CGTI conduisait ses missions pour le compte des ministres chargés des secteurs correspondants et contribuait à la politique de recherche publique dans son domaine

CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CNIL : La Commission nationale de l'informatique et des libertés, chargée de veiller à ce que l'informatique soit au service du citoyen et qu'elle ne porte atteinte ni à l'identité humaine, ni aux droits de l'homme, ni à la vie privée, ni aux libertés individuelles ou publiques.

CNOP : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens

CPS : Carte Professionnelle de Santé

CREDES : Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé (devenu IRDES, Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé)

DFG : débit de filtration glomérulaire , volume de liquide filtré par le rein par unité de temps

DMD Santé: PME, leader dans l'évaluation des applications mobiles et objets connectés liés à la santé

DMP : Dossier Médical Personnel

DP : Dossier Pharmaceutique

Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DTP : diphtérique, tétanique et poliomyélitique

ECG : électrocardiogramme

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, anciennement dénommé "maison de retraite", est une structure médicalisée ayant vocation à accueillir des personnes âgées.

EIM : événement indésirable médicamenteux, ou événement iatrogène médicamenteux, peut provenir d'un effet indésirable ou d'une erreur médicamenteuse

FCU : frottis cervico-utérin, examen médical simple, destiné à prélever des cellules provenant du col de l'utérus. C'est un examen de dépistage du cancer de l'utérus et non de diagnostic

FRHTA : Fondation de Recherche sur l'Hypertension Artérielle

GIP : Groupement d'intérêt public

GROG : Groupes régionaux d'observation de la grippe

HAS : Haute autorité de santé, autorité publique indépendante qui contribue à la régulation du système de santé par la qualité. Elle exerce ses missions dans les champs de l'évaluation des produits de santé, des pratiques professionnelles, de l'**organisation des soins et de la santé publique**.

HbA1c : hémoglobine glyquée

HCAAM : **Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, instance de réflexion et de propositions** qui contribue, depuis 2003, à une meilleure connaissance des enjeux, du fonctionnement et des évolutions envisageables des politiques **d'assurance maladie**.

HPST : Hôpital, patients, santé, territoires

HPV : Human Papilloma Virus ou papillomavirus humains

HTA : Hypertension artérielle

IDM : Infarctus du myocarde

IGAS: Inspection générale des affaires sociales, Corps de contrôle interministériel **du secteur social, l'IGAS contrôle, audite ou évalue des structures et des politiques**, conseille les pouvoirs publics et apporte son concours à des projets. Elle intervient à la demande des ministres ou sur la base de son programme **d'activité**. Elle traite de sujets touchant la vie de tous les citoyens : emploi, travail et formation, santé, action sociale et politique familiale, systèmes de couverture sociale publics ou privés.

IGF: Inspection générale des finances, une mission générale de contrôle, d'audit, d'étude, de conseil et d'évaluation en matière administrative, économique et financière

INCa: Institut national du cancer, agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie, coordonne pour l'Etat les actions de lutte contre les cancers.

INPES: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, établissement public administratif créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. **L'Institut est un acteur de santé publique plus particulièrement chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement.**

INR : International Normalized Ratio, indicateur de coagulation sanguine.

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques, collecte, produit, analyse et diffuse des informations sur l'économie et la société françaises.

InVS : Institut de veille sanitaire, Établissement public, placé sous la tutelle du ministère chargé de la Santé, l'**Institut de veille sanitaire (InVS)** réunit les missions de surveillance, de vigilance et d'alerte dans tous les domaines de la santé publique

LGPI®: Logiciel de Gestion à Portail Intégré

PS : Professionnel de santé

USD : United-States dollar ou Dollar des États-Unis, 1USD équivaut à 0.92458 €

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

virus A H3N2 : influenza virus A de sous-type H3N2, virus de la grippe (de type A, sous-type H3N2). Ces virus font partie des Orthomyxoviridae, genre Influenzavirus A. Le nom H3N2 fait référence à deux sous-**types d'antigènes** présents à la surface de ces virus :

- l'hémagglutinine de type 3 ;
- la neuraminidase de type 2.

I. Introduction

En France, l'augmentation de l'espérance de vie entraîne avec elle l'**explosion des maladies chroniques**. Ainsi, des traitements complexes mis en place augmentent les risques d'**iatrogénie** médicamenteuse. Ces traitements qu'on peut qualifier de « **chroniques** » qui accompagnent le patient et sa pathologie, nécessitent une surveillance régulière de constantes biologiques ou d'**examens cliniques**. En interrogeant les patients au comptoir, on peut constater, que certains d'entre eux disent, ne pas avoir effectué ces examens nécessaires à la surveillance de l'évolution de leur pathologie, malgré leur consultation mensuelle chez le médecin !? Y-a-t-il un manque de suivi thérapeutique ou les patients ne font-ils pas le lien entre ces examens, leur pathologie et leur traitement ? Que ce soit l'une ou l'autre des réponses, il reste un effort à poursuivre en matière d'éducation voire même simplement d'information thérapeutique.

Au-delà, des pathologies chroniques, nous pouvons également nous intéresser au suivi des vaccinations et à la prévention de certaines maladies. En effet, les vaccinations nécessitent un suivi tout comme la prévention et méritent donc d'être traités.

L'Article L5125-1-1 A du code de la santé publique, de la loi HPST (Hôpital, patients, santé, territoires) de 2009, ouvre le champ au métier de pharmacien en lui permettant de valoriser sa profession dans le domaine de santé publique en matière de prévention, dépistage et coordination des soins. Cette loi peut être perçue comme une opportunité pour mettre ses compétences à profit de la santé du patient et permettre de recentrer celui-ci au cœur des professionnels de santé.

Aussi, avec un maillage d'environ 23 000 officines en France, accueillant 4 millions de personnes par jour, les pharmacies sont un pivot territorial important dans la chaîne sanitaire en France et ont un rôle primordial dans le domaine de la santé publique.

Malgré cette situation, le manque de données concernant le suivi clinique ou biologique du patient, limite le rôle du pharmacien dans ce domaine. Ainsi, j'ai pensé à un outil informatique qui permettrait un partage d'informations concernant le suivi du patient entre le médecin et le pharmacien. Des alertes informatiques, modulables par le médecin généraliste, apparaîtraient si besoin lors de consultation ou de délivrance de médicaments par le pharmacien. Cet outil serait destiné à l'ensemble des médecins généralistes et des pharmaciens de France, afin d'uniformiser les pratiques des professionnels de santé, pour limiter les inégalités de suivi, et avoir un impact en termes de santé publique.

En premier lieu, l'avis des potentiels utilisateurs m'a paru indispensable, avant d'œuvrer à l'élaboration d'un tel outil. Les pharmaciens pensent-ils avoir un rôle à jouer dans le suivi des patients, la prévention et le dépistage ? Seraient-ils intéressés par cet outil ? Les médecins ont-ils besoin d'outils pour améliorer le suivi de leurs patients ? Sont-ils prêts à partager certaines informations avec le pharmacien ? Les patients accepteraient-ils que le pharmacien ait accès à certaines de leurs données de santé et puisse les aiguiller dans leur suivi de santé ?

Des questionnaires ont été élaborés pour répondre à ces interrogations. Les avis recueillis permettront de faire le lien avec le développement du sujet.

Dans un second temps, **voyons s'il existe un réel intérêt à créer un outil permettant d'améliorer le suivi** ? Y-a-t-il un besoin d'amélioration pour le suivi des maladies chroniques ; pour le suivi des vaccinations ; pour le suivi de prévention et dépistage ? Existe-t-il des inégalités de suivis ? Quels sont les coûts d'un manque de suivi ?

Nous détaillerons **quatre catégories**, où l'action du pharmacien au comptoir pourrait avoir un impact sur l'amélioration du suivi du patient, et engendrer une réduction des risques iatrogènes ou d'hospitalisation. Tout d'abord nous développerons la vaccination, puis le suivi et la prévention chez la femme ; avec la contraception, la prévention du cancer du col de l'utérus et du sein, ensuite la prévention du cancer colorectal, et pour finir le suivi des maladies chroniques ; avec l'hypertension et le diabète de type II.

Pour chaque point nous suivrons une trame, qui se déroulera avec la situation actuelle en France d'un point de vue sanitaire et économique, les inégalités de suivis de traitement, afin de déterminer les actions d'améliorations qui sont nécessaires.

Ensuite, nous aborderons les recommandations, et les actions mises en œuvre pour améliorer ces situations et comprendre les raisons de leur dysfonctionnement ou au contraire de leur réussite, tout en faisant le lien avec l'**avis des patients, médecins généralistes et pharmaciens recueillis par le biais des sondages**.

Et enfin, il a fallu s'informer à propos des outils informatiques existants. Existe-t-il des outils similaires ou en cours de développement ? Quels sont les étapes de mise en œuvre d'un outil e-santé ?

Ainsi nous verrons de façon plus générale le développement de la e-santé, qui s'intéresse de plus en plus au suivi des patients. Ce domaine peut-il être une solution à l'amélioration du suivi de santé ? Nous analyserons le développement du Dossier Médical Personnel (DMP) et du Dossier Pharmaceutique (DP), afin de comprendre leur mise en œuvre avec leur réussite et leur échec. Nous chercherons comment promouvoir un outil e-santé et verrons quels peuvent être

les atouts de la e-santé ? Y a-t-il un risque à son développement pour le système de santé français ?

Ce travail n'aboutira pas à l'élaboration de l'outil imaginé, mais permet de s'interroger sur l'utilité et la possibilité de sa mise en œuvre.

II. Méthodologie

1) Idée de conception de l'outil

En premier lieu, j'ai trouvé utile de créer un outil pour les maladies chroniques type hypertension, car nous avons régulièrement des alertes pour précautions d'emploi ou associations déconseillées lors de la délivrance d'ordonnances comprenant des antihypertenseurs. Ces alertes demandent souvent à connaître le suivi biologique du patient. Par exemple : un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II, type losartan, valsartan, et du potassium. Cette association est déconseillée, il faut « Eviter cette association sauf s'il existe une hypokaliémie préalable » (ANSM, 2014). Ainsi doit-on faire confiance à la prescription du médecin ? Faut-il appeler le médecin pour chaque cas similaire ? Peut-on demander au patient s'il connaît sa kaliémie ?

Pour pallier à ce manque d'information, sans avoir accès aux données biologiques; afin de préserver le secret médical, j'ai pensé que les dates d'examens recommandées pour le suivi de maladies chroniques pouvaient-être répertoriées par le médecin. Ainsi le pharmacien aurait une information du suivi biologique et clinique des patients. Il existerait un hébergeur de données commun aux pharmaciens et aux médecins. La carte vitale et la carte professionnelle de santé seraient les clés d'accès à cette base de données. Si le pharmacien délivre des médicaments concernant l'hypertension, le médecin devrait valider le fait que son patient souffre d'hypertension. Les éditeurs de logiciel métiers pourraient créer des alertes automatiques. Ainsi, après avoir entré une première fois les dates d'examens effectués, le médecin pourrait être alerté des examens non réalisés aux dates prévues suivant les recommandations de la HAS. Le médecin devrait alors noter la date de l'examen réalisé ou si cet examen sera réalisé plus tard. Le pharmacien serait également alerté des examens effectués ou de ceux à effectuer par le patient. De même lorsqu'une association de médicament demande un suivi plus rapproché, le médecin serait alerté et le pharmacien pourrait savoir si les contrôles nécessaires ont été effectués. On pourrait envisager que les laboratoires d'analyses médicales aient accès à cette base de données pour entrer automatiquement les examens réalisés. (Un organigramme se trouve en annexe pour aider à comprendre l'outil.)

Finalement, cet outil pourrait convenir à tous types de pathologies chroniques voir même tous traitements qui demandent un suivi, comme la contraception oestroprogesterative. Aussi on peut alors penser au suivi de vaccination et même à la prévention. Cet outil, pour être utile, devrait être utilisé de façon universelle, par les médecins généralistes et pharmaciens, pour avoir un lien entre professionnels autour du patient. Cette idée de ce qui serait potentiellement réalisable m'a permis de créer des questionnaires à propos de l'utilisation de cet outil.

2) Création des sondages

D'abord, j'ai ciblé les personnes à interroger. C'est-à-dire, les pharmaciens, les médecins et les patients. Ces questionnaires reposent sur l'outil informatique fictif de partage de données, afin de connaître le ressenti des patients et de ces professionnels de santé tant à propos de l'outil que du partage d'informations et des possibilités d'amélioration réalisables autour du suivi du patient. Il existe donc trois questionnaires distincts.

A. Sondage réalisé auprès des « patients »

Pour cette catégorie il fut très difficile de choisir la population à interroger. J'ai choisi des personnes lambda mais qui soient faciles d'accès. Interroger des patients de pharmacie me semblait trop sélectif, puisque souvent nous sélectionnons les patients habitués et les patients fréquentant un même groupe de médecins. Un avis indépendant de la pharmacie ou des médecins alentours me semblait plus adéquat pour un outil utilisé de façon universelle. Nous appellerons cet échantillon « patient », bien qu'ils ne soient que des patients hypothétiques.

Le questionnaire fut diffusé via Facebook et des adresses mails. J'ai choisi d'utiliser un questionnaire à remplir en ligne pour que les réponses soient le plus libre possible, créé à l'aide de Google Forms. Les réponses aux questionnaires sont anonymes. Le questionnaire est divisé en trois catégories, par le biais de questions de sélections, certaines catégories de population peuvent y répondre :

- La vaccination : tout le monde peut répondre
- La contraception, prévention, dépistage : les femmes ayant déjà consulté pour un moyen de contraception, La « pilule » : les femmes utilisant un contraceptif oral
- Le cancer colorectal : personnes âgées de 45 à 75 ans, puis de 50 à 75 ans

Pour recueillir des avis supplémentaires des questionnaires papiers ont été déposés dans un club de sport.

Je n'ai pas choisi le questionnaire avec questions de sélection. Ainsi il y avait une pile de questionnaire destinée à tous (31 réponses), une destinée aux femmes (31 réponses), et une pour les plus de 50 ans (5 réponses).

Malheureusement, j'ai choisi une période creuse de fréquentation et n'ai récolté qu'à peine 60 questionnaires, toutes catégories confondues. Ces réponses sont intégrées aux autres.

Les questions portent sur le suivi, la situation perçue par les personnes interrogées. Ressentent-elles le besoin d'une amélioration dans ce domaine ? La connaissance de certaines données personnelles de santé par le pharmacien pose-t-elle problème ?

Les questionnaires sont en Annexe.

Partie vaccination :

246 participants

Partie prévention suivi chez la femme :

163 femmes ont participé

80 femmes ont répondu aux questions concernant la pilule

Remarque : J'ai choisi de demander aux femmes si elles utilisaient la « pilule » mais je n'ai pas intégré, les anneaux et les patchs qui sont aussi des oestroprogesteratifs et demandent donc le même suivi. Aussi certaines pilules sont seulement progestatives. Ainsi il sera difficile de tirer une conclusion par rapport au suivi des femmes sous oestroprogesteratif.

Partie prévention du cancer colorectal :

55 participants

Certaines des réponses ne sont pas analysées dans le développement de cette thèse.

L'exploitation des données est réalisée via Google Forms.

Voir annexe

B. Sondages réalisés auprès des pharmaciens

Le terme de « pharmacien » est utilisé dans les sondages et le développement de cette thèse par abus de langage, puisque toutes les personnes habilitées à dispenser les médicaments en officine ont pu répondre à ce questionnaire.

Le conseil de l'Ordre des pharmaciens de Lorraine a diffusé mon questionnaire via les adresses mails dont ils disposent. J'ai ainsi récolté 164 réponses de pharmaciens par ce biais. Puis Pharmagest¹, a diffusé mon questionnaire via LGPI. Ainsi les pharmacies équipées du logiciel LGPI Global Services, c'est à dire 8800 pharmacies, ont pu y répondre plus facilement. Au cours des 3 semaines de diffusion, 696 formulaires exploitables ont pu être récoltés pour 691 pharmacies.

J'ai interrogé les pharmaciens par rapport à leur pratique en terme de suivi lors de l'acte de délivrance au comptoir. Ressentent-ils le besoin d'améliorer leur pratique, l'outil informatique peut-il être la solution ?

¹ La société Pharmagest Interactive est le leader français de l'informatique officinale, avec 43 % de parts de marché, 9 800 clients et 700 collaborateurs.

Partenaire privilégié des pharmaciens depuis près de 30 ans, Pharmagest Interactive conçoit des solutions informatiques innovantes à destination des officines et met à disposition des pharmaciens des solutions permettant de répondre au double enjeu de leur profession : renforcer l'accompagnement thérapeutique et assurer la pérennité de leur officine.

Le but de mon sondage n'étant pas de faire des comparaisons suivant les régions, j'ai fusionné l'ensemble des réponses provenant de LGPI et du CROP de Lorraine. Cependant les avis sont sensiblement les mêmes.

Les réponses des pharmaciens interrogés via les adresses mails sont exploitées via Google Forms, puis le logiciel Excel a permis d'exploiter l'ensemble des données provenant du questionnaire LGPI et des mails.

C. Sondage réalisé auprès des médecins généralistes

J'ai rencontré énormément de difficulté pour que les médecins puissent répondre au questionnaire en ligne. J'ai alors pensé que c'était parce que je n'étais pas médecin, mais non ! Puisqu'un médecin remplaçant travaillant dans le cabinet d'un médecin ayant répondu à mon sondage m'a sollicitée car elle se trouvait dans la même difficulté. L'Ordre des médecins ne peut pas utiliser ses adresses mails pour diffuser des sondages. Aussi, il n'y a aucun moyen de diffuser un sondage auprès des étudiants de médecines, car ils utilisent leurs adresses personnelles et non universitaires. Je n'ai pas trouvé de groupe Facebook non plus. J'ai contacté des éditeurs de logiciel pour médecins, mais ils n'ont pas de possibilité de diffuser un sondage. Après avoir obtenu à peine 10 sondages de médecins, je pensais abandonner cette quête. Mais par échos, l'association AMMPU² m'a permis de récolter au total 78 sondages de médecins. Cependant le biais de sélection est plus important que pour les pharmaciens car ce sont des médecins de Moselle, appartenant à une association.

Cette difficulté reflète peut-être d'un manque de moyens de communication entre les médecins généralistes ou une difficulté à utiliser l'outil informatique.

Les questions portent sur les pratiques des médecins pour le suivi des patients et leur avis par rapport à l'outil imaginé.

² Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post Universitaire

D. Situation du suivi des vaccinations en France

1) Besoin d'amélioration de la couverture vaccinale en France

A. Généralités

a. Recueil des données

Le système relatif à la couverture vaccinale des adultes est déficient, car contrairement à l'enfant, il n'y a pas de système de recueil de données en routine. La Drees considère, dans son rapport sur l'état de santé de la population (2009-2010), que plus de 50 % des adultes n'ont aucun document sur lequel seraient reportées leurs vaccinations.

b. Recommandation vaccinale en bref

Depuis avril 2014, il a été élaboré un nouveau calendrier vaccinal simplifié par le ministère chargé de la santé après avis du Haut Conseil de la Santé Publique. Sa modification est axée en priorité sur l'observance des recommandations vaccinales. En effet au lieu de conseiller un intervalle de temps entre chaque dose administrée, il est préconisé d'effectuer les vaccins selon l'âge du patient. Ceci dans le but d'améliorer le suivi des vaccinations et par conséquent la couverture vaccinale.

D'autres changements apparaissent comme par exemple, la recommandation de la vaccination contre la coqueluche chez l'adulte en association avec le rappel de dTPolio (diphérique, tétanique et poliomyélitique), le rappel à 25 ans doit comprendre la valence coqueluche (dTcaPolio). Aussi, une des modifications est l'administration de deux doses au lieu de trois pour le vaccin contre l'infection à papillomavirus, pour les jeunes filles de 11 à 13 ans avec le vaccin quadrivalent(GARDASIL) et jusqu'à 14 ans pour le bivalent (CERVARIX), pour les jeunes filles plus âgées et jusqu'à 19 ans le schéma vaccinal des 3 doses s'applique. (Vidal, 2014)

c. Sensibilisation à la vaccination, un thème toujours d'actualité

Nous aborderons certains cas où la couverture vaccinale reste encore insuffisante par rapport aux objectifs fixés par la loi de santé publique en 2004, ces points seront développés pour comprendre l'impact qu'engendre ce manquement en termes de santé publique.

Tout d'abord, selon Daniel Floret, président du comité technique des vaccinations « La couverture des nourrissons est excellente « ... » mais insuffisante pour la rougeole (90% avant deux ans pour la première dose alors qu'il faudrait un taux supérieur à 95% et 60% pour la deuxième dose alors qu'il faudrait un taux supérieur à 80%) ». Deuxièmement, la couverture vaccinale

diminue avec l'âge, en effet alors que le taux de rappel DTPolio associé à la coqueluche est correct chez l'enfant, il reste insuffisant chez l'adulte (aux alentours de 60% seulement pour les plus de 65 ans). Les autres vaccinations en diminution sont celles contre le méningocoque C, la grippe (même chez les populations à risque) et le papillomavirus humain (HPV). (Latour, 2013)

Nous traiterons les cas de la vaccination contre la rougeole, des rappels DTP décennaux chez l'adulte, de la grippe saisonnière, d'un vaccin introduit au calendrier vaccinal en 2010 le vaccin anti-pneumocoque conjugué et pour finir les vaccins HPV chez la jeune fille.

B. Cas de la rougeole

a. Présentation

La rougeole est une maladie virale éruptive extrêmement contagieuse, puisque le virus se transmet directement ou indirectement via des objets ou des particules d'air contaminées par les sécrétions naso-pharyngées. Une personne contaminée est contagieuse la veille des premiers symptômes, ce qui explique entre autre l'expansion rapide de la maladie. Cette infection peut parfois être grave voir même s'avérer mortelle ; on peut d'ailleurs rappeler que cette maladie représente une des principales causes de mortalité infantile dans les pays n'ayant pas accès à la vaccination.

b. Conséquences sanitaires

En France, les complications liées à la rougeole ne sont pas rares, puisqu'en 2010, un cas sur 3 a été hospitalisé, cette proportion était amenée à un cas sur deux pour les 20 ans et plus. (Direction chargé de la santé, 2011)

Pour expliquer la gravité que peut engendrer cette maladie dans certains cas nous pouvons citer les complications induites par celle-ci qui sont les surinfections ORL, comme les otites, laryngites allant jusqu'à la pneumonie parfois mortelle, malgré une prise en charge thérapeutique, et les complications neurologiques comme les encéphalites (0,5 à 1 cas pour 1000 cas de rougeole) ou la panencéphalite sclérosante subaiguë qui survient en moyenne sept ans après la contamination (0,5 à 4 cas pour 1000), c'est une myélite atypique qui provoque la démyélinisation des neurones cérébraux et peut donc entraîner de nombreux handicaps et évoluer vers un coma puis la mort. Il n'existe aucun traitement pour les atteintes neurologiques. (Ricous, 2013)

La rougeole est responsable d'un décès sur 100 malades dans les pays pauvres contre un sur 1000 dans les pays industrialisés.

En France, il a été estimé qu'en 35 ans la vaccination contre la rougeole a permis d'éviter 1,4 millions d'otites moyennes aiguës, 590 000 pneumonies, 16800 encéphalites responsables de plus de 5000 séquelles neurologiques, 170 panencéphalites subaiguës sclérosantes et 11 500 décès.

c. Conséquences économiques

Malgré les efforts soutenus de promotion de la vaccination, la rougeole entraîne des dépenses de santé non négligeables. Le coût moyen par cas de rougeole a été récemment estimé en France à environ 230 USD³ (soit environ 175 euros). Une étude portant sur 7 pays industrialisés dont 6 européens, estime que si l'on admet l'hypothèse de l'éradication de la rougeole, il y aura une économie de dépenses liées à la rougeole dans ces pays, de plusieurs millions d'euros entre la date d'éradication et l'année 2100, en fonction de la stratégie vaccinale post-éradication utilisée. (Isabelle Parent du Châtelet et Daniel Lévy-Bruhl, 2005) Cette évaluation, démontre tout l'intérêt des programmes de politique vaccinale en termes de coût-efficacité ou coût-bénéfice.

d. Couverture vaccinale et politique d'amélioration

Avant la promotion de la vaccination contre la rougeole en 1983, on recensait 15 à 30 cas par an de décès de nourrisson par rougeole contre 1 à 10 après 1989. (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2010) Cette campagne de vaccination a fait preuve de son efficacité puisque le nombre de cas de rougeole estimé est passé de 331 000 en 1985 à 40 en 2007. Cependant fin 2008, la France a connu une recrudescence des cas de rougeole pour atteindre un pic du nombre de cas déclarés en 2011. Plus de 23 000 cas de rougeole ont été déclarés entre janvier 2008 et octobre 2012. Courant 2011, 714 pneumopathies graves, 16 complications neurologiques et 6 décès causés par la rougeole ont été recensés.

Plus de 90% des personnes contaminées n'avaient pas été vaccinées ou n'avaient reçu qu'une dose de vaccin sur les deux préconisées depuis 1997. Cette épidémie a touché les jeunes adultes, et les nourrissons encore trop jeunes pour être vaccinés et non immunisés par les anticorps maternels. Ceci est la conséquence directe de l'insuffisance de la couverture vaccinale, de plus cette maladie infantile chez l'adulte augmente les risques de complications graves.

Pour améliorer ce défaut de couverture vaccinale, l'Assurance maladie a voulu encourager le rattrapage de cette vaccination chez l'adolescent en élevant, en 2010, la gratuité du vaccin ROR à l'âge de 17 ans révolus au lieu de 13 ans. (l'assurance maladie, 2014)

³ United-States dollar ou Dollar des États-Unis, 1USD équivaut à 0.92458 £

C. Cas de la grippe saisonnière

a. Présentation

La grippe est une infection respiratoire aiguë, contagieuse, due au virus *Influenzae*. Son mode de transmission peut-être direct, par les sécrétions respiratoires ou indirect par l'intermédiaire d'objets souillés. La grippe qui peut sembler être une maladie bénigne dans la pensée générale de la population, tout comme la rougeole, mais peut néanmoins entraîner de graves complications allant jusqu'au décès.

Sans parler de ses complications, les simples symptômes qu'elle engendre chez l'adulte sont : fièvre généralement supérieure à 38 °C, maux de tête, accès de toux, difficultés respiratoires, douleurs musculaires et articulaires ; Ceux-ci conduisent à des arrêts de travail, estimés à 4,8 jours en moyenne dans le cadre de l'épidémie 2005-2006. (Jean Marie Cohen, 2007) En effet, une grippe peut durer une dizaine de jours, mais la toux et la sensation de faiblesse peuvent persister plus longtemps. Certaines personnes sont plus exposées aux risques de complications de la grippe : les personnes âgées, les nourrissons, les personnes souffrant de maladies chroniques et les femmes enceintes. Ces complications peuvent être dues au virus ou indirectement à une surinfection bactérienne telle qu'otite, pneumonie, méningite, myocardite. (Commission fédérale pour les vaccinations, 2011)

b. Conséquences sanitaires

L'Invs a recensé lors de la saison grippale de 2012, 818 cas graves de grippe admis en service de réanimation, 71% des malades présentaient un risque de grippe sévère. Parmi ces malades admis en réanimation, 153 décès sont survenus et 83% d'entre eux avaient un facteur de risque. Même si le vaccin ne permet pas toujours d'éviter la maladie, il réduit le risque de complications graves ou de décès.

c. Conséquences économiques

En 2012, 4,3 millions de consultations pour syndromes grippaux ont été colligées (contre 1,8 en 2011). L'épidémie de grippe de l'hiver 2012-2013, aurait engendré plus de 200 millions d'euros de dépenses pour la sécurité sociale. Soit plus 50 millions d'euros en remboursement de consultation, plus de 60 millions pour les médicaments, et plus de 40 millions d'euros d'indemnités journalières pour les arrêts de travail, pour le compte du régime général. Alors qu'un vaccin

contre la grippe peut être effectué au cours d'une consultation médicale et coûte aux alentours de 6 euros. (Les échos, 2013)

d. Couverture vaccinale et politique d'amélioration

Pour faciliter l'accès à la vaccination, l'Assurance Maladie a déjà tenté plusieurs actions. Premièrement, la prise en charge à 100% du vaccin contre la grippe pour les populations à risques, l'élargissement de la liste des populations à risques, l'invitation par un courrier des patients à risques (pouvant être ciblés par l'assurance maladie, les femmes enceintes et les obèses ne peuvent l'être) à se faire vacciner ; la délivrance directe du vaccin par le pharmacien sans ordonnance et sous simple présentation du bon envoyé par l'Assurance maladie, la possibilité de vaccination par un infirmier sans prescription médicale pour les personnes ayant déjà été vaccinées contre la grippe par leur médecin. (Ministère des affaires sociales et de la santé et des droits des femmes, 2013)

Malgré toutes ces mesures, en 2012, seulement 4,9 millions de vaccins ont été remboursés sur 10 millions de personnes invitées à se faire vacciner. (Leduc, 2013) La couverture vaccinale est en baisse depuis 2008, par exemple, le taux de vaccination chez les plus de 65 ans était de 64,8% pour la saison 2008-2009 pour régresser à 53,1% en 2012-2013, selon les données de la CNAM-TS. (INVS, 2011) Pour cette saison 2014-2015, avec la mutation de près de deux tiers des virus A H3N2 courant 2014, l'efficacité du vaccin a été relativement basse, aux alentours de 23% selon une étude des CDC (Centres américains de contrôle et de prévention des maladies). Cet épisode ne va certainement pas améliorer la couverture vaccinale pour la saison à venir, même si la vaccination reste le meilleur outil de prévention contre la grippe. (Le figaro, Cyrille Vanlerberghe, 29 janvier 2015)

D. Cas de la coqueluche

a. Présentation

La coqueluche est une maladie respiratoire bactérienne, infection à Bordetella pertussis. La contamination s'effectue par voie directe, par l'intermédiaire de gouttelettes de pflugge émises au cours de la toux. Le risque de transmission augmente avec la répétition de l'exposition dans les espaces clos et limités.

b. Complications

Les complications de la coqueluche pouvant amener au décès se manifestent essentiellement chez les nourrissons non vaccinés. Celles-ci se traduisent par un accès de toux mal toléré, entraînant des difficultés respiratoires importantes, une asphyxie, des apnées et des bradycardies. Les autres complications à cet âge sont les pneumopathies de surinfection. La plus grave des complications est la coqueluche « maligne », qui se traduit par une détresse respiratoire suivie d'une défaillance polyviscérale, cette forme est responsable de la majorité des décès. D'ailleurs, la coqueluche reste la première cause de décès par infection

bactérienne chez le nourrisson de moins de 3 mois (hors nouveau-né). (INPES, édition 2012) **Dans 80% des cas, les proches sont à l'origine de la contamination du nourrisson.**

c. Couverture vaccinale

Les adultes et adolescents anciennement vaccinés seraient le réservoir naturel de cette infection contractée chez le nouveau-né. **Ceci n'est pas dû à une diminution de la couverture vaccinale**, puisque la coqueluche est une maladie qui touche à la base la petite enfance, mais cette recrudescence de cas de coqueluche chez le **nourrisson est due à une diminution progressive de l'immunité chez l'adulte provoquée entre autre par l'oubli des rappels de vaccins.**

Depuis 2004, pour lutter contre ce réservoir adulte, le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique recommande d'effectuer les rappels chez les adultes en contact avec des nourrissons (contact professionnel ou futurs parents). (Dr Camille Grosse, 2007)

Les vaccins disponibles contre la coqueluche sont des vaccins combinés aux vaccins DTPolio.

E. Cas de l'infection à HPV

a. Présentation

L'HPV est un virus humain qui se transmet par le biais des muqueuses et par voie cutanée. Il en existe plusieurs types, environ 40 sont à tropisme préférentiel et parmi eux une vingtaine sont à « haut risque oncogène » comme les types 16 et 18, qui sont les plus fréquents et qui seraient responsables de 70% des **cancers du col de l'utérus au niveau européen**. D'autres types sont à « faible risque oncogène », comme les types génitaux. Certains sont bénins, comme les **types 6 et 11, qui peuvent être à l'origine de condylomes ou végétations vénériennes**.

Il existe deux types de vaccin contre l'infection HPV en France :

Le vaccin quadrivalent [HPV 6, 11, 16, 18] Gardasil®, AMM le 20 septembre 2006 ;

- le vaccin bivalent [HPV 16, 18] Cervarix®, AMM le 20 septembre 2007.

Ce sont des vaccins préventifs, indiqués pour la prévention des lésions précancéreuses cervicales liées à un HPV contenu dans ces deux vaccins respectifs. Gardasil® a également une indication dans les lésions précancéreuses de la vulve et du vagin, des lésions génitales externes (condylomes acuminés) (INPES, édition 2012)

b. Conséquences sanitaires

Le cancer du col de l'utérus représente encore environ 3400 nouveaux cas par an en France. Il est à l'origine du décès de plus de 900 femmes chaque année. (institut national du cancer, septembre 2007)

Alors que des vaccins permettent d'agir en amont, en diminuant le taux d'infection au papillomavirus, et de réduire ainsi l'incidence des cancers du col de l'utérus. Cette prévention primaire doit être complétée par une secondaire qui consiste au dépistage des lésions précancéreuses/cancéreuses par le frottis cervico-utérin. (Ce thème sera abordé dans la partie suivante.)

Si l'on s'intéresse à l'analyse coût-efficacité de cette vaccination, il semble indispensable d'associer celle-ci au dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses par FCU (frottis cervico-utérin) pour avoir une incidence épidémiologique significative. En effet, les deux méthodes de prévention associées, avec un taux de couverture vaccinale atteignant les 80% chez les filles de 14 ans pourraient diminuer la mortalité par cancer du col de l'utérus de 32,2% par rapport à la situation de 2012. Aussi le ratrappage pour les adolescentes de 15 à 25 ans avant leur initiation à la vie sexuelle ajouterait une réduction de 2,8%. Ainsi, l'objectif 48 de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 : « Réduire l'incidence de 2,5 % par an du cancer du col de l'utérus ...» devrait pouvoir être atteignable en améliorant la couverture vaccinale et le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus. (INPES, édition 2012)

c. Couverture vaccinale

Tableau I : Tableau récapitulatif du dépistage des femmes sur une période de 6 ans (EGB)

Couverture vaccinale par le vaccin HPV chez les jeunes filles pour une et trois doses (source : EGB, mise à jour au 31/12/12)					
Cohorte de naissance	1993	1994	1995	1996	1997
Couverture 1 dose à 15 ans exacts	13,9%	23,5%	26,4%	27,0%	20,9%
Couverture 3 doses à 15 ans révolus	25,0%	29,2%	29,3%	25,6%	

(Invs, 2011)

Selon ces sources, le taux de couverture vaccinale en 2012 serait de l'ordre de 20%. Le taux le plus haut fut en 2011, mais en atteignant même pas les 40% Ce taux de vaccination ne pourra présenter aucun impact épidémiologique significatif.

Par ces différents exemples nous voyons que la couverture vaccinale a encore **besoin d'être améliorée**. On voit aussi tout l'intérêt de la vaccination, avec son manquement qui engendre des complications graves, voire mortelles ainsi que des dépenses.

Il est aussi important de rappeler que **c'est grâce** aux soins possibles en France que certaines de ces maladies ne sont pas mortelles, par comparaison aux pays pauvres où par exemple la coqueluche est dix fois plus mortelle que dans les pays industrialisés. Est-ce pour cela que nous pouvons nous permettre de ne pas prévenir ces risques de maladies qui ont des conséquences moins importantes **que dans d'autres pays** ?

Aussi peut-on se poser la question de la responsabilité de chacun quant à la prévention. Une **comparaison qui n'est pas du domaine de la santé mais qui me semble similaire**. Les autorités publiques avertissent sur les risques de la vitesse **ou de l'alcool au volant, on sait que l'on peut mourir d'un accident de la route en ayant respecté les règles de conduite et on sait aussi qu'une personne qui ne les respecte pas n'aura peut-être jamais d'accident de la route**. Cependant la personne n'ayant pas respecté ces règles de prévention sera reconnue responsable et sera même sanctionnée sans commettre d'accident. Ainsi sans aller jusqu'à la sanction qui ne serait certainement pas éthique dans le domaine de la santé, ne faudrait-il pas responsabiliser davantage cette mesure de **prévention qu'est la simple vaccination** ?

2) Quel outil pour améliorer le suivi des vaccinations ?

Même si nous connaissons tout l'intérêt de la vaccination en matière de santé publique, des efforts restent à fournir pour améliorer la couverture vaccinale de la population. Les campagnes de sensibilisation, les prises en charges intégrales ne semblent pas suffire, ce manque de suivi par les professionnels de santé et cette décharge de responsabilité des patients peuvent-elles être améliorés par des moyens techniques plutôt que moralisateurs ou incitateurs?

A. Le carnet de vaccination papier

a. Retour d'utilisation par les patients et professionnels de santé

Nous avons pu remarquer que la couverture vaccinale chez l'enfant est globalement bonne et que le défaut de vaccination correspondrait en grande partie aux vaccinations de l'adolescent et aux rappels chez l'adulte. On peut penser que cette différence est due à l'assiduité du suivi des vaccinations ; en effet le carnet de santé est régulièrement présenté au pédiatre ou médecin généraliste pour suivre l'évolution de l'enfant ainsi qu'aux visites scolaires médicales. Mais passé l'enfance, le carnet est oublié, d'ailleurs plus d'un adulte sur deux a perdu son carnet de vaccination, ce qui représente un obstacle au suivi des vaccinations chez l'adulte. (Latour, 2013) Aussi selon Daniel Floret, Président du Comité technique des vaccinations (CTV), « les adultes connaissent rarement leur propre statut vaccinal et les médecins ignorent souvent celui de leurs patients ».

En tant que pharmacien, on peut observer que certains patients qui ont conservé leur carnet de vaccination nous posent des questions sur les rappels à effectuer, d'autres aimeraient qu'on leur délivre le vaccin avant même d'avoir une prescription médicale et certains se présentent le samedi soir avec une blessure et ne connaissent pas leur statut vaccinal et n'ont aucun moyen de le connaître. Ces situations m'ont poussé à me demander si ces cas étaient seulement des exceptions ?

b. Cet outil permet-il un suivi efficace ?

Parmi cette population, même si plus de la moitié possède un carnet de vaccination, on peut déjà noter que ce nombre n'est pas suffisant pour atteindre l'objectif des 90% de couverture vaccinale.

Possédez-vous un carnet de vaccination ?

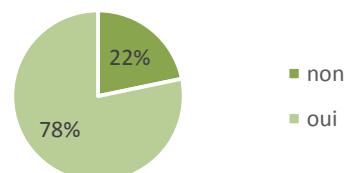


Figure 1 : Pratique autour du vaccin dans la population générale

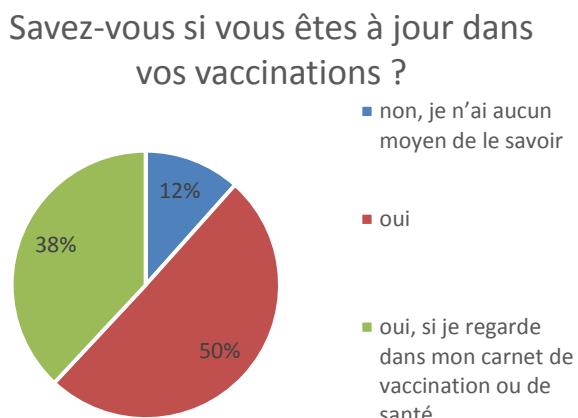


Figure 2 : Pratique autour du vaccin dans la population générale

rougeole) et d'autres où l'on vaccine trop (DTCP). Là, on fait de la survaccination inutile. » J'ai donc interrogé la population cible à ce propos.

Vous est-il déjà arrivé de manquer des rappels de vaccins ?

Malgré les 78% qui possèdent un carnet de vaccination, seulement 44% peuvent affirmer ne pas avoir manqué d'effectuer un rappel de vaccin.

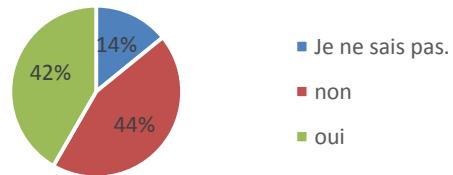


Figure 3 : Pratique autour du vaccin dans la population générale

Vous est-il arrivé de vous faire sur-vacciner car vous ne saviez plus de quand datait votre dernier vaccin ?

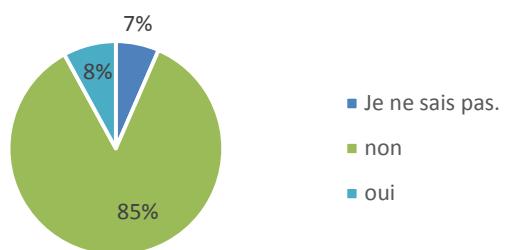


Figure 4 : Pratique autour du vaccin dans la population générale

Aussi seulement 50% de cette population connaît sa couverture vaccinale, cela signifie qu'en situation d'urgence (en l'absence du carnet vaccinal) il serait difficile, voire impossible de connaître les rappels effectués et donc par mesure de précaution la survaccination serait une solution. D'ailleurs selon Jean-Louis Koeck, médecin biologiste et professeur agrégé « Il existe des situations où on ne vaccine pas assez (méningocoque, HPV,

Vous est-il déjà arrivé de manquer des rappels de vaccins ?

Aussi 8% de cette population (voir 15% si l'on inclut les personnes sans certitude) affirme s'être déjà fait survacciné alors que cette situation ne devrait pas arriver.

Si on interroge les médecins, 87% **d'entre eux** disent avoir déjà survacciné un **patient car il n'avait aucun moyen de savoir s'il était déjà vacciné**. Pourtant parmi cette population de médecins 42% distribuent automatiquement un carnet de vaccination à leur patient.

Aussi seulement 27% de la population patient est capable de dire quand doivent avoir lieu le rappel du vaccin, ainsi on peut supposer que sur les 44% qui **n'ont jamais manqué de rappel**, 61% connaissent la date de leur prochain rappel et sont tout à fait responsables et autonomes dans le suivi de leur vaccination, le reste est probablement suivi par le médecin traitant.

Êtes-vous capable de dire quand doivent avoir lieu vos rappels de vaccins obligatoires?

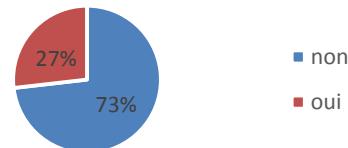


Figure 5 : Pratique autour du vaccin dans la population générale

En ce qui concerne les rappels de vaccination chez l'adulte, la simplification du calendrier vaccinal avec les rappels à âge fixe et la suppression de certains rappels pourraient peut-être permettre d'améliorer ce genre de situation mais cette mesure ne sera pas suffisante.

On voit ici que la version carnet de vaccination « papier », **n'est pas adaptée pour le quotidien des personnes (perte, oubli de présentation...)** et génère un obstacle au suivi des vaccinations.

Pour améliorer ce suivi, cherchons quel outil serait le plus adapté au monde **d'aujourd'hui et de demain ?**

B. Carnet de vaccination sur le web

a. Généralité

Le suivi des vaccinations étant depuis longtemps un souci de santé publique, plusieurs actions de politique vaccinale ont déjà été mises en place, comme citées dans les exemples précédents telles que la gratuité de certains vaccins pour des catégories de personnes, la délivrance par le pharmacien sur simple présentation d'un bon de l'assurance maladie, l'administration par un infirmier, la simplification du calendrier...

Distribuez-vous des carnets de vaccination?

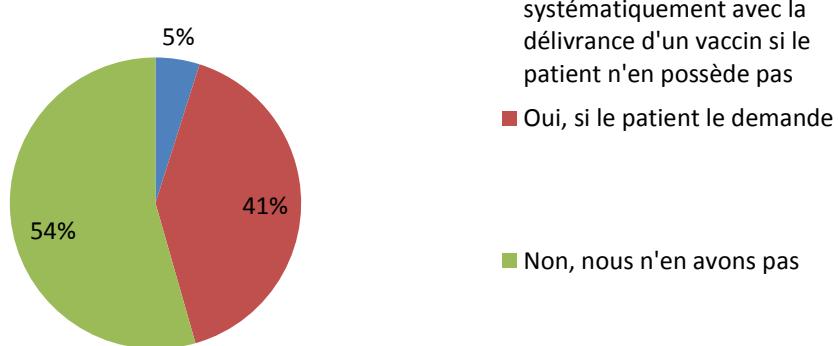


Figure 6 : Pratique des pharmaciens autour de la vaccination

On voit ici que plus de la moitié de ces pharmaciens ne possèdent pas de carnet de vaccination et seulement 5% en distribuent systématiquement. On ne peut donc pas considérer que le pharmacien ait un rôle actif dans le suivi des vaccinations par le biais du carnet de vaccination papier.

En ce qui concerne l'outil pour faciliter le suivi des vaccinations, outre le carnet de santé ou le carnet de vaccination papier il existe déjà des sites internet où chacun peut remplir ces vaccinations.

Ces sites peuvent être utilisés par le patient lui-même ou un professionnel (ex : suivivaccin.fr), mais ces sites ne sont pas très fiables en effet, on enregistre les vaccins que nous avons effectués et ils nous indiquent le prochain rappel à faire, **mais en testant on s'aperçoit qu'il n'y a pas eu de mise à jour avec le nouveau calendrier vaccinal, donc même si l'idée de l'alerte par mail est plutôt bonne, le contenu n'est pas fiable**. Ces sites ne sont donc pas utilisables pour un suivi correct.

b. Connaissance et utilisation de l'outil

On peut s'intéresser au carnet de vaccination électronique (mesvaccins.net), rien à voir avec les autres sites non officiels. Ici, les données sont sécurisées⁴ ; l'accès est ouvert au public et aux autres professionnels de santé (médecin, pharmacien, sage-femme, infirmier). Le titulaire du carnet de vaccination choisit les professionnels de santé qui peuvent accéder aux données, via un code de partage. (ARS, Midi-Pyrénées, 2015) Cet outil pourrait être la solution à l'amélioration du suivi. J'ai donc interrogé ma population cible ainsi que les pharmaciens.

Seulement 6% des patients interrogés connaissent cet outil.

Et 18% des pharmaciens connaissent le carnet de vaccination électronique, et seulement 11% de cette population l'utilisent.

⁴ Autorisation CNIL n° 1485378, Hébergement agréé de données de santé, société IDS

Donc en plus d'être méconnu, il ne suscite pas la participation des pharmaciens. En effet seulement 700 officines environ sont abonnées. (Latour, 2013) Soit environ 3% des officines. Du côté des médecins généralistes, seuls 24% des médecins interrogés connaissent cet outil et 3% l'utilisent systématiquement (soit 12% des médecins qui connaissent cet outil l'utilisent).

Malgré l'aspect intéressant de cet outil celui-ci n'est pas connu, voire pas utilisé. Une des raisons de la médiocre adhérence des pharmaciens outre leur méconnaissance et certainement que cet outil n'est pas intégré à leur logiciel et donc chronophage. Aussi, il n'existe aucune promotion ou incitation d'utilisation pour celui-ci.

C. Le DP vaccination

a. La place du pharmacien dans le suivi des vaccinations

Etant quelquefois sollicitée par les patients à propos du suivi de leurs vaccinations, j'ai voulu savoir si d'autres pharmaciens l'étaient aussi à ce sujet.

Les patients vous posent-t-ils des questions à propos des vaccins à réaliser ?

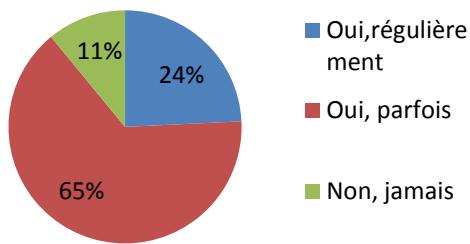


Figure 7 : solicitation des pharmaciens par les patients à propos des vaccins

89% des pharmaciens interrogés ont des patients qui leurs ont déjà posé des questions au sujet de leur vaccin à réaliser. On peut donc en déduire que le pharmacien est considéré comme un interlocuteur adapté dans le suivi des vaccinations. Parfois même avant le médecin, certainement pour des raisons « pratiques ». Il serait donc tout à fait envisageable que le pharmacien puisse avoir un rôle plus important dans le suivi des vaccinations.

D'ailleurs, après la loi HPST, le rapport IGAS (Inspection générale des affaires sociales) de 2011 établit plusieurs recommandations pour le pharmacien à propos de la vaccination.

« Recommandation n°24 : Organiser le suivi vaccinal des patients par les pharmaciens ; il

est proposé de vérifier le statut vaccinal des patients à l'officine et de leur indiquer les rappels à pratiquer ». (Pierre-Louis Bras, 2011)

Il a déjà été évoqué en avril 2013 par Marisol Touraine, que le DP⁵ pourrait servir de support au suivi vaccinal. Ainsi le conseil de l'ordre des pharmaciens et les services du ministère ont étudié cette possibilité. Une des difficultés principales à ce projet est d'étendre la durée de l'accès à l'historique des vaccins à plus de 4 mois. D'après Isabelle Adenot, présidente de l'Ordre des pharmaciens, le dossier pharmaceutique est techniquement prêt pour servir de support au carnet de vaccination électronique. (Univadis, 2014) (Direction des technologies en santé, 2014) Le décret permettant l'allongement de la durée de conservation à 21 ans, des données relatives à la dispensation des vaccins est paru le 24 février 2015. Ainsi, l'Ordre des pharmaciens opère pour proposer mi-2015, le DP-vaccination. Cet outil permettrait, lors de la consultation d'un DP, d'alerter le pharmacien par des « pop-up » qu'un renouvellement de vaccination est à envisager. Toutefois, ce système présenterait un inconvénient car il sera basé sur la délivrance du vaccin et non l'administration. Ainsi un lien entre le DMP et le DP est à envisager. (Ordre National des pharmaciens, 2015)

Aussi avant de mettre en application de nouveaux outils j'ai trouvé utile de connaître l'opinion des patients sur ce partage d'informations, ainsi que celui des médecins et des pharmaciens.

b. Prospective d'utilisation, adhérence du patient

Si le pharmacien était au courant de vos vaccinations et vous avertissait de celles que vous pouvez effectuer dans l'année; vous trouveriez cela:

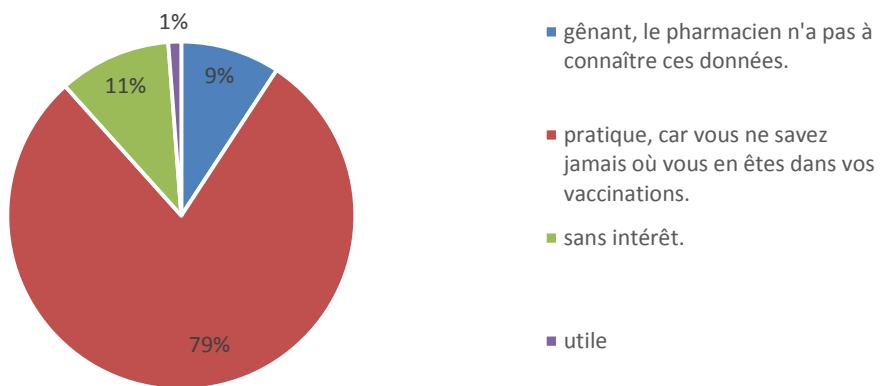


Figure 8 : avis de la population générale pour le partage des données concernant la vaccination avec le pharmacien

⁵ Le Dossier Pharmaceutique est abordé de façon plus détaillé au chapitre VI.

On voit ici que 89% de cette population aimerait qu'un professionnel de santé les avertisse des vaccins et rappels à effectuer, mais 9% de cette population serait gêné que le pharmacien puisse connaître ces données. Seulement 11% trouveraient cela inutile puisqu'ils font partie de la population qui connaît ses vaccinations.

c. Prospective d'utilisation, adhérence du pharmacien

Puisque peu de pharmaciens ont adhéré au carnet de vaccination électronique, vont-ils participer d'avantage au DP vaccination ?

Si une alerte informatique apparaissait par le biais du DP en vous informant que votre patient peut se faire vacciner dans l'année (nom du vaccin ou du rappel, date du dernier réalisé), vous trouveriez cela :



Figure 9 : avis des pharmaciens, implication dans le suivi des vaccinations

Parmi ces pharmaciens 97% sont prêts à jouer un rôle dans le suivi des vaccinations et informer leur patient si un pop-up apparaissait via le DP. Seulement 2%, ne seraient pas favorables à participer à ce projet, parmi les 1% de réponses libres, certains trouvent cela trop « intrusif », **d'autres pensent que ce rôle relève uniquement du médecin, d'autres que les patients ne seraient pas intéressés et pour finir certains pensent qu'il faudrait que tous les patients aient un DP ouvert pour que cela ait un intérêt.** On peut déjà répondre aux doutes de certains pharmaciens, puisque nous avons vu au-dessus que 80% de la population interrogée trouverait cela pratique que le pharmacien puisse les avertir des rappels à effectuer et seulement 9% trouveraient cela intrusif. Par contre un autre problème est soulevé, même si 98,3% des officines sont équipées du DP, en 2013, on compte 24 866 **297 de DP actif, si l'on considère les chiffres de l'Insee** (Institut national de la statistique et des études économiques) 65 543 000 habitants **pour la même année, il y a donc pour l'année 2013, 38%** de la population qui possède un DP actif. (Insee 2, 2014) (Direction des technologies en santé, 2014) Nous sommes effectivement loin des 90% de couverture à atteindre.

d. Mise en œuvre

Aussi un autre problème à soulever, en plus de la durée d'accès aux données, que je n'ai pas retrouvé mentionné est l'inactivation automatique du DP après 36 mois de non consultation. Ici il serait impératif de laisser actif le DP d'autant plus s'il concerne les patients qui consultent peu. Cependant, d'après ces réponses on peut déjà envisager que tout comme le DP, la participation des pharmaciens au

DP vaccination sera un succès ! Mais il reste tout de même à résoudre quelques problèmes : **la validation de l'administration du vaccin après la délivrance**, augmenter le nombre de DP actifs et ne pas supprimer un DP automatiquement. Déjà en 2008, un Programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017, établit des points essentiels, notamment celui de simplifier le **calendrier vaccinal et l'accès aux données du carnet de vaccination**. Comme envisagé dans le rapport IGAS de 2011, il est en projet d'insérer le carnet de vaccination électronique au sein du DP. Le CNOP (Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens) a travaillé à ce propos toute l'année 2013, pour présenter et convaincre le Ministère en charge de la santé que le DP pourrait être l'outil permettant d'améliorer la couverture vaccinale. (Le Quotidien du Pharmacien, 2014) La tâche ne fut pas vaine, puisque le décret du 24 février 2015⁶, permettrait la mise en place du DP-vaccination pour mi-2015, grâce à la possibilité de conserver les données relatives à la vaccination pendant 21 ans. (Ordre National des Pharmaciens, 2015)

D. La vaccination par le pharmacien

Ce rapport évoque également la possibilité que le pharmacien puisse réaliser les **vaccins à l'officine**. Alors que peu de temps avant, le Programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017 suggère dans le paragraphe « faciliter l'accès à la vaccination en s'appuyant sur les Agences régionales de santé » qu'il doit être envisagé de permettre aux médecins libéraux de disposer de vaccins au sein de leur cabinets, en lien avec les pharmaciens. (Sous-direction prévention des risques infectieux, 2012-2017) Pourtant Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, en avril 2013, a évoqué au Sénat, que des pistes étaient à l'étude pour étendre l'autorisation de prescrire et de réaliser des vaccins à d'autres professionnels de santé que les médecins. Il est donc envisageable que les pharmaciens puissent effectuer des rappels au sein de leurs officines. Mais la fédération de syndicats des médecins généralistes et la Fédération nationale des infirmiers sont contre cette possibilité.

J'ai donc interrogé les patients, pharmaciens et médecins pour connaître leur avis.

⁶ Décret no 2015-208 du 24 février 2015 portant sur les durées d'accessibilité et de conservation dans le dossier pharmaceutique des données relatives à la dispensation des vaccins et des médicaments biologiques

Seriez-vous favorable au fait que ce soit le pharmacien qui vous vaccine ?



Figure 10 : vaccination par le pharmacien, avis de la population générale

On voit ici que les avis sont mitigés et qu'à peine plus de la moitié de la population serait prête à se faire vacciner par le pharmacien. Ainsi les investissements de la part des pharmaciens ne seraient-ils pas réalisés en vain ?

La vaccination par le pharmacien vous poserait-elle un souci ?

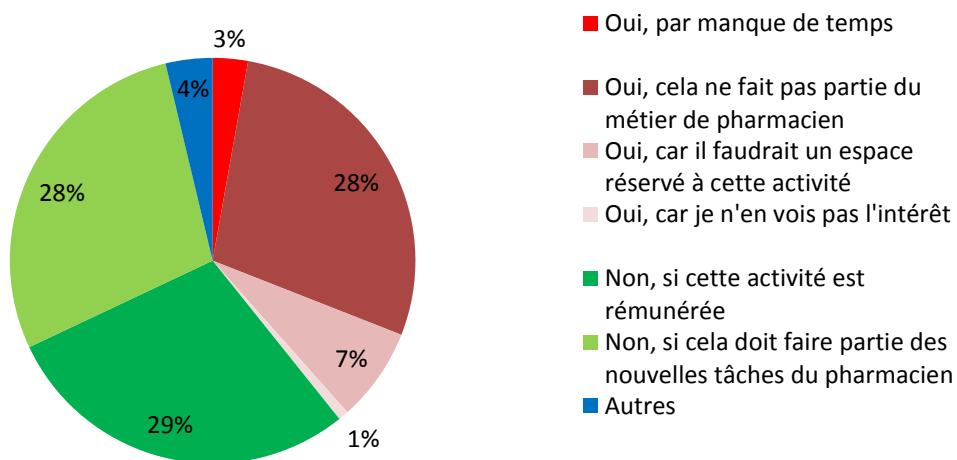


Figure 11 : vaccination par le pharmacien, avis des pharmaciens

39% des pharmaciens interrogés ne souhaitent pas vacciner les patients. Parmi eux 72% y sont réticents car ils considèrent que cela ne fait pas partie du métier de pharmacien, avant les problèmes techniques comme le manque d'espace ou de temps. 57% des pharmaciens interrogés n'y voient pas d'inconvénients, à condition que cette action soit rémunérée pour 51% d'entre eux. Donc, on voit que les pharmaciens aussi ont un avis mitigé quant à développer cette nouvelle tâche. Là encore si seulement la moitié des officines compte participer à cette nouvelle mission l'impact sanitaire ou économique peut-il être perceptible ?

D'ailleurs cela poserait un problème pour 75% des médecins interrogés que les pharmaciens puissent effectuer **les rappels à l'officine**, ce qui appuie **l'avis des syndicats des médecins généralistes**. Aussi un objectif de la loi HPST en donnant de nouvelles missions aux pharmaciens est de renforcer la coordination des professionnels de santé autour du patient, ainsi les décisions ne devraient elles pas être prises ensemble pour pouvoir fonctionner ensemble, et non contre un avis majoritaire des professions mitoyennes au parcours de soin du patient ?

III. Suivi, prévention, dépistage chez la femme en France

1) La contraception oestroprogesterative

A. Pour quelles raisons effectuer un suivi ?

a. Brève actualité presse

Le retrait de Diane 35 et ses génériques en mai 2013, puis sa remise sur le marché au début de l'année 2014 a suscité beaucoup d'interrogations de la part de ses utilisatrices. En effet, la presse s'est emparée de cette polémique entraînant beaucoup de craintes auprès des patientes sous Diane 35 ou autres contraceptifs oraux. Ainsi, certaines patientes prenant un contraceptif oral de 3^{ème} génération depuis plusieurs années ont souhaité changer de contraception, voire même interrompre leur contraceptif oral. Parfois des médecins préféraient passer à une 2^{ème} génération, d'autres comme les dermatologues étant conscients du risque que comportait Diane 35® et l'utilisant dans l'indication de l'acné modéré à sévère, conseillaient à leur patiente de se faire délivrer leurs « pilule » à l'étranger (Notamment au Luxembourg pour les patientes de Moselle). Les risques et les indications de ces méthodes contraceptives étant connus depuis longtemps, ce retrait a pu paraître extravagant pour les professionnels de santé. Mais peut-être fallait-il en arriver à ce bousclement pour rappeler que la « pilule » reste un médicament avec ces indications et contre-indications, de plus celle-ci est prise de manière continue et nécessite donc un suivi de traitement. Cette anecdote nous rappelle l'importance d'informer les patients sur les risques de leur traitement et l'intérêt d'effectuer un suivi régulier.

b. Effets indésirables, limitation des risques

Après plusieurs études épidémiologiques, il a été admis que la contraception oestroprogesterative était associée à une augmentation significative du risque thromboembolique veineux (phlébite voir embolie pulmonaire) et ce risque était plus élevé avec un oestroprogestatif comprenant un progestatif de 3^{ème} génération par rapport à un de 2^{ème} génération. Ce risque augmente également chez les femmes présentant d'autres facteurs de risque de type obésité ou antécédent familial de thrombose veineuse. Le risque d'accident artériel (infarctus du myocarde ou ischémique cérébral) augmente seulement en cas de facteurs associés tel que l'âge supérieur à 35ans, le tabac, l'hypertension artérielle. Ces constatations admises dès les années 60, ont conduit déjà depuis 1997, l'agence du médicament à établir des contre-indications et à déconseiller les oestroprogestatifs pour certaines situations. (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Décembre 1998)

Etant donné que la contraception oestroprogesterative orale est une des plus utilisée en France et notamment chez la femme jeune du fait de sa facilité **d'utilisation il convient de prévenir les risques.**

c. Contre-indications

Il existe plusieurs contre-indications absolues concernant la contraception oestroprogesterative, nous pouvons citer les principales :

- **Dans les 6 semaines suivant l'accouchement chez une femme qui allaité** (risque thromboembolique)
- Chez les fumeuses de plus de 35 ans (plus de 15 cigarettes)
- En cas de cancer du sein en cours
- **En cas d'hypertension artérielle nouvelle ou** traitée supérieure à 160-100 mmHg
- **En cas d'antécédents cardiovasculaire** (ex : AVC (Accident Vasculaire Cérébrale), IDM...) et thromboemboliques personnels (ex : phlébite...). Les antécédents thromboemboliques veineux familiaux au 1er degré sont **de l'appréciation du prescripteur.**
- En cas de chirurgie majeure avec immobilisation prolongée
- En cas de migraines avec aura ou signes neurologiques, ou de migraines quelconques après 35 ans
- En cas de diabète avec complications micro-ou macro angiopathiques, ou de diabète évoluant depuis plus de vingt ans
- En cas de pathologies hépatiques ou vésiculaires graves en cours

d. Limitation des risques

Plusieurs recommandations ont été établies pour **l'initiation d'un contraceptif oestroprogestatif** (anneau, patch, pilule) et son suivi, afin de limiter ces risques.

En effet avant d'initier une contraception oestroprogesterative, il est recommandé de procéder à un recueil **d'informations concernant** :

- les antécédents familiaux chez les apparentés au premier degré (parents, **frères et sœurs ou enfants**) **d'accidents thromboemboliques veineux ou artériels** (âge de survenue et si possible circonstances de survenue), hypertension artérielle (HTA), diabète, dyslipidémie ;
- **les antécédents personnels d'accidents thromboemboliques veineux ou artériels**, HTA, diabète, dyslipidémie, migraine avec ou sans aura,
- les habitudes de vie (tabac...), **l'âge, les traitements en cours...**

Il est également recommandé **d'effectuer un bilan biologique**, qui doit comprendre un dosage du cholestérol total, des triglycérides et une glycémie à jeun. **S'il existe des** antécédents familiaux de dyslipidémie, le bilan biologique doit être effectué avant **l'initiation d'une telle contraception et 3 à 6 mois après**. **A l'initiation du traitement, s'il n'y a pas d'antécédents personnels ou familiaux de maladie métabolique ou thromboembolique**, que la patiente ne fume pas et

que l'examen clinique est normal, le bilan biologique peut être effectué dans les 3 à 6 mois après la prescription.

Ce bilan biologique est à renouveler tous les 5 ans, si celui-ci est normal et que la clinique ou les antécédents familiaux n'engendrent pas de risques supplémentaires) d'accidents thromboemboliques veineux ou artériels.

En cas d'antécédent personnel ou familial de maladie thromboembolique (survenue chez un apparenté au premier degré avant l'âge de 50-60 ans) il pourra comporter en complément un bilan d'hémostase.

Ces facteurs de risques sont à réévaluer à chaque prescription (tabagisme, âge, clinique avec tension artérielle...)

B. Recommandations de suivi et prévention

a. Estimation de suivi des recommandations

D'après l'HAS (Haute autorité de santé) il est recommandé d'effectuer des examens biologiques (cholestérol total, triglycérides et glycémie à jeun) tous les 5 ans si tout est normal pour une contraception oestroprogestative.

Habituellement, à quelle fréquence votre médecin vous prescrit-il une prise de sang concernant la pilule si tout est normal?



Figure 12 : pratique dans le suivi des femmes sous contraceptif oral selon ces utilisatrices

Ici, selon 41% des femmes les recommandations de la HAS ne seraient pas respectées, alors que 37% des femmes seraient « sur-dépistées ». (Le terme « sur-dépisté » est peut-être inapproprié puisque nous ne connaissons pas les raisons du suivi plus rapproché que celui recommandé : demande de la patiente, présence de facteurs de risques?...)

Remarque : Ces données ne prennent pas en compte les autres moyens de contraception oestroprogestatif, type patchs ou anneaux. Aussi elles ne permettent pas de différencier les pilules combinées des autres qui ne sont pas concernées par cette recommandation, mais si cette population est

représentative de la population générale on sait que parmi les femmes utilisant la pilule, moins de 20% d'entre elles utilisent une pilule uniquement progestative.

b. Niveau d'information de la patiente

Même si l'estimation de suivi ci-dessus n'est pas fiable, on peut tout de même se rendre compte que 23% des femmes interrogées disent ne jamais avoir fait de prises de sang pour ce motif. Donc soit c'est effectivement le cas et alors il y aurait une instauration d'oestropogestatif de la part du prescripteur sans prise en compte du risque thromboembolitique, ou alors la patiente n'a pas connaissance du motif de ses prises de sang et bilans biologiques. Dans les deux cas, on peut conclure qu'environ un quart des femmes ne sait pas qu'un bilan biologique est nécessaire pour le suivi de leur contraceptif oestropogestatif, ainsi ces patientes ne mesurent peut-être pas le risque qu'engendre leur moyen de contraception et ne peuvent donc pas être responsables de leur suivi et prévention.

C. Rôle du pharmacien

Depuis la loi HPST, les rôles du pharmacien dans la prévention et l'éducation sanitaire ont été officialisé. Aussi par cette loi une modification du premier alinéa de l'article L. 5125-23-1 du Code de la Santé publique, offre la possibilité aux pharmaciens d'officine de renouveler la contraception orale pour une période de 6 mois supplémentaires. Ce renouvellement peut être effectué sous certaines conditions, l'ordonnance expirée doit dater de moins d'un an et le renouvellement peut se faire pour une période maximale de 6 mois non renouvelable. Il n'est pas possible de renouveler un contraceptif oral figurant sur la liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition de « l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ». Avant de renouveler un contraceptif oral nous pouvons seulement interroger la patiente sur ses habitudes de vie, s'il n'y a pas eu de changement suivant sa dernière consultation concernant sa contraception, type tabagisme ou migraine. Mais nous n'avons aucune information concernant le suivi biologique et clinique. Ainsi notre rôle de prévention et d'éducation sanitaire reste très limité dans ce contexte.

2) Dépistage, prévention chez la femme

A. Le cancer du col de l'utérus

a. Situation, impact sanitaire en France

Le cancer du col de l'utérus est le dixième cancer le plus fréquent chez la femme. Le pic d'incidence du cancer du col de l'utérus se situe vers 40 ans et l'âge médian au diagnostic est de 51 ans. Il est rare chez les femmes âgées de moins de 30 ans et celles âgées de plus de 65 ans.

La survie des femmes ayant un cancer du col de l'utérus dépend de différents facteurs pronostiques : la survie à 5 ans est comprise entre 84 et 93 % pour les cancers de stade I et 35 % pour les cancers de stade IV. (HAS, 2013)

En 2009, le plan cancer 2009-2013 fixe des objectifs concernant le cancer du col de l'utérus, comme celui d'augmenter à 80 % la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus de la population cible ; réduire les inégalités sociales d'accès et de recours au dépistage; augmenter la couverture vaccinale en incitant les jeunes femmes âgées de 14 à 19 ans révolus à se faire vacciner contre le papillomavirus humain. (HAS, 2013)

b. Facteurs et Cofacteurs de risque

Le facteur de risque majeur de cancer du col de l'utérus est l'infection génitale persistante par le papillomavirus humain (HPV). Il a été identifié que les génotypes 16 et 18 étaient responsables de 71 % à 82 % des cancers invasifs du col de l'utérus.

Concernant les cofacteurs de risques, la prévalence de l'infection à papillomavirus humain est liée à l'activité sexuelle de l'hôte, en effet il existe un pic de prévalence vers l'âge de 20-24ans, une tranche d'âge où l'activité sexuelle est plus élevée en nombre de rapports et de partenaires. La multiplicité des partenaires serait également un facteur principal dans l'infection à papillomavirus.

Le tabagisme est un facteur exogène augmentant le risque de cancer du col de l'utérus, l'utilisation prolongée de contraceptifs oraux sur une période de plus de 5ans serait également un cofacteur de risque. On peut citer aussi, l'immunodéficience, la co-infection par le VIH, ou autre maladie sexuellement transmissible. (HAS, 2013)

c. Prévention

La prévention contre le cancer du col de l'utérus, peut se faire sur deux fronts en France. Tout d'abord, comme exposée en première partie, il existe deux vaccins participant à la prévention primaire du cancer du col de l'utérus. Même si ces vaccins ont une efficacité proche de 100% contre les génotypes visés par ceux-ci, ils ne protègent que contre 70 % des papillomavirus oncogènes pour le col de

l'utérus. Aussi pour connaître le réel impact de ces vaccins nous avons besoin d'un recul d'au moins 10 ans (soit pas avant 2016-2017). Ainsi la vaccination ne vient que renforcer l'autre mesure de prévention qui consiste au dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par le frottis cervico-utérin. (HAS, 2013)

d. Recommandations

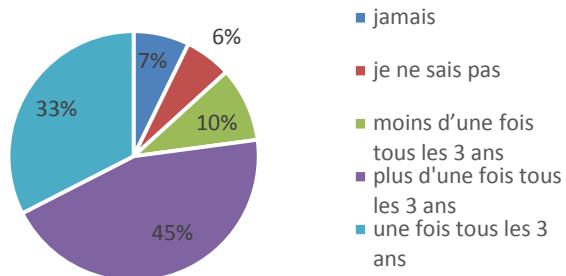
Selon les recommandations de la HAS, la vaccination doit être proposée à toutes les filles âgées de 11 à 14 ans, un rattrapage est possible jusqu'à 19 ans. Ensuite il est recommandé de recourir au dépistage.

En France le dépistage du cancer du col de l'utérus est en majorité un dépistage spontané ou individuel. Il est recommandé d'effectuer un FCU chez la femme ayant ou ayant eu une activité sexuelle. L'âge de début de dépistage est recommandé à 25ans, les cas de cancer avant l'âge de 30 ans étant très rares, sauf dans certaines circonstances, le dépistage peut-être anticipé. Le dépistage consiste en la réalisation de 2 FCU à 1 an d'intervalle puis d'un tous les 3 ans si tout est normal et ce jusqu'à 65 ans, étant donné la forte diminution du risque de développer un cancer du col utérin après cet âge. Les femmes ayant eu une hysterectomie totale ou ayant des antécédents de FCU anormal ou de cancer sont exclues de ce schéma de dépistage. La répétition des FCU permet de compenser le manque de sensibilité d'un seul FCU (de l'ordre de 60 %) et de rendre ce dépistage efficace. Il n'est pas considéré utile de rapprocher davantage les FCU aux vues de l'évolution lente de progression de cancer du col de l'utérus. (Entre 10 et 20 ans pour progresser d'un stade précancéreux au stade de cancer invasif). (HAS- Service évaluation économique et santé publique, 2010)

e. Dépistage et suivi

Si on s'intéresse à la couverture du dépistage en France chez les femmes âgées de 25 à 65 ans, de 2003 à 2008, le nombre de femmes dépistées augmente, mais le taux de couverture diminue légèrement. Le taux de couverture pour les années 2006-2008 est approximativement de 57%. D'après une enquête déclarative de l'Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), 80% des femmes de 20 à 65 ans ont déclaré avoir eu un FCU au cours des 3 dernières années. J'ai également interrogé la population de femmes à ce propos.

En moyenne, à quelle fréquence effectuez-vous des frottis cervicaux si tout est normal?



On voit ici que 17% des femmes interrogées sont sous-dépistées, alors que 45% seraient sur-dépistées et seulement 35% bénéficiaient d'un dépistage conforme aux recommandations. Ces déclarations ne permettent pas de se rendre compte des femmes avec antécédents de FCU anormaux ou cancer ou des femmes hystérectomisées.

Figure 13 : Pratique concernant le suivi des femmes, dans la prévention du cancer du col de l'utérus, selon les femmes

Le suivi de ces recommandations a également été évalué par l'Assurance Maladie.

Tableau II : Tableau récapitulatif du dépistage des femmes sur une période de 6 ans (EGB)

Dépistage sur 6 ans	Nombre de femmes de 25 à 65 ans	Pourcentage
Aucun FCU	30 757	28,3 %
Un seul FCU	21 134	19,5 %
Au moins deux FCU		
à un rythme moyen inférieur à 18 mois	18 208	16,8 %
à un rythme moyen entre 18 mois et 2 ans et demi	25 875	23,8 %
à un rythme moyen entre 2 ans et demi et 3 ans et demi	8 532	7,9 %
à un rythme moyen supérieur à 3 ans et demi	4 074	3,8 %
Ensemble	108 580	100,0 %

(HAS- Service évaluation économique et santé publique, 2010)

D'après les données ci-dessus de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) de l'Assurance Maladie, on s'aperçoit que 51,6% des femmes de 25 à 65 ans bénéficient d'un dépistage à un rythme sous-optimal (aucun FCU ou FCU à un rythme moyen supérieur à 3ans et demi). Alors que 40,6% des femmes ont un suivi trop rapproché et seulement 7,9% des femmes ont un rythme de dépistage optimal. Même si ces données sous-estiment le taux réel de couverture, puisqu'ils ne tiennent pas compte des FCU réalisés à l'hôpital et des bénéficiaires des autres régimes.

Lorsqu'on prend en compte ces données, les volumes de FCU réalisés correspondraient à une couverture du dépistage de près de 90% si toutes les femmes concernées ne faisaient qu'un seul dépistage tous les trois ans. Aussi on remarque que les femmes suivies par un gynécologue effectuent en moyenne un FCU tous les 21 mois (au lieu des 36 recommandés). On perçoit donc ici des inégalités de suivi alors que pour un même nombre de FCU réalisés, soit les mêmes dépenses publiques et autres, le rythme des FCU pourrait être optimal pour 90% des femmes concernées par ce dépistage.

f. Informations des femmes sur le suivi, la prévention

Le principal facteur de risque du cancer de l'utérus étant l'infection à papillomavirus humain, avec l'activité sexuelle comme cofacteur, il est donc essentiel de prévenir les femmes de ces facteurs de risques dès les premières consultations **concernant la contraception**. D'ailleurs grâce au vaccin, la jeune femme est déjà sensibilisée à la prévention du cancer du col de l'utérus. L'information sur le dépistage et le suivi régulier est donc essentiel et vient renforcer la vaccination.

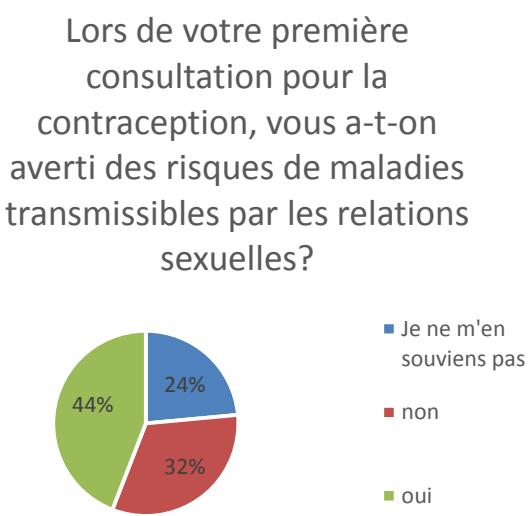


Figure 14 : Pratique concernant le suivi des femmes, dans la prévention du cancer du col de l'utérus, selon les femmes

Aussi, 19% de ces femmes ayant déjà consulté pour un moyen de contraception, ne connaissent pas les examens de prévention et seulement 30% de cette population auraient été informées par leur médecin.

Ici, 56% ne se souviennent pas ou n'ont pas été averties des risques de maladie sexuellement transmissibles lors de leur première consultation pour un moyen de contraception. Il y a donc un travail d'information supplémentaire par le médecin ou autres professionnels de santé à faire à ce niveau, étant donné que cette information peut être considérée en lien direct avec la prévention du **cancer du col de l'utérus** et donc permettre une meilleure adhérence à la vaccination HPV ou au dépistage par frottis.

B. Le cancer du sein

a. Situation, impact sanitaire en France

Pas loin de 50 000 cas de cancers du sein ont été diagnostiqués chez les femmes en 2012, en France. Près de 12 000 femmes, soit plus de 20%, en sont décédées, faisant du cancer du sein la première cause de mortalité féminine par cancer. Tout de même, l'incidence de ce cancer ainsi que sa mortalité associée tendent à diminuer, depuis 1990. (Institut National du Cancer 4, 2014)

En plus d'être le cancer le plus meurtrier il est également le plus fréquent chez la femme en France. Selon les statistiques, une femme sur huit, y sera confrontée au cours de sa vie. On sait que s'il est détecté à un stade précoce, il peut être guéri dans 9 cas sur 10. (Institut National du Cancer 3, 2014) Aussi plus il sera détecté précocement, moins il y aura de risque que les traitements soient agressifs ou mutilants. En effet, même si la femme survit à ce cancer, le traitement mutilant peut avoir un fort impact sur la psychologie de la femme.

b. Impact économique

L'Institut National du Cancer a estimé à 3,2 milliards d'euros le coût total du cancer du sein en 2004 en France. Ce total correspond pour une moitié aux coûts directs qui représentent les coûts engendrés par les traitements. Ce coût est estimé à 19000 euros par patiente et représente 13,4% des dépenses directes de tous les cancers confondus. L'autre moitié correspond aux coûts indirects qui sont la perte de production (jusqu'à 65 ans liés au décès estimé à 1,65 milliard d'euros), les arrêts maladies (114,6 millions d'euros) et les coûts psycho-sociaux avec stress angoisse, rupture familiale... (HAS 2, 2014)

c. Prévention, dépistage organisé

Après constatation, le cancer du sein survient dans 80% des cas après l'âge de 50 ans. Ainsi la Direction générale de la santé (DGS) a mis en place à partir de 1994 un programme de dépistage organisé du sein. En 2004 ce programme national s'est généralisé à l'ensemble du territoire. (HAS 2, 2014)

Ce programme s'adresse aux femmes âgées de 50 à 74 ans, sans symptôme, ni antécédent particulier de cancer du sein. Cette catégorie de femme est dite à risque « moyen » de développer un cancer du sein, ici seul leur âge est un facteur de risque. A partir de 50 ans les femmes de cette catégorie, reçoivent un courrier qui les invite à effectuer une mammographie et un examen clinique, une liste de médecins radiologues agréés y est jointe, pour faciliter la prise de rendez-vous. Il est possible de renvoyer un coupon réponse avec la date de la dernière mammographie réalisée si celle-ci date de moins de 2ans, afin que le courrier soit renvoyé tous les 2 ans à partir de cette date. Cette invitation permet la prise en charge à 100% par l'assurance maladie, sans avance de frais. Toutes mammographies jugées normales fait l'objet d'une seconde lecture par un

deuxième radiologue, puisque on évalue à 7% le nombre de cancer détecté lors du dépistage organisé par une seconde lecture. (Institut National Du Cancer, 2014)

Cependant pour les actes réalisés après un examen positif, il existe un reste à charge de 30% financé par les complémentaires ou la patiente. Aussi depuis 2010, certains radiologues facturent **un supplément pour l'archivage numérique de l'examen qui n'est plus pris en charge par l'assurance maladie**. (HAS/ Service évaluation économique et santé publique, novembre 2011)

d. Prévention, autres modalités de suivi

Dès 25 ans, il est recommandé pour toutes les femmes d'effectuer une palpation des seins tous les ans. Cet examen clinique peut-être réalisé par un généraliste, un gynécologue ou une sage-femme. Pour les femmes qui présentent un risque plus élevé de développer un cancer du sein, le médecin décidera des modalités de suivi les plus adaptées pour sa patiente, **tel qu'un dépistage par mammographie à effectuer tous les ans, une échographie ou autre.** (Institut National Du Cancer, 2014)

e. Adhérence au dépistage, suivi des recommandations

Tableau III : évaluation des taux de participation(en %) au programme national de dépistage organisé du cancer du sein en France depuis 2003

Année	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Taux de participation (%)	33.0	40.2	44.8	49.3	50.8	52.5	52.3	52.0	52.7	52.7	58	63.2

(Institut National du Cancer 4, 2015)

On voit ici que le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein est en augmentation de 2003 à 2007, puis de 2007 à 2012 il y a eu une stagnation, **suivi d'une augmentation de 2012 à 2014.** Cette augmentation pourrait être expliquée par la convention médicale de 2011, qui introduit pour tous les médecins le principe **d'une rémunération à la performance sur objectifs de santé publique.** Comprenant **l'objectif d'atteindre** un taux global de participation au dépistage du cancer du sein (i.e. 80% de patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie dans les deux ans). (HAS/ Service évaluation économique et santé publique, novembre 2011)

Par ailleurs l'Invs (Institut de veille sanitaire), estime aux alentours de 10% la participation supplémentaire des femmes ayant recours à un dépistage individuel ce qui équivaudrait globalement à un taux de participation au dépistage du cancer du sein de 60 à 70% en France. (Institut National du Cancer 4, 2014) Malgré un taux de participation **relativement important**, l'**objectif fixé à 80% de participation n'est pas atteint.**

IV. Le cancer colorectal

Au même titre que le cancer du sein le cancer colorectal est prévenu par un dépistage organisé, c'est pourquoi nous le traiterons également bien qu'il touche à la fois les hommes et les femmes.

1) Situation, impact sanitaire en France

En France, le cancer colorectal est le 2ème cancer le plus meurtrier derrière le cancer du poumon, avec presque 18000 décès en 2012 par cancer colorectal (12% des décès par cancer sont imputables au cancer colorectal). En d'autres termes, il tue 50 personnes par jour soit 4 fois plus meurtrier que les accidents de la route. En termes d'incidence, il est le 3^{ème} derrière la prostate et le cancer du sein, avec environ 42000 personnes atteintes par année, soit 12% des personnes atteintes de cancer. (Adcn, 2015) (INCa, 2015)

2) Impact du dépistage organisé du cancer colorectal en terme de santé publique

Différentes études ont été menées afin de déterminer l'impact d'un dépistage de prévention, réalisé en absence de symptômes ou d'antécédents familiaux. Il en est ressorti qu'un test de sang occulte dans les selles effectué tous les 2 ans entre 50 et 74 ans (80% des cas de cancer colorectal appartiennent à cette tranche d'âge), suivi d'une coloscopie en cas de positivité, diminuerait de 15 à 20% la mortalité par cancer colorectal pour une participation de 50% de la population.

Si on s'intéresse seulement aux participants du dépistage, on observe une diminution d'au moins 30% de la mortalité. Une étude réalisée en Bourgogne auprès de 91 200 personnes âgées de 45 à 74 ans et suivies pendant 11 ans, confirme cette diminution puisque les personnes ayant effectué au moins une fois le test de dépistage ont permis de réduire de 33% la mortalité par cancer colorectal. La HAS estime dans un rapport de 2008, que le dépistage organisé permettrait d'éviter 1000 décès par cancer colorectal par an. (INCa, 2015) (Institut National Du Cancer 2, 2014)

3) Respect des recommandations, participation au dépistage organisé

Le dépistage organisé du cancer colorectal est généralisé en France à partir de 2008. Pour la période 2012-2013, on note un taux de participation de 31% seulement. Ce taux est inférieur à l'année précédente. Aussi, il est inférieur à l'objectif européen minimal acceptable de 45% de participation et bien en deçà des 65% souhaitables. (INVS, 2014) Un nouveau test immunologique serait prévu pour mars 2015, et permettrait peut-être d'améliorer ce taux de

participation, puisqu'il serait plus sensible et plus simple d'utilisation avec un seul prélèvement de selle contre 3 actuellement. (Eustache, 2014)

Aussi on peut noter que même si 66% des médecins généralistes se sentent concernés par l'adhésion de leurs patients à ce dépistage, il s'avère que seulement 34% d'entre eux le vérifie systématiquement à chaque consultation des patients âgés de 50 à 74 ans, contre 56% pour le dépistage du cancer du sein et 45% pour le cancer du col utérin. (Institut National Du Cancer 2, 2014)

Pour connaître les raisons de cette faible participation à ce dépistage organisé, j'ai d'abord voulu savoir si la population concernée en était informée, c'est-à-dire les personnes âgées de 50 à 75 ans. J'ai donc interrogé la population à partir de 45 ans, car il me semble essentiel d'informer les gens en amont.

92% des personnes interrogées savent qu'il existe un test de dépistage simple, rapide et gratuit. 98% des 50-75 ans disent avoir reçu une lettre à leur domicile les invitant à effectuer ce test. 55% des personnes ayant reçu la lettre disent avoir réclamé le test à leur médecin et 16% d'entre eux ne pensent jamais le réclamer. La totalité des personnes ayant réclamé le test l'ont effectué, ou réalisé des coloscopies car elles font partie des personnes à risque. D'après ces résultats, on peut penser que le nouveau test plus simple prévu pour mars 2015 ne permettra pas forcément d'améliorer la participation des personnes puisque celles qui le réclament l'effectuent, donc ce n'est pas tant la difficulté du test qui pose problème mais la volonté ou la compréhension de l'importance d'effectuer ce test. Peut-être que si ce nouveau test convainc davantage les médecins à faire participer les patients, alors il pourrait y avoir une amélioration des participations. 85% des personnes qui réalisent ce test savent à quelle fréquence il est préférable de le réaliser, tandis que seulement 29% des personnes qui ne le réalisent pas sont au courant.

Pharmagest m'a également renseigné sur les résultats obtenus à partir des questionnaires proposés via leur logiciel métier au pharmacien pour les patients concernés. En lorraine, 93% connaissent le dépistage organisé du cancer colorectal. 38% ont reçu le test par courrier et 58% ont déjà fait un test de dépistage. 74% des personnes sont suivies régulièrement. Si l'on compare à l'enquête réalisée sur la France entière hors Lorraine, 89% connaissent ce test, 77% ont reçu une lettre les invitant à effectuer ce test et 67% des personnes sont suivies régulièrement. (Ces chiffres sont sensiblement inférieurs à ceux de la Lorraine).

D'après ces exemples, l'objectif de prévention par dépistage individuel ou organisé n'est pas atteint. Ceci, malgré les bénéfices importants qu'il pourrait générer tant au niveau individuel, qu'au niveau de santé publique en terme humain et économique. Tout comme la vaccination, quel moyen pourrait permettre d'impliquer davantage les professionnels de santé et la population ?

4) Quel outil pour améliorer le suivi du dépistage organisé ?

L'Etat et l'Assurance maladie ainsi que certains conseils généraux financent des organisations locales pour la promotion des dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal (et pour certains départements du cancer du col de l'utérus). Ces structures qui sont pour 90% d'entre elles de nature associative (ADECA 54, AMODEMACES, AVODECAS...) gèrent les fichiers des personnes ciblées par le dépistage, elles envoient les lettres invitant les personnes à se faire dépister et les relancent si nécessaire. Elles participent à la sensibilisation des personnes concernées, organisent des formations pour les professionnels de santé, elles assurent le suivi des dépistages, collectent les données pour l'évaluation des programmes et les transmettent à l'InVS, elles sont également responsables d'approvisionner les médecins généralistes en tests de dépistage pour le cancer colorectal. Ainsi comme nous avons vu, ces tests de dépistage organisés sont pris en charge à 100% par l'Assurance maladie et sont donc gratuits pour le patient pour éviter d'ajouter un obstacle supplémentaire à la réalisation du test.

L'enquête réalisée en 2013 en France, par la ligue contre le cancer et diffusée via Pharmagest, a permis de sensibiliser plus de 9000 patients en 15 jours au dépistage du cancer colorectal. Pourtant, moins de 1400 pharmacies ont participé à cette enquête, ce qui représente seulement 18% des pharmacies. Par ces interventions, on démontre bien la capacité du pharmacien à informer un grand nombre de patient en un temps limité. Aussi, avec seulement 18% de pharmacies participantes 9000 personnes furent sensibilisées, pourrait-on alors penser qu'une incitation pour les pharmaciens permettrait peut-être de faire progresser le nombre de participants et ainsi augmenter le nombre de personnes sensibilisées ?

5) D'après les patients, le pharmacien a-t-il un rôle à jouer en matière de prévention ?

Si le pharmacien avait la possibilité de savoir si vous avez effectué ce test, et vous informait des tests de prévention que vous pouvez réaliser gratuitement. Vous trouveriez cela :

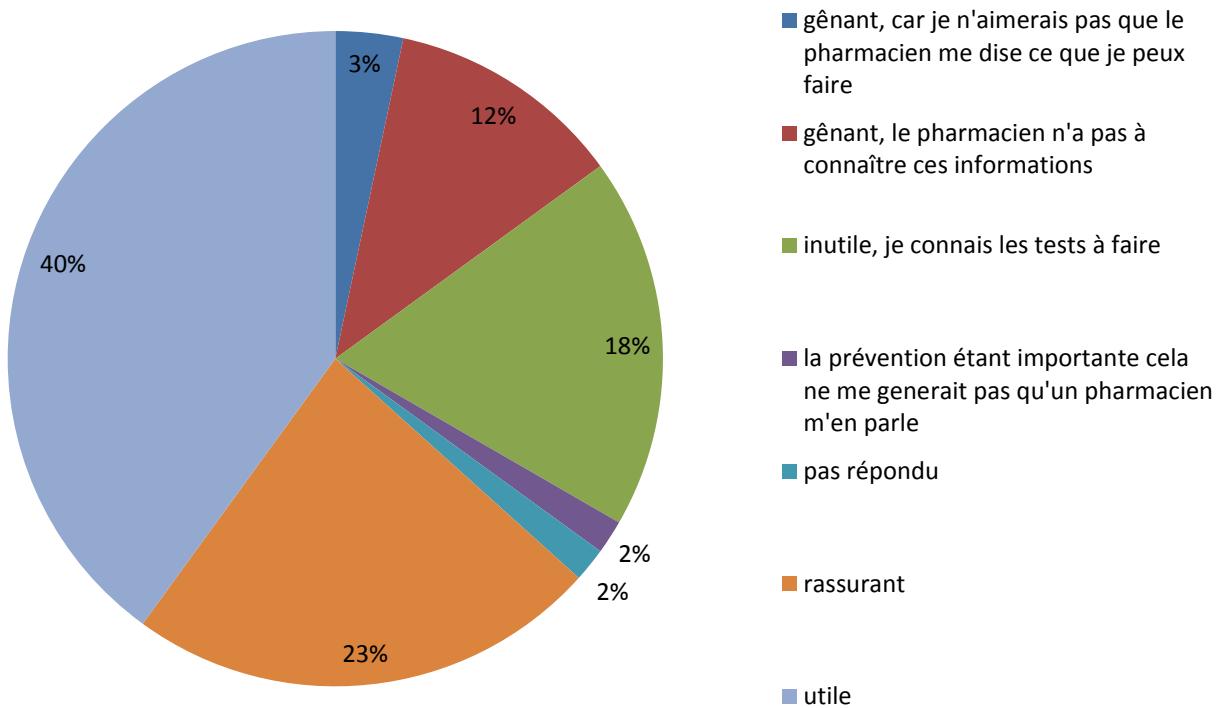


Figure 15 : avis de la population âgée de 45 à 75 ans, concernant le partage de données autour de la prévention du cancer colorectal, avec le pharmacien

On voit ici que pour 65% des personnes interrogées, le fait que le pharmacien connaisse sa situation du point de vue **du dépistage organisé et l'en informe, serait utile voir même rassurant pour un tiers d'entre eux.** 15% trouveraient cela gênant, le rapport avec le pharmacien étant peut-être moins intime qu'avec leur médecin. Et 18% ne trouveraient pas cela utile car ils sont déjà suivis correctement. Ainsi la connaissance de ces données par le pharmacien, paraît envisageable.

6) L'outil informatique pourrait-il améliorer le suivi du patient par son médecin généraliste

Si une alerte vous informait de l'examen préventif à réaliser, vous trouveriez cela :

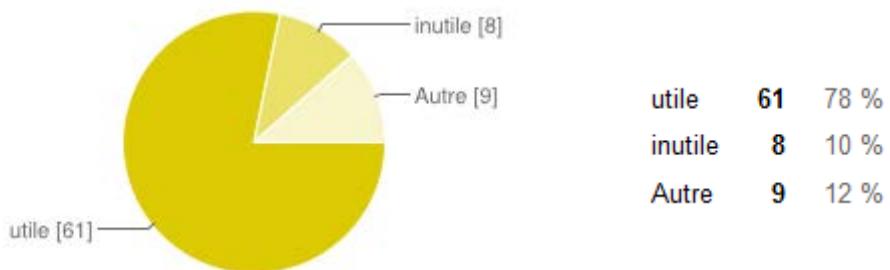


Figure 16 : avis des médecins généralistes, concernant l'alerte automatique autour des examens préventifs

On voit ici que 78% des médecins interrogés trouveraient **utile** d'avoir une alerte qui puisse servir de rappel pour l'examen préventif à réaliser.

Pour les réponses autres, certains ont répondu qu'il existait déjà des alertes dans leur logiciel ou qu'ils les créaient eux-mêmes. D'autres pensent que les courriers que reçoivent leurs patients à la maison sont suffisants, quelques-uns que leurs patients sont plus au courant de leur suivi de prévention que de leur suivi de vaccination et un dernier suggère que ces alertes seraient utiles seulement si l'examen n'a pas été réalisé après la date prévue.

Seulement 10% trouveraient cela inutile.

Ainsi l'outil informatique dans le cas de la prévention pourrait être apprécié des médecins et peut-être permettre d'améliorer la participation aux tests de dépistage du cancer colorectal.

7) Quelle implication de la part du pharmacien dans la prévention du cancer colorectal ?

En interrogeant les pharmaciens, il y a environ la moitié d'entre eux à qui il arrive de délivrer des tests Hémocult. Ici, le pharmacien est peu sollicité, en effet le patient peut se procurer le test gratuitement chez son médecin généraliste. (l'Assurance maladie, 2015)

Plus de 90% des personnes délivrant les médicaments au comptoir savent ce qu'est un Hémocult même s'ils n'en délivrent pas. Ainsi la connaissance en matière de prévention du cancer colorectal est relativement bonne de la part des pharmaciens et préparateurs.

Si une alerte vous informait de l'examen préventif à réaliser dans les mois à venir par votre patient, vous trouveriez cela: (ex : votre patiente a bientôt 50 ans, selon l'HAS il est recommandé de réaliser une mammographie)

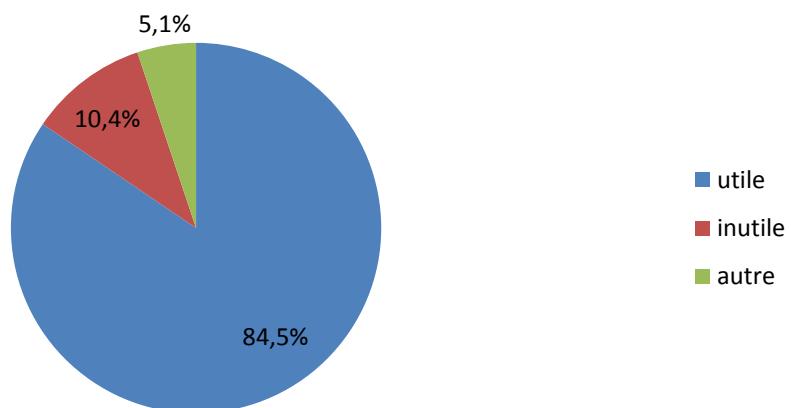


Figure 17 : avis des pharmaciens, concernant l'alerte automatique autour des examens préventifs

Tout comme les médecins la grande majorité des pharmaciens trouverait utile d'être alerté des examens préventifs à réaliser pour leur patients. Parmi les 5% qui ont donné une réponse libre certains pensent que c'est uniquement le rôle du médecin, d'autres trouvent qu'il ne faut pas être envahi d'alertes, d'autres pensent que cette prévention serait une tâche supplémentaire qui mériterait d'être rémunérée, certains pensent que la prévention est un sujet trop intime pour être abordée au comptoir, d'autres pensent comme les médecins que les courriers sont suffisants pour informer les patients.

Si vous deviez cocher le fait d'avoir prévenu ou non le patient de l'alerte, trouveriez-vous cela gênant ?

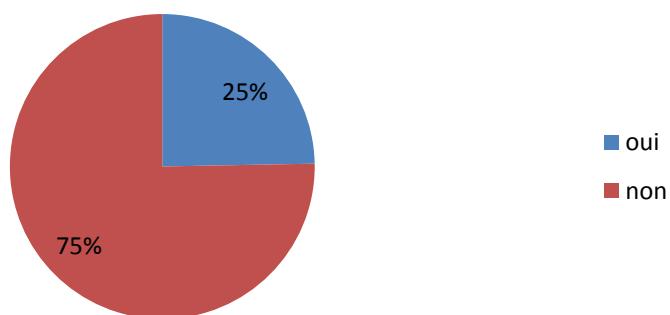


Figure 18 : avis des pharmaciens, concernant la validation informatique de la communication d'information au patient

Seul un quart des pharmaciens trouveraient gênant de valider l'information délivrée au patient. La plupart trouverait cela trop chronophage, d'autres ont peur d'un contrôle et d'une responsabilité supplémentaire, effectivement cela pourrait être une dérive. Mais mon idée était en premier lieu un partage d'informations, pour éviter d'être répétitif pour le patient. D'autres seraient d'accord à condition que les médecins fassent de même.

On voit ici que des efforts restent à fournir en termes de prévention, dépistage et que les professionnels de santé en sont conscients. **D'ailleurs lorsqu'on aborde une prospective d'outils** de rappel via un système informatique la majorité des médecins ou pharmaciens interrogés trouverait cela utile.

V. Le suivi et la prévention des maladies chroniques

1) Le suivi des traitements chroniques

Le médicament est la première cause d'effets indésirables associés aux soins. Une majorité (50 à 70%) des événements indésirables résultant d'une prise en charge inappropriée est considérée comme évitable. Un suivi médical (clinique et biologique) insuffisant ou des modalités de gestion des traitements inadaptés (information et formation des patients insuffisantes /surestimation par les prescripteurs des savoir-faire des patients) sont responsables de plus de la moitié des EIM (événement indésirable médicamenteux) graves.

Les facteurs de risque d'EIM sont:

- la polypathologie et la polymédication qui concernent au minimum 10% de la population française des 75 ans et plus.
- Un défaut de surveillance médicale, clinique et biologique (anticoagulants, antihypertenseurs...)
- des modalités de gestion des médicaments inadaptées aux capacités du patient, **les transitions d'un secteur sanitaire à l'autre ou les changements thérapeutiques récents qui sont des situations à haut risque d'EIM;**
- un événement intercurrent: fièvre, déshydratation...qui va altérer ou décompenser la maladie sous-jacente : un EIM sur deux survient à l'occasion d'un événement intercurrent chez les patients âgés. (HAS 1, 2014)

On voit ici l'importance d'assurer un suivi régulier des traitements chroniques pour pouvoir les réévaluer et les moduler.

2) Les maladies chroniques, un enjeu de santé publique en France

En France, comme dans la plupart des pays développés, l'espérance de vie continue d'augmenter ainsi les causes de morbidité et mortalité évoluent avec elle. Les maladies chroniques sont le fléau des pays développés, avec 70% des décès imputables aux maladies chroniques. Autrement dit, l'augmentation de l'espérance de vie des patients atteints de maladies chroniques génère de nouveaux risques, tels que ceux liés aux interactions médicamenteuses ou de pathologies, ainsi que ceux liés aux altérations fonctionnelles liées à l'âge.

Ainsi la prévention et les traitements des maladies chroniques deviennent à juste titre une des priorités en matière de santé publique dans les pays développés. Aujourd'hui les maladies chroniques touchent près de 15 millions de français,

avec le vieillissement **de la population** ce chiffre ne peut qu'augmenter, si aucune mesure n'est prise en terme de prévention.

Un des obstacles majeur au bon suivi de ces patients et donc à la prévention des complications que peuvent engendrer ces maladies chroniques est la segmentation des compétences et des professionnels de santé. Ce cloisonnement atteint le patient qui doit jongler entre les différents professionnels de santé qui ne sont pas coordonnés et engendre donc une difficulté de compréhension pour sa pathologie et son traitement, tant pour le patient que pour les professionnels qui l'entourent. Il y a donc toujours ce défi à relever : placer le patient au **cœur des professionnels de santé**. Pour cela, il me paraît évident que c'est le patient qui doit détenir les informations concernant sa pathologie, afin que chaque professionnel de santé puisse avoir accès aux informations qui lui semblent nécessaires. Aussi la responsabilité de chaque professionnel ne doit pas se limiter à ses tâches mais englober tout ce qui relève de l'amélioration du suivi du patient et de sa qualité de vie dans la limite de ses compétences.

Pour démontrer l'enjeu de ce défi le diabète et l'hypertension artérielle seront développés comme exemple.

3) Le diabète

A. Epidémiologie et impact sanitaire du diabète

Le diabète est devenu en 2010 la première des maladies chroniques en France, avec près de 3 millions de diabétiques traités en France soit une prévalence de 4,6% pour 2011. Parmi ces diabétiques, 92% concernent le diabète de type II. Chaque année on compte plus de 9 000 personnes amputées, plus de 12 000 personnes hospitalisées pour infarctus du myocarde, près de 3 000 nouveaux cas d'insuffisance rénale terminale liés au diabète. Ces complications pourraient être évitées par une meilleure prise en charge du patient diabétique. On dénombre aussi plus de 34 600 décès liés au diabète, soit 6,3 % de l'ensemble des décès survenus en France en 2009.

B. Conséquence économique

Les dépenses prises en charge par l'assurance maladie liées au diabète ont augmenté de 80 % de 2001 à 2007, soit une augmentation de 1 milliard par an. Cette augmentation est liée à la croissance des malades, à leur vieillissement et à l'amélioration des prises en charge par l'augmentation des patients diabétiques admis en ALD (Affections de Longue Durée), afin d'éviter les complications liées à la maladie qui seraient plus coûteuses. D'ailleurs, l'ALD diabète est la première des ALD du régime général avec presque 2 millions de patients (88% de diabète de type II) et représente 12% de la totalité des dépenses des ALD. Les hospitalisations restent tout de même le premier poste de dépense de la pathologie.

C. Recommandations dans le suivi du diabète

D'après le dernier guide à ce sujet de la HAS datant de 2007, pour éviter les complications liées au diabète il est préconiser de suivre certaines recommandations concernant le suivi des patients.

a. Le suivi clinique

Le suivi clinique doit comporter quatre points essentiels :

- une surveillance ophtalmique annuelle systématiquement.

Cet examen préventif permettrait de réduire le risque de rétinopathie diabétique qui touche 50% des patients diabétiques de type 2 et constitue la première cause de cécité avant 65 ans.

- Un électrocardiogramme de repos annuel systématique est préconisé afin de réduire les risques de maladies cardiovasculaires liées au diabète.

En effet les complications cardio-vasculaire sont 2 à 3 fois plus fréquentes chez les diabétiques que dans le reste de la population et rappelons que les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité en France. On peut penser que si ces examens étaient réalisés systématiquement, le Médiator n'aurait peut-être pas fait autant de victimes.

- Un examen dentaire annuel puisque les patients diabétiques sont plus vulnérables aux infections bucco-dentaires pouvant avoir un effet sur l'équilibre du diabète et augmenter le risque de maladie cardiovasculaire.
- Un examen annuel des pieds, permettant l'évaluation du risque en effectuant un examen minutieux des pieds ainsi qu'un test au monofilament de Semmes-Weinstein⁷.

Pour éviter les complications du pied diabétique, telles que des ulcérations et/ou des surinfections pouvant conduire à l'amputation.

- Le suivi du statut vaccinal antitétanique.

b. Le suivi biologique

Le suivi biologique préconisé peut-être divisé en 3 catégories :

- Pour contrôler le diabète et adapter au mieux le traitement afin d'éviter d'éventuelles complications :

HbA1c (hémoglobine glyquée), suivi systématique, 4 fois par an.

⁷ Instrument composé d'un fil synthétique souple de quelques centimètres de longueur, relié à un dispositif rigide qui permet de dépister une neuropathie périphérique et d'évaluer le risque d'ulcération

Glycémie veineuse à jeun, 1 fois par an.

- Pour évaluer le risque de maladies cardiovasculaires et pouvoir le prévenir

Bilan lipidique (CT, HDL-C TG, calcul du LDL-C), 1 fois par an.

- Pour évaluer les complications rénales :

Microalbuminurie, 1 fois par an.

Créatininémie à jeun, 1 fois par an.

Calcul de la clairance de la créatinine (formule de Cockcroft), 1 fois par an. (HAS, juillet 2007)

D. Respect des recommandations pour le suivi des patients diabétiques

Le projet de loi relatif à la politique de santé publique a inscrit le diabète comme prioritaire : **les deux objectifs fixés par ce projet de loi s'inscrivent dans la continuité du programme diabète :**

- assurer une surveillance conforme aux bonnes pratiques cliniques émises par l'ALFEDIAM, l'AFSSAPS, l'ANAES pour 80 % des diabétiques en 2008, alors qu'en 2004, 16 à 72 % seulement, selon le type d'examen complémentaire, le sont ;
- réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète, notamment les complications cardiovasculaires.
- Ce projet de loi comprend également un plan stratégique pour améliorer la qualité de vie des patients ayant une maladie chronique qui concerne les personnes diabétiques.

Ainsi des études ont été menées pour évaluer cette conformité aux bonnes pratiques professionnelles.

L'étude ENTRED 2007-2010 a analysé les données de l'assurance maladie des personnes diabétiques de type 2 affiliées au régime général. Dans cette étude on a considéré que les patients « diabétiques » étaient définis comme des patients ayant bénéficié d'au moins trois remboursements de médicaments antidiabétiques et/ou d'insuline au cours des 12 derniers mois.

Les recommandations principales de suivi médical décrites précédemment sont, **le dépistage d'une élimination anormale d'albumine urinaire, les 3 dosages de l'HbA1c et l'examen du fond de l'œil.**

Tableau IV : Evolution entre 2001 et 2007 de la proportion de patients diabétiques de type 2 du régime général métropolitain bénéficiant des principaux actes cliniques et biologiques recommandés au moins une fois

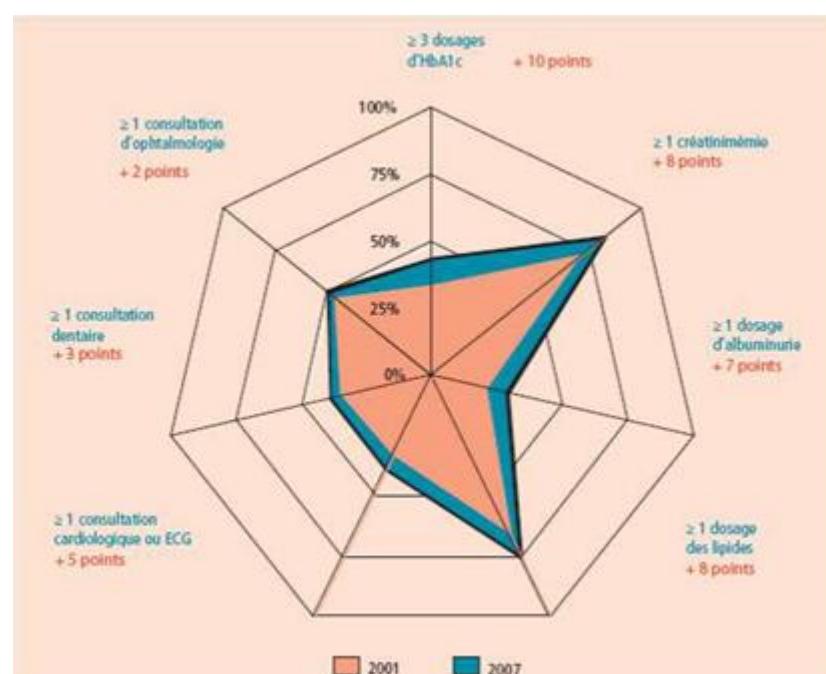
	2001 (en %)	2007 (en %)	Progression (en points)
Au moins une consultation ophtalmologique	48	50	+ 2
Au moins une consultation dentaire	35	38	+ 3
Au moins une consultation cardiaque ou ECG	34	39	+ 5
Au moins 3 dosages d'HbA1c	34	44	+ 10
Au moins 1 créatininémie	75	83	+ 8
Au moins 1 dosage d'albuminurie	21	28	+ 7
Au moins 1 dosage des lipides	68	76	+ 8

Source : Bulletin épidémiologique hebdomadaire InVS. 10 novembre 2009

(Annick MOREL, Avril 2012)

D'après les données de l'assurance maladie, 44% des patients ont réalisé les trois dosages d'HbA1c recommandés dans l'année (90% ont réalisé au moins un dosage dans l'année), 76% ont réalisé un dosage des lipides, 83% des patients ont réalisé un dosage de créatinémie, 39% ont eu une consultation de cardiologie ou ont réalisé un électrocardiogramme, 50% ont eu une consultation ophtalmique et 38% des soins dentaires. Mais seulement 2% des patients ont bénéficié de l'ensemble des examens de suivi recommandés. Moins de 15% des patients diabétiques ont pratiqué dans l'année les trois dosages d'HbA1c, la consultation ophtalmologique et l'ECG (électrocardiogramme) ou la consultation cardiaque.

Malgré tout, le suivi des patients diabétiques est meilleur en 2007 qu'il n'était en 2001-2003, ce qui est illustré par la figure ci-dessous.



(HAS/ Service des bonnes pratiques professionnelles – Service évaluation économique et santé publique , janvier 2013)

Figure 19 : Evolution de la proportion de patients diabétiques de type 2 du régime général métropolitain bénéficiant des actes recommandés entre 2001 et 2007 (actes réalisés en secteur libéral seulement) : Entrée 2001 (n=3324) et Entrée 2007 (n=3377)

On remarque que le suivi biologique annuel est mieux respecté que le suivi par un spécialiste. Pourtant le fait d'effectuer un ECG, une consultation ophtalmique ou dentaire peut, en plus de prévenir de complications ultérieures liées au diabète, faire prendre conscience concrètement des risques liés à sa maladie en donnant l'objectif de ses examens au patient et donc peut-être d'améliorer son observance vis à vis de son traitement. Contrairement à l'examen biologique où plusieurs données sont prises en même temps, cet examen est moins parlant pour le patient et n'a pas le même impact sur la prise de considération des risques liés à sa maladie si elle n'est pas contrôlée.

Ces améliorations au suivi médical restent tout de même très insuffisantes par rapport aux objectifs fixés par la loi de santé publique, pourtant on remarque un suivi important par les médecins généralistes de patients diabétiques de types II. En effet on relève en moyenne 9 consultations ou visites à domicile par an et par patient, soit une consultation tous les 40 jours, peut-on se demander si ces consultations ne se font pas en dépit des examens de suivi spécifique ?

Un autre point est constaté : la prise en charge à 100% par l'assurance maladie des examens de suivi et prévention du diabète contribue à l'amélioration de la participation du suivi médical. En effet, il a été constaté par l'assurance maladie que les patients en ALD 8 étaient significativement mieux suivis que ceux qui ne bénéficiaient pas de ce régime (45,9% des patients en ALD ont eu un dosage D'HbA1c contre 29,5% pour les patients hors ALD). Ainsi le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie rappelle en 2005 que « la mise en ALD peut contribuer à une meilleure prise en charge médicale des assurés ». D'ailleurs une étude américaine menée en 2003 valide ce constat, en comparant deux groupes de diabétiques, un bénéficiant d'une prise en charge totale de leur dépenses de médicaments et le second avec un reste à charge important. Le second groupe a généré de plus grandes dépenses liées aux hospitalisations plus fréquentes que le premier groupe.

4) L'hypertension artérielle

A. Epidémiologie et impact sanitaire

En France, depuis 1995, la proportion de sujets âgés, c'est à dire de plus de 65 ans, ne cesse d'augmenter avec la longévité. Ainsi la proportion de personnes atteintes de maladies qui touchent en majorité les plus de 50 ans, tel le diabète de type II ou l'hypertension artérielle, ne font qu'augmenter. On constate que la prévalence de l'hypertension augmente avec l'âge, puisqu'elle touche 40 % des hommes et 50% des femmes après 70 ans. Mais ces prévalences déclarées restent nettement inférieures à la réalité, puisqu'on estime à plus de 50%

d'hypertension méconnue chez les hommes et 35% chez les femmes. En France, on estime à 12 millions, le nombre de personnes atteintes d'HTA entre 34 et 74ans. Son incidence est évaluée à 2 millions de nouveaux cas par an. (HAS, 2010)

B. Impact économique

Selon les données du CREDES (2003), l'HTA représente une dépense de 2,6 milliards d'euros, elle vient en deuxième position après les dépenses engendrées par les cancers (4,5 milliards d'euros), et devant le diabète (1,1 milliard d'euros). Avec l'explosion de la longévité et l'augmentation de la prévalence de l'HTA les coûts qui découlent de la prise en charge des patients hypertendus et de ses complications sont également en augmentation. Ainsi l'hypertension artérielle fait partie des priorités de santé publique. Cependant, les coûts liés à la prévention des facteurs de risques de l'hypertension seraient sensiblement moins élevés que ceux liés au traitement des complications. Ainsi un choix politique doit en découler, les pouvoirs publics peuvent décider d'investir dans la prévention des complications de l'hypertension par le biais des traitements médicamenteux, afin d'éviter ces complications, ainsi que les dépenses engendrées par celles-ci. (FRHTA, 2014)

C. Complications dues à l'hypertension artérielle

Tout comme pour le diabète, ce sont les complications à long terme de l'hypertension qui engendent des problèmes de santé. En effet l'hypertension est l'un des principaux facteurs de risque vasculaire. Une hyperpression exercée en permanence sur la paroi des artères entraîne des anomalies et une rigidification de celles-ci. Cette détérioration est favorable au développement de plaques d'athérome. Selon les artères touchées, cette hypertension augmente le risque d'accident vasculaire cérébral, de cardiopathie ischémique (crise d'angor ou infarctus de myocarde), d'artériopathie des membres inférieurs et d'insuffisance rénale chronique. Aussi une hypertension artérielle peut entraîner une insuffisance cardiaque à long terme, puisque le cœur augmente son activité pour maintenir un débit constant. Le cœur va donc s'épuiser plus rapidement, cette suractivité va entraîner une hypertrophie ventriculaire gauche avec une perte de son activité contractile menant à l'insuffisance cardiaque. Les complications engendrées par l'hypertension sont loin d'être bénignes, on peut même qualifier l'hypertension de facteur de risque de comorbidité important. (Inserm, en collaboration avec Alain Tedgui, 2014)

D. Recommandation dans le suivi de l'hypertension

Après l'initiation d'un traitement antihypertenseur, c'est à dire après les 6 premiers mois de traitement, il est recommandé de suivre un plan de soin à long terme. Si l'hypertension n'est pas contrôlée après avoir suivi les

recommandations pour l'initiation d'un traitement antihypertenseur⁸, il est recommandé de renvoyer le patient vers un spécialiste afin de rechercher une éventuelle hypertension secondaire ou de tenter d'autres associations d'antihypertenseurs.

Si la tension artérielle est contrôlée, il est recommandé de prévoir une consultation tous les 3 à 6 mois, pour réévaluer la tension, les symptômes et les complications cardiovasculaires. Aussi la consultation doit permettre de rappeler l'**importance de l'observance de son traitement au patient, en rappelant le but du traitement, en fixant des objectifs à atteindre et en encourageant le patient.** Il faut également s'assurer du dépistage et du suivi médical des comorbidités comme le diabète ou l'insuffisance rénale.

Un bilan biologique annuel est recommandé comprenant ; un ionogramme sanguin, créatininémie et un débit de filtration glomérulaire estimé. Ce bilan biologique peut-être réalisé plus fréquemment si le patient présente des comorbidités, comme une insuffisance rénale ou si des évènements peuvent la favoriser comme une déshydratation. (Jacques Blacher, 2013)

Plus généralement,

lors des consultations tous les 3 à 6 mois, **il est conseillé d'effectuer :**

- la mesure de pression artérielle,
- un interrogatoire
- et un examen cardiovasculaire,

au moins une fois par an, **il est conseillé d'effectuer :**

- un ionogramme sanguin (ou au moins la kaliémie),
- mesurer la créatininémie et estimer le DFG,

et au moins tous les 3 ans :

- évaluer la glycémie
- explorer les anomalies lipidiques
- effectuer un électrocardiogramme. (Vidal 3, 2014)

⁸ c'est à dire avoir prescrit une trithérapie avec une posologie optimale, avoir vérifié la bonne observance du traitement et avoir contrôlée la tension artérielle hors du cabinet médical.

Tableau V : Paramètres et périodicité de la surveillance du patient hypertendu (HAS, 2010)

Paramètres	Périodicité de la surveillance dans le cas d'une HTA contrôlée non compliquée	Périodicité de la surveillance dans les situations particulières
Pression artérielle	3 à 6 mois	Plus souvent si l'objectif tensionnel n'est pas atteint.
Interrogatoire et examen cardio-vasculaire	3 à 6 mois	Plus souvent en cas de symptôme cardio-vasculaire.
Bandelettes urinaires (protéinurie)	12 mois	
Kaliémie, créatininémie et calcul du DFG	1 à 2 ans	Si fonction rénale normale : avant et 7 à 15 j après l'instauration d'un traitement diurétique ou inhibiteur du système rénine-angiotensine (avec une mesure de kaliémie) ou en cas d'événements intercurrents. Si fonction rénale altérée : la périodicité (en mois) de la surveillance est adaptée en fonction du niveau de progression de l'IRC : en divisant le DFG estimé par 10 (ex. pour un DFG à 40 ml/min, la surveillance sera tous les 4 mois). ⁹
Glycémie	3 ans, si initialement normale	Plus souvent en cas d'hyperglycémie modérée à jeun, de modification du poids ou du mode de vie.
Exploration d'anomalie lipidique (EAL) ¹⁰	3 ans, si lipides initialement normaux	Plus souvent si les lipides sont initialement anormaux, en cas de traitement hypolipidémiant, de modification du poids ou du mode de vie.
ECG	3 ans	Plus souvent en cas de signe d'appel à l'interrogatoire ou à l'examen clinique.

E. Les recommandations en matière de suivi sont-elles respectées ?

Même si l'on trouve peu de données estimant le bon suivi médical des patients hypertendus, on sait que 50% des patients hypertendus traités ne sont pas ou mal contrôlés. Depuis 2006, **on n'observe** aucune amélioration alors que dans les pays voisins européens ou aux Etats-Unis le nombre de patients hypertendus traités et contrôlés progresse. Ce défaut de contrôle serait dû à plusieurs facteurs, notamment la mauvaise observance du traitement par le patient pour diverses raisons telle que la perte de motivation au long cours ou **l'incompréhension de l'utilité du traitement**. Aussi, il existe une inertie thérapeutique de la part des prescripteurs en plus d'une inutilisation des nouvelles méthodes de mesures tensionnelles. Les autorités de santé ne **permettent pas d'améliorer** ce contrôle tensionnel en laissant des contraintes médico-économiques avec effets contradictoires, comme par exemple le non-remboursement des auto-tensiomètres. (le Comité Français de Lutte contre l'Hypertension Artérielle (CFLHTA), plan d'action national "Accident vasculaire cérébral" 2010-2014)

F. Quelles modifications pourraient améliorer le suivi et la prévention des maladies chroniques ?

Comme tous les pays industrialisés le développement des maladies chroniques conduit la France à rechercher de nouveaux moyens pour améliorer leurs prises en charge et diminuer leurs coûts. Le **système de santé instauré n'est pas adapté** à ce type de maladie mais répond en premier lieu à des pathologies aigues. Nous avons remarqué les défauts du système de soins qui sont repris dans un rapport IGAS de 2012 « les systèmes de première « ligne » présentent des défauts identiques : manque de coordination des soins, respect inégal ou défectueux des recommandations de bonnes pratiques de surveillance ou de traitement par les professionnels de santé, gestion passive des patients, faible soutien à l'autocontrôle par les patients de leur maladie (**self management**) ». (Annick MOREL, Avril 2012)

Déjà en 1996, des universitaires américains ont défini un schéma pour la prise en charge des patients atteints de maladie chronique.



Source : OCDE- d'après Wagner et al (1996)

Figure 20 : représentation du « Chronic care model » (Annick MOREL, Avril 2012)

Des études ont été menées qui prouvent l'amélioration de la prise en charge du patient ainsi que la diminution des coûts du système de santé. Cependant dans le système français qui est un système ambulatoire, cette étude américaine suggère l'utilité d'une rémunération à la performance pour apprécier le rapport coût-efficacité. On peut s'apercevoir qu'une des grandes difficultés du système français provient de « l'organisation très majoritairement individuelle des médecins ». Le mode de rémunération des médecins a peut-être un impact, puisqu'il tend à privilégier une multitude de consultations brèves plutôt que quelques consultations de plus longue durée. Peut-être qu'un forfait à l'année pour une pathologie chronique serait une solution ? Aussi la difficulté à évaluer le respect des recommandations ne permet pas d'apprécier l'amélioration des prises en charges. Un système de partage d'informations quasi inexistant ne contribue pas à la coordination des soins. Cette non-coordination génère une difficulté supplémentaire pour l'information du patient et donc un obstacle à son autogestion. D'ailleurs d'après une étude⁹ de 2008, parmi les 8 pays¹⁰ enquêtés, la France est le pays le moins bien classé pour :

⁹Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Sicker Adults

- la liaison ville-hôpital
- la révision périodique des traitements
- la mise en place de soins préventifs,
- l'implication du patient dans les soins**
- la liaison avec les pharmaciens.

La France se trouve donc face à une vraie **difficulté d'évolution** des pratiques professionnelles en ce qui concerne les maladies chroniques. Quelques progrès ont été apportés par le travail des autorités de santé publique et de la CNAMTS (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés) avec la rédaction de recommandations de bonnes pratiques, la rémunération à la performance pour encourager les médecins à adopter ces recommandations et la **prise en charge intégrale des malades chroniques par l'assurance maladie via l'ALD** (Annick MOREL, Avril 2012)

5) Point de vue de médecins généralistes en ce qui concerne les recommandations et le partage d'informations sur le suivi des patients atteints de maladies chroniques

Essayez-vous de suivre les recommandations de la HAS en ce qui concerne le suivi des maladies chroniques ?

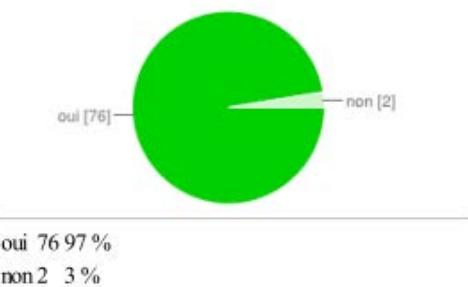


Figure 21 : pratique des médecins généralistes

Même **si d'après les chiffres précédents** les recommandations de la HAS ne sont pas ou peu suivies **en ce qui concerne le diabète et l'hypertension artérielle**, on voit ici que plus de 95% des médecins ont cette volonté de les suivre. Alors manquent-ils de moyens pour appliquer ces recommandations ou les mesures de suivis des recommandations ne sont-ils pas exactes ou les médecins interrogés **ne sont pas représentatifs de l'ensemble des médecins** ?

¹⁰ Allemagne, Australie, Canada, Etats-Unis, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni

Si une alerte apparaissait pour vous prévenir que le patient doit effectuer des examens dans les mois à venir concernant la prévention de maladie ou de son traitement ; en sachant que vous pourriez modifier ou supprimer l'alerte en fonction des patients, Vous trouveriez cela :

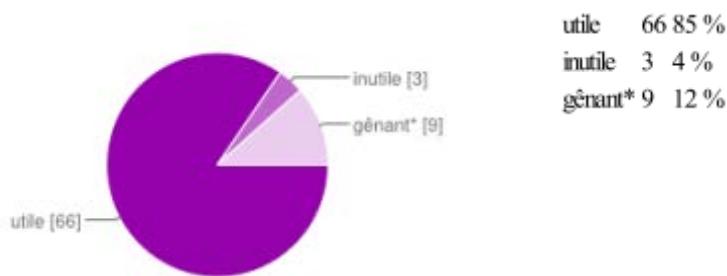


Figure 22 : avis des médecins généralistes, concernant l'alerte pour le suivi et la prévention du suivi du patient

85% des médecins interrogés trouveraient utile d'être alertés des examens à réaliser. Ces alertes pourraient peut-être permettre d'améliorer ce suivi des recommandations. Les médecins qui trouveraient cela gênant disent ne pas manquer d'examens car ils suivent scrupuleusement les dossiers de chaque patient, d'autres ont peur d'être envahis par des alertes.

Si lors d'une consultation ultérieure à la date prévue de l'examen de contrôle, une alerte vous demandait si le contrôle a été effectué et de justifier le non contrôle (refus patient, prévu à date ultérieure, autre) ; Vous trouveriez cela :

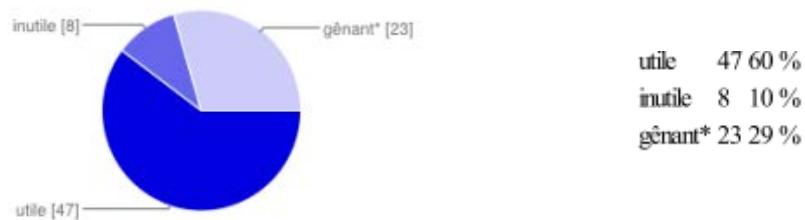


Figure 23 : avis des médecins généralistes, concernant la justification de l'absence de l'acte prévu par l'alerte

60% trouveraient utile de justifier le non suivi des recommandations de la HAS. Parmi les 30% qui verrait cette justification comme une contrainte, certains pensent que cela pourrait prendre du temps, d'autres ont peur d'un contrôle supplémentaire, certains mentionnent que cela relève du secret médical...

Si le pharmacien, était alerté du fait que vous avez déjà informé votre patient, cela vous poserait-il un problème ?



Figure 24 : avis des médecins, concernant le partage d'information avec le pharmacien

La majorité des médecins interrogés ne seraient pas contre l'idée que le pharmacien soit au courant de leur intervention d'information auprès du patient.

Si le pharmacien pouvait également alerter le patient sur le suivi médical, biologique et la prévention, cela vous poserait-il un problème ?

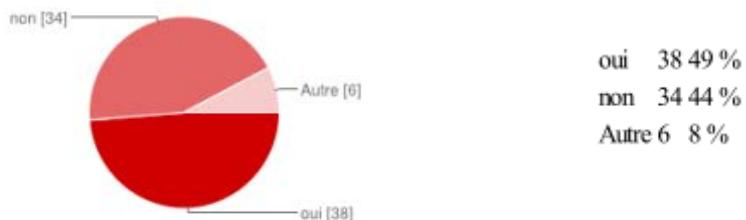


Figure 25 : avis des médecins généralistes concernant l'intervention du pharmacien dans le suivi et la prévention du patient

L'avis des médecins est plus mitigé quant au rôle d'implication du pharmacien dans le suivi et la prévention pour les patients atteints de maladie chronique. Pour les médecins qui ont répondu librement certains pensent que c'est seulement le rôle du médecin, d'autres ne seraient pas contre à condition que le discours du pharmacien et du médecin aille dans le même sens.

6) Implication du pharmacien dans le suivi des traitements chroniques au quotidien

Lors de la dispensation d'un traitement chronique, rappelez-vous au patient les suivis médicaux et biologiques qu'il doit réaliser ?

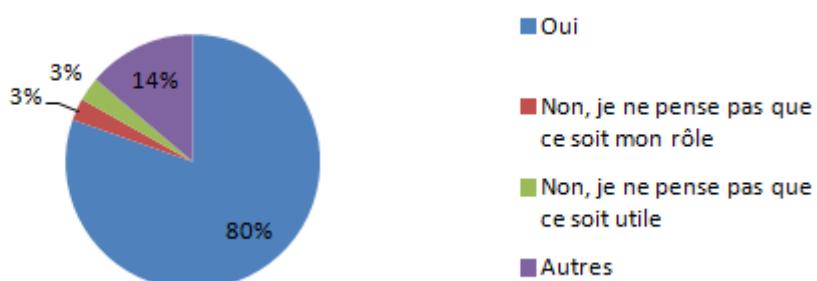


Figure 26 : pratique des médecins généralistes dans le suivi des patients

80% des pharmaciens interrogés disent informer leurs patients atteints de pathologies chroniques, ainsi on peut penser que le pharmacien se sent entièrement impliqué dans l'information de suivi autour des traitements chroniques. Pour les réponses « autres », la plupart le font occasionnellement par manque de temps, certains ne le font pas par oubli mais pensent que c'est utile, d'autres pensent que cela peut agacer les patients. Certains ne le font pas par peur d'interférer avec le médecin.

Vous est-il déjà arrivé de penser que certaines prescriptions devraient être renouvelables, car à votre avis il n'y a pas d'intérêt pour le patient à consulter son médecin traitant tous les mois ?



Figure 27: avis des pharmaciens à propos des renouvellements d'ordonnance

96% des pharmaciens interrogés ont déjà pensé que la prescription aurait pu être renouvelable et 36% y pensent régulièrement. Ceci confirme la moyenne de 9 consultations par an en moyenne chez le médecin généraliste pour un patient diabétique, contre les 4 maximums recommandées.

Lorsque l'ordinateur vous signale une interaction (association déconseillée ou précaution d'emploi) qui préconise un suivi médical ou biologique (ex : risque hyperkaliémie ou hypertension...) le signalez-vous au patient ?



Figure 28: pratique des pharmaciens lors d'interactions concernant le suivi biologique ou clinique

Seuls un peu plus de 20% des pharmaciens signalent systématiquement les interactions concernant un suivi médical ou biologique, 70% le font mais pas toujours et 7%, tout de même, qui ne le font jamais.

Dans les réponses libres, certains le font selon le niveau de risque ou selon le patient, d'autres appellent le médecin, d'autres font confiance au suivi effectué par le médecin, d'autres interrogent le patient sur ces examens biologiques passés et à venir.

Si une alerte apparaissait pour vous prévenir que le patient doit effectuer des examens dans les mois à venir, concernant la prévention de sa maladie ou de son traitement : ex : votre patiente est sous estroprogestatif oral, selon les recommandations de la HAS il est conseillé de faire un bilan biologique dans les six mois à venir. ex : votre patient présente un diabète de type II, selon la HAS il est conseillé de faire un bilan biologique, consulter un ophtalmologue, consulter un podologue...

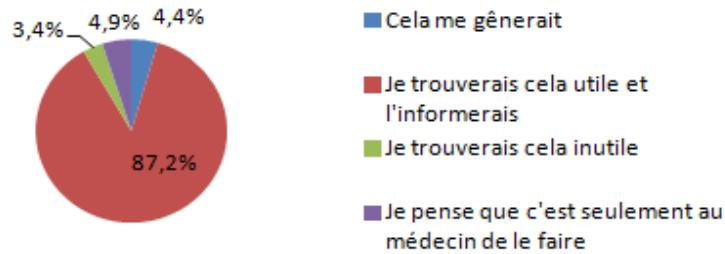


Figure 29: avis des pharmaciens à propos de l'outil potentiel

87% des pharmaciens trouveraient utile et signaleraient au patient les examens à réaliser concernant la prévention de sa maladie ou de son traitement, alors que 20% signalent systématiquement les interactions concernant le suivi. Cette information paraît certainement plus utile à renseigner au patient que celle du **risque engendré par l'interaction si le suivi n'est pas effectué.**

Si vous deviez cocher le fait d'avoir prévenu ou non le patient de l'alerte trouveriez-vous cela gênant ?

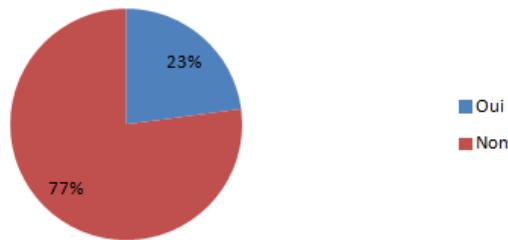
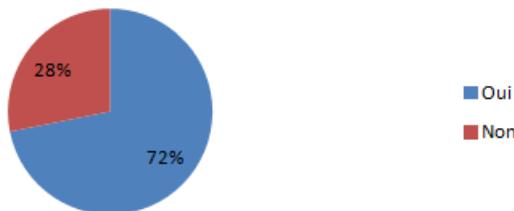


Figure 30: avis des pharmaciens à propos de la validation de l'information délivrée

Plus de trois quart des pharmaciens interrogés ne trouveraient pas gênant le fait de **cocher d'avoir informé** le patient. Ainsi cela permettrait de mettre au courant le médecin généraliste de l'**information donnée** à son patient et de ne pas importuner le patient en lui délivrant plus tard le même message de la part de la même catégorie de professionnel de santé.

Aimeriez-vous que votre logiciel vous propose plus d'outils concernant le suivi des patients atteints de maladies chroniques ?



Presque trois quart des pharmaciens interrogés aimeraient que leur logiciel métier leur propose plus d'outils concernant le suivi des patients atteints de maladies chroniques.

Beaucoup aimeraient :

- avoir accès au bilan biologique,
- avoir des rappels comme ceux pour lesquels je les ai interrogés (vaccin, rendez-vous spécialiste, bilan biologique...),
- une personne suggère que le logiciel puisse enregistrer la présentation **d'une prescription initiée par un spécialiste ainsi on est au courant du suivi** par un spécialiste sans avoir à demander la prescription à chaque renouvellement.
- **des vidéos de démonstration pour le diabète ou l'asthme,**
- des conseils hygiéno-diététiques,
- avoir une option facile pour **effectuer des fiches d'orthopédie,**
- avoir des choses plus pratiques pour le suivi que ce qui existe déjà ...

Par ces exemples cités précédemment, que ce soit les vaccins, la prévention des cancers avec le dépistage ou le suivi des patients atteints de maladies chroniques **on s'aperçoit que les autorités de santé travaillent régulièrement à l'établissement** de recommandations et fixent des objectifs dans le but **d'améliorer les pratiques professionnelles pour permettre la meilleure prise en charge du patient, améliorer sa qualité de vie, prévenir le risque d'apparition de maladies potentiellement évitables, éviter les complications engendrées par celles-ci et également de réduire les coûts liés à la santé.**

Cependant, une grande difficulté à appliquer ces recommandations semble **persister, malgré une volonté d'implication de la part des médecins généralistes** et des pharmaciens qui sont les professionnels de santé de première ligne dans **l'accompagnement et le suivi du patient.**

En parallèle, on ressent un obstacle pour les médecins, pharmaciens et autres professionnels de santé à travailler ensemble autour du patient. Ceci peut **s'expliquer** simplement par les structures indépendantes les unes des autres de chacun des professionnels de santé.

L'outil informatique tel que des rappels ciblés et justifiés selon le type de patient, paraît être perçu comme quelque chose d'utile par les médecins et les

pharmaciens. Ce simple outil facile et rapide d'utilisation, pourrait-il être le levier de la collaboration interprofessionnelle et de l'amélioration du suivi et de la prévention pour les patients ?

Peut-on penser en voyant les nouvelles technologies en plein essor que l'e-santé pourrait être une clé pour apporter cette modification dans les pratiques professionnelles ?

Voyons auparavant si les outils existant dans le domaine de la e-santé ont permis une amélioration.

Mr Erwan Salque, Directeur des Opérations ESanté au sein de Pharmagest Interactive, m'a reçu pour me parler des outils qui existaient à destination des professionnels de santé, pour améliorer le suivi des maladies chroniques. Selon lui **début 2014, il n'existe pas** encore rien. Mais des expérimentations seraient en cours entre éditeurs de logiciels de pharmacie et organismes de complémentaire santé privée, avec la collaboration de médecins et pharmaciens pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques. Les mutuelles sont friandes de ce **genre d'expérimentations**, puisque comme vu au paragraphe précédent une meilleure prise en charge des maladies chroniques permettrait de prévenir les complications de celle-ci et donc de diminuer leur coût.

Pour apprécier, quels outils appartenant à la e-santé pourraient apporter une solution à ce problème, intéressons-nous en premier lieu au terme « e-santé », puis aux outils existants dans ce domaine à destination des médecins généralistes et pharmaciens, ensuite attachons nous aux **astuces pour qu'une** solution e-santé fonctionne. Enfin, nous aborderons les risques et les avantages du déploiement de la e-santé.

VI. La e-santé en plein essor, solution d'amélioration de suivi et de prévention ?

1) Qu'est-ce que la e-santé ?

Le terme e-santé paraît encore très flou voir reste inconnu de certains professionnels de santé. Pourtant le terme « e-Health » aurait vu le jour fin 1999, lors du 7^{ème} congrès international de télémédecine à Sidney. C'est John Mitchell qui a employé ce terme pour définir « l'usage combiné de l'internet et des technologies de l'information à des fins cliniques, éducationnelles et administratives, à la fois localement et à distance ».

Le terme e-santé est redéfini par la Commission européenne comme, «l'**application des technologies de l'information et de la communication (TIC)** à l'**ensemble des activités en rapport avec la santé**». Plus grossièrement il regroupe tout ce qui contribue à la transformation numérique du système de santé et médico-social. Ainsi ce domaine est très vaste et regroupe plusieurs branches, il passe par la télésanté avec sites, portails, applications internet concernant la santé, avec la m-santé autrement dénommée « santé mobile » qui comprend les objets connectés comme les glucomètres, tensiomètres ou podomètres connectés jusqu'à la télémédecine. Comme représenté par l'organigramme ci-dessous.

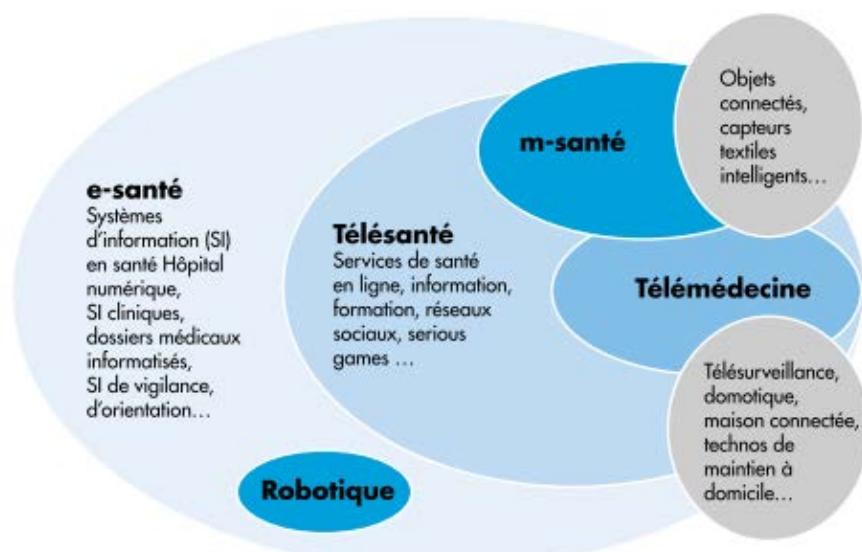


Figure 32 : Organigramme représentatif du domaine e-santé

(Conseil National de l'Ordre des Médecins, janvier 2015)

D'un point de vue législatif, seule la télémédecine a un cadrage juridique. Ainsi, pour tous les outils relevant de la e-santé, il convient de définir un cadrage juridique qui se situe entre le droit des technologies, de l'informatique, de la

communication et des activités de santé. La e-santé doit donc répondre à un ensemble de réglementations en rapport avec la sécurisation des données. Ainsi lorsqu'on développe un projet e-santé, il est essentiel de respecter la protection des données personnelles. Comme nous touchons au domaine de la santé cela signifie qu'il faut obtenir un agrément pour partager ces informations via un hébergeur agréé de santé et cibler quel public aura accès à ces données (professionnels, établissements de santé, autorités administratives). Si cette activité doit fonctionner par le biais des pouvoirs adjudicateurs, alors le projet fera lieu à un appel d'offres (comme pour le DMP par exemple). Le domaine de la e-santé restant assez flou juridiquement, il est essentiel de qualifier précisément son projet afin d'établir un habillage juridique clair. (Maître Delphine JAAFAR, 2014)

2) Analyse de deux outils existants et mis en place pour améliorer le suivi et la prévention des patients, à destination des médecins et pharmaciens : le DMP et le DP

Le domaine d'e-santé ne relevant d'aucune législation précise, ni de contrôle, il serait laborieux et fastidieux, d'établir une liste exhaustive des outils e-santé disponibles sur le marché lorsqu'on recense déjà des milliers d'applications mobile pour la santé qui ne sont qu'une partie du domaine d'e-santé. Ainsi, nous détaillerons le développement de trois outils français établis depuis quelques années afin d'en tirer des conclusions quant à leurs intérêts en terme d'utilité, les erreurs à éviter ou les initiatives qui fonctionnent. Aussi nous aborderons les outils élaborés pour le suivi des patients par le pharmacien lors des entretiens pharmaceutiques.

A. Le DMP

a. Conception du DMP

Dès les prémisses de l'informatique, dans les années 1960-1970, certains s'imaginent déjà le dossier médical informatique. En effet on peut retrouver un livre datant de 1968, de Jean-Marc Font; Jean-Claude Quiniou : Les ordinateurs, mythes et réalités (idées Nrf 1968)

« "Sauver, grâce à l'ordinateur, plusieurs milliers de vies humaines par an." Victoire de l'électronique ? Utopie et nouvelle mystification? Non, réalité de demain qu'un dossier (une «analyse ») bien fait pourrait démontrer dès aujourd'hui. »

Ce livre mentionne déjà les problèmes de coordination dans le monde de la santé. Il établit le fait qu'un hôpital ne peut pas conserver tous les dossiers papiers des patients de passage et que bien souvent ces dossiers ne sont pas partagés entre les différents professionnels de santé. Cela engendre donc des examens supplémentaires répétitifs et inutiles pour reconstruire un dossier déjà

existant. Ce problème de « non-partage » d'information engendre donc un coût superflu pour la société et un retard au diagnostic qui peut parfois coûter des vies humaines. « L'ordinateur... il permettra, si la Société peut bien s'en donner la peine, tenir un fichier central de tous les « malbâtis» et autres malades chroniques, capable de restituer à tout instant toutes les informations enregistrées sur n'importe quel malade, à tout médecin ou établissement hospitalier en ayant besoin »

« Le médecin compose son numéro de Sécurité sociale... Apparaît aussitôt... le nom et l'âge dudit client mais surtout la liste des maladies passagères qu'il a eues, et des maladies chroniques dont il est atteint, des examens divers qu'il a subis, des traitements qu'il a suivis. Ce qui apparaît d'abord sur l'écran n'est qu'un résumé... » (Quiniou, 1968)

Avec cette citation, avant même que le réseau informatique existe, le DMP était déjà préconisé ! Pourtant malgré cette nécessité établie il a fallu attendre 2005 pour sa mise en place.

b. Instauration du DMP

La loi n° 2004-810, du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie emboîte le pas vers la concrétisation du dossier médical informatisé. Pour sa mise en œuvre il a été créé un groupement d'intérêt public en avril 2005, composé du ministère de la Santé, la Cnamts et la Caisse des dépôts et consignations. La mise en place du DMP est confiée à la société Santeos¹¹.

c. Objectifs préconisés du DMP

Les objectifs de la mise en œuvre du DMP sont en lien direct avec ceux qui seront fixés par la loi HPST. Comme, améliorer la coordination des soins, placer le patient au cœur du système de santé, faciliter le suivi du patient, et le partage d'informations entre celui-ci et les professionnels de santé. Ainsi que de réaliser des économies en évitant les actes redondants et en perfectionnant la continuité des soins ainsi que leur qualité. (faculté de médecine de Toulouse, 2005)

d. En quoi consiste le DMP, quel est son fonctionnement ?

Pour comprendre l'intérêt du DMP et ses failles, voyons comment l'utiliser. Le DMP est en quelque sorte un carnet de santé électronique, il contient les informations médicales permettant d'établir un historique de santé du patient. Il comprend donc les informations personnelles du patient (nom et âge), ses antécédents (maladies, opérations...), les résultats d'examens (analyses biologiques, radios...), les comptes rendus d'hospitalisation et de consultation de spécialistes, les éventuelles allergies ainsi que les traitements mis en place... (Monsieur Jean-Yves ROBIN, 2014)

¹¹ Société française informatique spécialisée dans la santé, filiale d'Atos.

e. Création et Accès

La création du DMP se fait sous consentement dematrialis du patient , c'est à dire qu'après avoir suffisamment informé le patient à propos du fonctionnement et des objectifs du DMP, via une brochure par exemple, si le patient accepte la création de son DMP, il suffit alors au professionnel de santé, de cocher une case « qui déclare avoir le consentement du patient ». Cette dematrialisation du consentement permet ainsi une création du DMP plus rapide et moins laborieuse que s'il devait y avoir un consentement écrit. (Jean-Yves ROBIN, 2014)

Tous les professionnels de santé qui prennent en charge le patient peuvent accéder à son DMP sous réserve d'avoir l'autorisation du patient.

Le professionnel de santé peut accéder au DMP via son logiciel informatique si celui-ci est compatible avec le DMP, on peut également y accéder par internet depuis 2011. On peut remarquer que la liste des logiciels compatibles comporte essentiellement des logiciels utilises par des médecins ou des hôpitaux. Ainsi on peut se poser la question, est-ce réellement un outil de partage destinés à TOUS les professionnels de santé ? Où est-ce que certains professionnels de santé n'ont pas d'intérêt à l'utiliser ? (Jean-Yves ROBIN, 2014) (ASIP, 2014)

Peut-être est-ce parce que selon la catégorie professionnelle, il y a des restrictions d'accès aux données qui sont prconises par l'ASIP (Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé). Nous verrons plus-tard l'attractivité du DMP vis-à-vis des professionnels de santé.

Accès sécurisé

Comme toutes données concernant le patient, le professionnel de santé est tenu responsable de garantir la confidentialité de ces données et éviter la divulgation à des tiers non-autorisé. Il doit respecter la loi informatique et liberté.

Toutes les actions concernant le DMP s'effectue via une connexion sécurisée. Les données sont stockes de façon chiffre par un hébergeur agre par le ministère de la sante¹². (CNIL, dition 2011). Cet hébergeur est sous le contrôle et la responsabilité de l'ASIP santé. Seuls les professionnels autorisés par le patient peuvent accéder aux données du DMP, ceux-ci doivent attester de leur identification et leur qualité professionnelle par le biais de leur carte de Professionnel de Santé couple à leur code confidentiel. La carte vitale authentifiant de l'identité du patient est nécessaire seulement pour la création du DMP. (Jean-Yves ROBIN, 2014)

¹² Groupement d'entreprises solidaires ATOS-La Poste agre depuis le 10 novembre 2010, après l'avis de la CNIL et du Comité d'agrément des hébergeurs

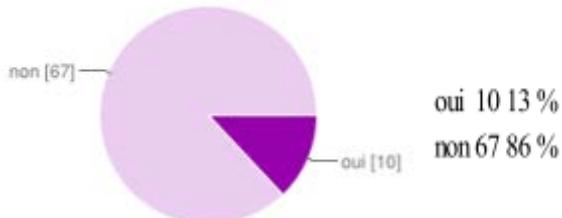
Utilisation du DMP

L'interface pour la création et la consultation du DMP reste simple, il suffit de suivre les étapes et cocher les réponses du patient pour créer son DMP. La **consultation des documents déposés ou de l'historique des soins du patient est facile et rapide.**

Cependant en avril 2013, on compte 330 437 DMP créés et moins de la moitié sont alimentés 153 908. Alors qu'on estime en France à 15 millions le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques. On en déduit que moins de 5% des patients atteints de maladies chronique possèdent un DMP. (Haut Conseil de la Santé Publique, 2010)

Les professionnels de santé **sont très peu à l'utiliser, seulement 4818 de la profession libérale sur environ 110 000 médecins libéraux** (Insee 1, 2014) ; soit moins de 5% et 344 établissements de santé sur environ 2000 ce qui correspond à moins de 20% des établissements de santé. (Dress, 2012)

Utilisez-vous le DMP ?



13% des médecins interrogés utilisent le DMP, ainsi la population interrogée est plus participative que l'**ensemble des médecins même si cette participation reste modeste.**

Figure 33: utilisation du DMP par les médecins

On peut parler d'un **échec de participation**. Pour comprendre cet échec retracions le déploiement du DMP.

f. Historique, de la conception à son déploiement, échec et réussite

Recherche et développement

Initiation axée sur la technique

Après la promulgation de la loi en aout 2004, il est prévu que chaque patient puisse disposer du DMP pour juillet 2007. Ce délai paraît extrêmement court, compte tenu de l'**effort et de la mise œuvre** à réaliser. Peut-être que cette date qui semble un objectif irréaliste correspond simplement à l'**échéance** du mandat du président ? Ce défi semble relever de l'exploit !...

En effet faute de temps et de moyens, le GIP (Groupement d'intérêt public) chargé du déploiement du DMP n'a pas pu travailler correctement sur les différents axes nécessaires à la réalisation de ce projet et s'est concentré essentiellement sur la mise en place de l'hébergeur. Aussi avant de lancer un projet tel que celui-ci, qui va engendrer avec lui des fonds financiers, il est

nécessaire de connaître l'opinion des utilisateurs à propos de l'intérêt de cet outil et/ou de les convaincre. Il faut s'assurer que les utilisateurs disposent des moyens techniques suffisants pour utiliser ce nouvel outil. Malheureusement ces étapes, faute de temps, semblent avoir été sautées. Les protagonistes ne devaient certainement pas connaître cette expression datant du XVIème siècle « mettre la charrue avant les bœufs » ! Ainsi la conception de ce DMP est lancée et les futurs utilisateurs n'auraient que 3 années pour intégrer cet outil à leurs habitudes de travail ! Les médecins généralistes qui sont désignés comme les premiers acteurs de cet outil sont ici tout à fait passifs, la manière d'intégrer, autrement dit d'imposer, cet outil aux médecins libéraux ne peut être à mon sens que mal perçue. Le gros travail du partage de données informatisées, contrairement à ce que l'on pourrait croire, n'est pas la réalisation technique du projet, mais plutôt l'intégration de ce nouveau mode de « travail ». Il est alors essentiel de concevoir le projet en ayant une approche culturelle et sociologique avec les pratiques des médecins libéraux.

Ici on peut voir deux grands axes difficiles à modifier, c'est l'informatisation des données médicales quotidiennes et le partage de celles-ci. Les médecins généralistes étant formés à travailler seul et à prendre des décisions avec le patient. Même s'ils peuvent renvoyer un patient vers un confrère spécialiste cette décision reste leur initiative. Ainsi partager leurs démarches de travail, soit en un sens, travailler en équipe, avec le jugement des confrères sur leurs décisions thérapeutiques, peut-être difficile à accepter. En voulant généraliser le DMP on fait changer à grande vitesse les pratiques de la profession de généraliste. Aussi un deuxième point qui peut être frustrant pour les médecins, est que le DMP est mis en œuvre par un groupement d'intérêt public dont l'objectif peut être perçu comme politique et économique.

Même si l'outil est techniquement prêt et utilisable, il se peut qu'il ne soit pas utilisé. Aussi l'ergonomie de l'outil reste relative, il pourra paraître simple d'utilisation pour certains et difficile pour d'autres.

L'objectif premier est donc de convaincre les acteurs de cet outil de son intérêt pour eux-mêmes et leur patient afin qu'il puisse l'intégrer à leur pratique. (Conseil général des Technologies et de l'information, F.CHOLLEYIGS, Y.BOARETTO,P.DUMAS; IGAS, M.GAGNEUX, P.ROMENTEAU; , 2007)

Point de vue économique

Aucune étude ne peut affirmer l'économie réelle que peut engendrer un tel outil de partage d'informations, puisque qu'il n'y a aucune estimation de quantification des actes redondants ou des soins inappropriés. Si on peut prévoir que le DMP contribuera à améliorer la qualité des soins du malade, on peut quantifier les économies engendrées seulement d'une manière hypothétique. Par contre on sait que la mise en place du DMP a engendré des frais à hauteur de 90millions d'euros, en grande partie consacrés seulement à la préparation de sa conception (expérimentations et appels à projets).

Phase de transition

La fin de cette première phase peut-être conclue par l'audit interministériel (IGF/IGAS/CGTI) remis en novembre 2007, qui souligne les sources d'échec du lancement du DMP, mais à la fois insiste sur l'intérêt de mener à terme ce projet par une autre stratégie.

Réorientation, amorçage, construction

C'est en avril 2008 qu'un rapport de relance du DMP est établi sous la direction de Michel GAGNEUX, inspecteur général des affaires sociales. Il en a découlé un programme de relance du DMP et des systèmes d'information partagés de santé présenté en avril 2009 et approuvé par le ministre chargé de la santé (Roselyne Bachelot-Narquin). En parallèle l'ASIP santé fut créée en mai 2009, elle regroupe le GIP DMP, du Groupement d'intérêt public Carte de professionnel de santé et la composante « interopérabilité » du Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier. En juillet 2009, la loi Hôpital, patients, santé, territoires transfère les dispositions relatives au code de la santé publique, le positionnant comme un véritable outil de coordination des soins et un projet de santé publique. En mars 2010, suite à un appel d'offre le groupement SANTEOS/ATOS/EXTELIA/LA Poste a été choisie pour héberger le DMP et « ses services de confiance intégrés. » (ASIP, janvier 2014)

En octobre 2010 a lieu le lancement du programme Amorçage, le DMP est testé dans quatre régions pilotes : Alsace, Aquitaine, Franche-Comté, Picardie. Le DMP 1, a été mis en service en janvier 2011. En avril 2011, l'accès Web patient est ouvert. En été 2011 le lancement du DMP s'élargit, il est utilisé dans 33 établissements de santé, dix régions s'ajoutent aux quatre régions pilotes. Pendant cette phase test, il a été créé 420 000 dossiers. Ce qui a permis de récolter les avis du retour d'expériences en mars 2013. (ASIPsanté, 2012)

Retours d'expérience phase test

Médecins et autres professionnels de santé

Cette catégorie demande un apport de soutien supplémentaire au niveau politique, réglementaire et institutionnel. Il est aussi demandé de concevoir et d'afficher clairement une stratégie de déploiement, comme valider le fonctionnement des logiciels qui soient compatibles avec le DMP, et fixer des objectifs.

Il y a également, une demande d'amélioration du point de vue technique, généraliser la DMP-compatibilité des logiciels, apporter une solution logicielle gratuite pour les PS (Professionnel de santé), adopter une démarche plus systématique à la création du DMP, création par « défaut » avec possibilité de refus, une systématisation d'alimentation du DMP, une synthèse médicale intégrée dès la création du DMP... D'un point de vue métier, il est demandé de motiver les acteurs par une récompense, une indemnisation de formation et une reconnaissance de l'effort effectué par les médecins qui sont au cœur du DMP.

Etablissements de santé

Cet ensemble demande du point de vue organisationnel que le DMP puisse être créé systématiquement à la naissance. Du point de vue politique une communication qui permette de motiver et engager tous les intervenants concernés par le DMP (professionnels de santé, laboratoires, éditeurs de logiciels...)

Au niveau technique, les moyens financiers pour permettre de posséder les équipements nécessaires au bon fonctionnement du DMP.

Maitrises d'ouvrage régionales et représentant ARS (Agence Régionale de Santé)

Le souhait d'impliquer les professionnels dans la réflexion est évoqué à plusieurs reprises par le biais de représentants par exemple. Aussi il est mentionné l'idée **d'installer** des bornes de création en libre-service. Les logiciels DMP compatibilité sont repris. A nouveau, la nécessité d'éviter la ressaïsie par l'importation des données via les logiciels métiers est citée. Le besoin d'amélioration de l'ergonomie et de la rapidité .Il y a aussi un besoin d'utilisation du DMP de façon mobile, ainsi il est demandé **de sécuriser l'accès par un autre moyen que la carte professionnelle de santé** qui nécessite un lecteur de carte.

La demande de faire adopter le DMP par l'ensemble des professionnels qui prennent en charge le patient. Il est aussi mentionné l'idée de fixer des objectifs réalistes aux professionnels de santé, par étape et par typologie, comme par exemple créer le dossier médical de tous **les patients ALD d'ici la fin de l'année**, ou de tous les résidents en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).

Aussi il devrait y avoir une liste d'informations médicales et obligatoires à déposer dans le DMP après chaque visite du patient selon les professions (ex : analyses biologiques)

Ces retours d'expériences montrent l'intérêt que les professionnels de santé peuvent porter à ce projet, mais qu'une organisation bien plus structurée s'impose avant que le déploiement du DMP puisse avoir lieu. (ASIP santé, ministère en charge de la santé, mars 2013)

Point de vue économique

Pour cette seconde phase d'amorçage du DMP, 97 M€ ont été investis dans ce projet.

Le DMP 2, Dossier Médical Partagé

Changement de président, nouvelle étape pour le DMP, nouveau nom le Dossier Médical Personnel pour que chacun puisse s'en attribuer les mérites ! Dès 2012, le ministère de la santé souhaite relancer le DMP dans le but de fluidifier le partage de l'information. Après le retour d'expérience des versions précédentes, audit, rapport et travaux, la ministre de la santé, Marisol Touraine, lance la

nouvelle version du DMP en recentrant son utilisation aux personnes atteintes de maladies chroniques et pour les personnes âgées (Notamment dans le cadre expérimental "personnes âgées en risque de perte d'autonomie" (PAERPA)), qui justifient d'une prise en charge pluriprofessionnelle coordonnée en priorité et qui répond à la demande de fixer un objectif réaliste pour les professionnels de santé.

Ce ministère adepte du « changement », a confié la gestion de cette nouvelle version du DMP à la Caisse Nationale **de l'Assurance Maladie de Travailleurs Salariés** (CNAMETS). Aussi, la ministre de la santé évoque la possibilité de rémunérer les médecins libéraux sur certaines conditions fixées pour l'utilisation du DMP qui rejoindrait la rémunération sur objectif de santé publique. (Vidal 2, 2014)

Malgré l'énergie déployée à développer le DMP, celui-ci semble rester en constante stagnation. Le concept de départ, assez simple, consistait à rassembler les données du patient **au sein d'un même dossier avec l'ambition utopiste « d'éviter la réalisation d'actes médicaux redondants ou inutiles et d'économiser, [à terme], 3,5 milliards d'euros par an.** A terme, l'accès à ce dossier conditionnera le remboursement des soins. » (Déclaration du 24 mai 2004 à Toulouse - Philippe Douste-Blazy - Ministre de la santé et de la Protection sociale). Ce concept paraissait intéressant. Cependant, aucune stratégie ne semble avoir été **définie dans le développement de ce projet, aussi on s'aperçoit** des changements continuels de direction du projet, engendrant un défaut de continuité de méthode dans la mise **en œuvre de cet outil.** Deuxièmement, cette conception reste très théorique et ne s'intègre pas aux pratiques professionnelles, ce qui explique le défaut d'adhérence de ceux-ci. Aussi, il semble y avoir un échec au niveau de l'interopérabilité.

Pour sauver l'enlisement du DMP, il fut créé le web médecin, en 2007, qui devait être une version allégée, plus pratique et moins onéreuse !

g. Le web médecin

Présentation

C'est un service proposé par l'assurance maladie qui permet aux médecins sous accord du patient d'avoir accès à l'historique des remboursements de celui-ci au cours des 12 derniers mois par l'assurance maladie. Ainsi les médecins lors de leur consultations peuvent accéder aux codes des actes, c'est à dire connaître les consultations chez un médecin, chez un kinésithérapeute, un examen biologique de radiologie ou autres, accéder à l'historique des médicaments, des produits type fauteuil roulant, les informations concernant l'établissement d'une affection longue durée...

Objectifs

Cet outil a pour but de limiter les redondances d'examens, et de limiter les risques d'interactions entre médicaments. C'est en quelque sorte un DMP allégé qui faciliterait son utilisation.

Utilisation

Utilisez-vous le web-médecin ?

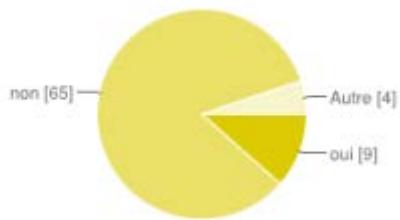


Figure 34: utilisation du web-médecin par les médecins

Moins de 15% utilisent le web-médecin

Dans les réponses autres, 3 ne connaissent pas le web-médecin et 1 l'utilise parfois. Parmi les utilisateurs, un tiers utilise également le DMP et les deux autres tiers ne l'utilisent pas.

Ainsi le web-médecin n'est pas plus un succès que le DMP. Avec si peu de participation il est difficile d'évaluer l'impact de cet outil, mais on peut certainement conclure qu'il ne s'intègre pas mieux que le DMP aux pratiques des médecins.

Par ces deux exemples, DMP et web-médecin, on voit qu'il est difficile de capter l'adhérence des médecins généralistes. Ces outils ayant engendré des dépenses publiques, les gouvernements successifs ne veulent donc pas les abandonner. Pourtant il semble très laborieux de pouvoir recueillir l'adhésion des professionnels de santé qui ont délaissé, ou n'ont pas adhéré, à ces outils depuis déjà presque 10 ans. Voyons donc l'exemple du Dossier Pharmaceutique, où les professionnels de santé concernés ont quasiment tous adhéré.

B. Le Dossier Pharmaceutique

a. La naissance du DP

Le DP fait suite à l'inscription du DMP dans la loi du 13 aout 2004. On a pu se rendre compte que le DMP, bien que son objectif soit d'améliorer la coordination des soins, il reste destiné aux médecins et aux établissements de santé, même s'il prétend pouvoir être utilisé par tous les professionnels de santé. Les autres professionnels peuvent y avoir accès depuis 2011 via un accès internet ce qui

peut être laborieux, puisque leur logiciel métier **n'est** pas compatible au DMP. En tant que pharmacien nous **n'avons pas le ressenti d'être concerné par ce projet**, alors que nous restons un maillon essentiel dans le suivi des patients notamment ceux qui sont en ALD et les personnes âgées.

C'est ainsi que l'idée est venue à Mme Adenot, présidente de la section des pharmaciens titulaires d'officine à l'époque, de mettre la technique au profit du pharmacien et de créer un dossier électronique qui soit adapté à leurs pratiques (contrairement au DMP) dans le but de renforcer leur rôle dans le bon usage du médicament et limiter les iatrogénies médicamenteuses.

Déjà en 2005, le DP est prêt sur le papier sous la direction de l'Ordre. L'équipe dédiée au dossier pharmaceutique doit encore affiner la technique, étudier la faisabilité du dossier et persuader ses partenaires, **c'est à dire les éditeurs de logiciels de gestion d'officine et les autorités.** Aussi ils doivent être en mesure de présenter un modèle économique. Dès le début Mme **Adenot**, et l'équipe de l'**ordre consacré au DP savaient** que la réussite du DP reposerait sur l'adhésion des pharmaciens. Après ces travaux mis en **œuvre**, ces efforts sont récompensés par la loi du 30 janvier 2007 qui confie à l'Ordre la mise en place du DP. Avant de pouvoir être utilisé, le DP doit avoir l'autorisation de la CNIL étant donné qu'il y a un partage d'informations. (Ordre national des pharmaciens, 2014)

Le 30 mai 2007, elle autorise une expérimentation dans cinq départements¹³. Le 14 février 2008, la CNIL étend cette autorisation aux départements des Yvelines et des Hauts-de-Seine, ainsi que dans un nombre limité d'officines des autres départements de métropole et d'outre-mer, sans dépasser un total de 2 000 officines. Cette nouvelle autorisation est valable jusqu'au 15 août 2008.

Le 2 décembre 2008, l'autorisation pour son déploiement généralisé est donnée, il s'en suit la publication du décret relatif au DP, le 15 décembre 2008, au Journal Officiel. Celui-ci fixe les conditions de fonctionnement et de généralisation. C'est le conseil national de l'ordre des pharmaciens qui est chargé de la mise en œuvre du DP. (CNIL, 2009)

b. Objectif aux prémisses du DP

Le DP répond à la loi du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique qui demande de réduire la fréquence des évènements iatrogènes **d'origine médicamenteuse** entraînant une hospitalisation, **en 5 ans**. Ainsi l'**objectif premier** du DP est de repérer les interactions et les redondances. Le DP répond donc à un enjeu de santé publique, en sécurisant davantage la dispensation au bénéfice de la santé du patient et au-delà il permet d'améliorer la relation pharmacien-patient **en permettant d'améliorer le suivi thérapeutique et d'ancrer le**

¹³ le Doubs, la Meurthe-et-Moselle, la Nièvre, le Pas-de-Calais, la Seine-Maritime et la région Rhône-Alpes

pharmacien au **coeur** de la coordination des professionnels de santé dans la prise en charge médicamenteuse du patient.

Contenu

Il comprend les informations permettant d'identifier le patient¹⁴ et recense les médicaments ou produits délivrés saisis par le pharmacien¹⁵ sur une période de 4 mois pour éviter ainsi les redondances et les interactions médicamenteuses. Ces données sont archivées chez l'hébergeur pendant 32 mois supplémentaires pour les cas d'alertes sanitaires, puis ces informations sont détruites.

Les refus de création ou d'alimentation par le patient sont mentionnés.

Le DP est également un moyen de communication facile et permet d'être informé en temps réel par le biais de l'Ordre des alertes sanitaires graves et urgentes.

Aussi depuis novembre 2011, les retraits et rappels de lots de médicaments sont transmis exclusivement par le réseau informatique du DP, ce qui permet d'être informé en temps réel et d'agir au plus vite pour retirer les produits concernés si besoin. Les pharmaciens non raccordés au DP sont informés dans les heures qui suivent par fax ou courrier.

Aussi ces données permettent depuis la loi du 29 décembre 2011, qui autorise au **ministère de la santé, l'ANSM** (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) et l'**INVS** d'accéder aux données anonymes relatives aux médicaments, de contribuer à améliorer le suivi sanitaire. (Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens, avril 2013)

Création d'un DP

Pour créer un DP, il suffit de recueillir le consentement exprès du patient et de cocher la case correspondante à l'acceptation de la création du DP. Un exemplaire papier de l'attestation de création de DP peut-être remis au patient.

Utilisation

Selon la loi : « Tout pharmacien d'officine est tenu d'alimenter le dossier pharmaceutique à l'occasion de la dispensation »¹⁶. Ainsi le DP est obligatoire pour les pharmaciens d'officines. Sauf opposition du patient, le pharmacien doit consulter et alimenter son DP à chaque dispensation.

L'ergonomie d'utilisation diffère selon les logiciels d'aide à la dispensation utilisés. Cependant une exigence de l'Ordre a été établie fin 2006, lors du choix de l'hébergeur¹⁷ du DP ; la consultation du DP devait se faire en moins de 3

¹⁴ Nom, prénom, date de naissance, sexe

¹⁵ Nom du médicament, quantité, date de délivrance, n° de lot

¹⁶ Selon l'article L. 1111-23 du Code de la santé publique – créé par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 – art. 50 (V).

¹⁷ GIE Santeos regroupant les sociétés Uni-Médecine et Atos Worldline (Groupe Atos Origin)

secondes, pour permettre l'adhérence du plus grand nombre des pharmaciens, en évitant d'augmenter l'attente au comptoir. (CNOP, septembre 2011)

La sécurisation des données

Il faut tout d'abord que les données archivées soient sécurisées et deuxièmement que les conditions d'accès à ces données le soient.

Pour le stockage, les données du DP sont archivées par le biais d'un hébergeur agréé de données de santé à caractère personnel. Pour renforcer l'anonymat des données, les informations **concernant l'identité** du patient sont stockées sur une première base cryptée, indépendante de la seconde, qui regroupe les données concernant les produits délivrés. Il est possible de regrouper les données de ces deux bases, seulement en passant par une « boîte noire », mis en service **seulement par l'identification de l'utilisateur pharmacien.** Aussi l'échange officine-hébergeur se fait via un réseau professionnel sécurisé avec des informations cryptées.

Pour l'accès, seulement les professionnels de pharmacie ayant droit à la dispensation¹⁸ peuvent accéder aux données du DP. L'authentification du consultant se fait via la carte CPS (Carte Professionnelle de Santé), **c'est la saisie du code porteur qui permet d'ouvrir une session chez l'hébergeur,** ce dernier vérifie la validité du certificat de la carte. La **consultation ou l'alimentation du DP ne peut se faire qu'en présence du patient et de sa carte vitale, un Numéro de Dossier Pharmaceutique est calculé à chaque lecture de carte.** (Direction de la Communication de l'Ordre national des pharmaciens, juin 2012)

Au 7 janvier 2013, 22 070 officines sont raccordées au DP soit 96,8% - et plus de 24,1 millions détiennent un DP. Fin 2013, 22 300 pharmacies sont raccordées au DP soit 98,3%. En décembre 2013, plus de 30 millions de personnes ont leur **DP ouvert. Plus d'un sur deux des patients de plus de 60 ans possède un DP,** sachant que la iatrogénie médicamenteuse est la cause de 10 à 20 % des hospitalisations des personnes âgées de plus de 70 ans et que la iatrogénie médicamenteuse représente 20% des hospitalisations en urgence des plus de 75 ans et 25% des plus de 85 ans. Ainsi c'est par cette utilisation que l'intérêt du DP prend tout son sens.

Nous estimons que 2,5 millions de modifications de traitement ont résulté de ces partages d'informations entre officines, soit une progression de 40% par rapport à l'année écoulée.

¹⁸ Pharmaciens, préparateurs, étudiants en pharmacie à partir de la 3^{ème} année et accessoirement les médecins hébergeurs en cas de problème informatique.

Tableau VI : indicateurs d'utilisation du DP pour l'année 2013

	Indicateurs	Total
DP en officine	Part des officines équipées du DP	98,3%
	Nombre de DP créés	30 123 753
	Nombre de DP créés pour les - de 20 ans	5 628 301
	Nombre de DP créés pour les + de 60 ans	7 758 577
	Nombre de DP actifs	24 866 297
	Nombre de DP supprimés (demandés par le patient)	35 131
	Nombre de DP supprimés (par inactivité de 36 mois)	1 874 297
	Nombre de DP ayant au moins une dispensation sans ordonnance	7 073 193
	Rythme hebdomadaire de création de DP	114 976
	Rythme hebdomadaire de consultation multifitness de DP	2 115 385
DP en PUI	Taux de refus de création de DP	16,2%
	% officines actives ayant dépassé 500 DP créés	55%
	Nombre d'établissements équipés du DP	103
	Part des établissements équipés du DP	3,8%
	Nombre de consultations tous patients	2 932
	Consultations patients ayant un DP / consultations tous patients	61,4%

(Direction des technologies en santé, 2014)

c. Extension du DP, au-delà de ses objectifs principaux

Fin 2012, après expérimentation, un décret est paru, élargissant la consultation du DP aux pharmaciens hospitaliers.

Début 2013, après la remise en concurrence avec des contraintes très fortes du marché hébergeur, le DP change d'hébergeur¹⁹.

Début 2013, un décret lance une expérimentation permettant aux praticiens hospitaliers, aux urgences, en anesthésie-réanimation et en gériatrie de consulter le DP. Cette expérimentation se poursuivra jusqu'à fin 2015. Au 26 février 2015, 99% des officines et 6,2 % des PUI sont équipées du dispositif DP. (Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2014)

Comme traité au premier chapitre, il est en projet d'insérer le carnet de vaccination électronique au sein du DP. Le CNOP a travaillé à ce propos toute l'année 2013 pour présenter et convaincre le Ministère en charge de la santé, que le DP pourrait être l'outil permettant d'améliorer la couverture

¹⁹ Il passe de Santeos à la société DOCAPOST BPO.

vaccinale. Mission de l'Ordre accomplie, puisque le décret²⁰ est paru le 26 février 2015. La durée d'accessibilité des données de médicaments passe à 21 ans pour les vaccins et à 3 ans pour les médicaments biologiques. (Ordre National des Pharmaciens, 2015)

Ainsi, un système informatique proposé par l'Ordre devrait bientôt être proposé aux pharmaciens permettant de proposer le suivi des vaccinations selon les recommandations des autorités de santé en parallèle avec l'historique vaccin du patient. Les pharmaciens vont-ils adhérer à ce nouvel outil ?

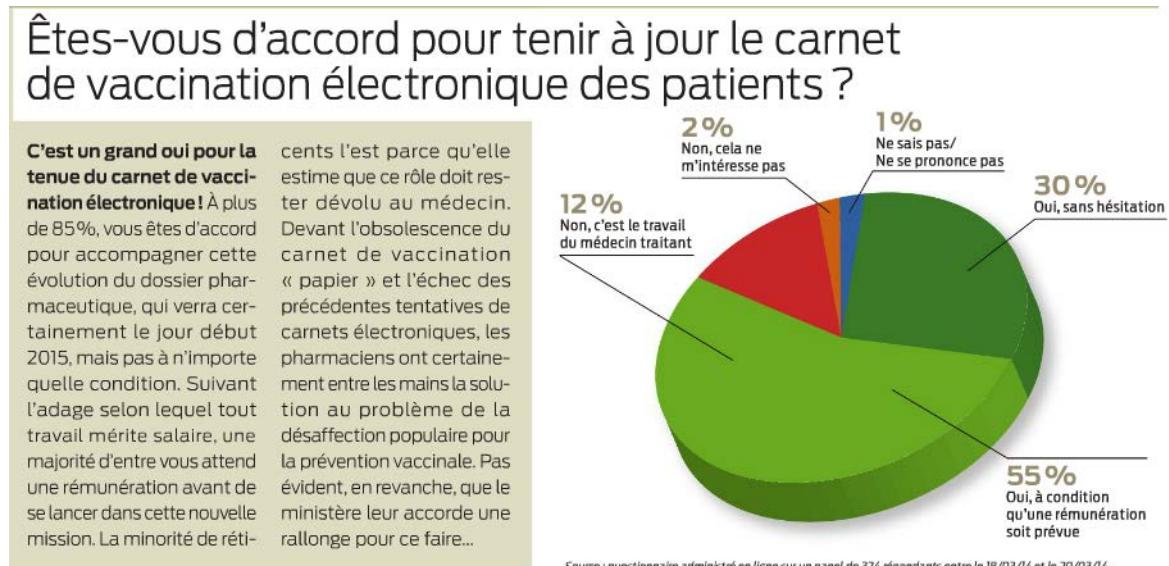


Figure 35 : Avis des pharmaciens pour tenir à jour le carnet de vaccination des patient

Une grande majorité des pharmaciens semble vouloir participer au suivi des vaccinations par le biais du DP, cependant 55% souhaiteraient une rémunération en retour. Ces résultats étant hypothétiques, seul l'avenir nous dira si cet outil greffé au DP fonctionnera ?

C. Comparaison du DMP et DP

Le DMP fut dès son instauration destiné à tous les patients et à tous les professionnels de santé, pour au final restreindre son champ d'action aux patients en ALD ou personnes âgées. Alors que le DP n'avait qu'une seule action à la base ; rendre accessible l'historique des médicaments aux pharmaciens pour éviter les interactions. Puis peu à peu d'autres fonctions avec l'accès à d'autres professionnels de santé se sont greffés. On note aussi une forte adhérence des pharmaciens, à cet outil qui s'intègre parfaitement à leurs pratiques professionnelles. Autre différence avec le DMP, c'est le conseil de l'ordre des pharmaciens qui a lancé cet outil avec la volonté de répondre à un objectif de loi de santé publique. Ainsi depuis la conception du DP et lors de toutes ces étapes de développement, c'est le Conseil de l'Ordre des pharmaciens qui est resté aux commandes. Le DP est un outil plus simple que le DMP mais qui cependant

²⁰ Le décret n° 2015-208 du 24 février 2015 portant sur les durées d'accessibilité et de conservation dans le dossier pharmaceutique des données relatives à la dispensation des vaccins et des médicaments biologiques.

fonctionne. Aussi cet outil est destiné, au départ, qu'aux pharmaciens qui ont déjà bien intégré l'informatique dans leur pratique, alors que les médecins établissent encore des prescriptions manuscrites ce qui reflète une intégration seulement partielle de cette technologie. Avec le DMP et le DP, on voit deux circuits parallèles s'établir ; un circuit Médecin généraliste- laboratoire-spécialistes-hôpital et un circuit Pharmacie officinale- PUI. Ceci reflète la volonté de créer un circuit ville-hôpital, mais un problème surgit, il n'existe aujourd'hui aucun lien uniformisé entre les principaux acteurs de la ville que sont le médecin généraliste et le pharmacien. Serait-il possible de créer ce lien par le biais d'outils relevant de la e-santé ?

Avant de nous intéresser au développement d'un nouveau projet e-santé, attardons nous sur les outils conçus pour améliorer le suivi des patients par le pharmacien.

3) Les outils informatiques développés pour les pharmaciens lors des entretiens pharmaceutiques ont-ils un intérêt ?

A. Les entretiens pharmaceutiques

Le 28 juin 2013, est entré en vigueur l'accompagnement pharmaceutique des patients sous traitement par AVK (Anti-vitamines K). Un premier bilan peut être tiré. Selon les données de l'assurance maladie, 63% des officines se sont impliquées dans cette démarche, pour 153 375 adhésions. Ceci correspond à une moyenne de 10 patients par officine. A cette fin de bilan, seulement 5% des adhérents ont réalisé un second entretien. L'assurance maladie a également réalisé une étude de satisfaction auprès de quelques adhérents à ce dispositif²¹. Les trois quarts des pharmaciens participants sont satisfaits. Ils estiment que ce dispositif s'inscrit dans les missions de conseils et d'accompagnement du pharmacien, qu'il améliore les connaissances du patient sur son traitement et la relation avec le patient. Parallèlement les patients adhérents sont satisfaits de la finalité de l'entretien, puisque la majorité d'entre eux trouve qu'il l'a aidé à prendre conscience de l'importance du suivi et de la surveillance des INR (International Normalized Ratio) et d'être plus vigilant sur les risques associés à son traitement. Plus de 90% des pharmaciens et patients adhérents sont prêts à poursuivre cette démarche. Une étude menée sur le second trimestre 2013, révèle que la part des patients réalisant moins d'un INR par mois²²a diminué chez les patients adhérents, comparativement aux non adhérents. (l'Assurance maladie 2, 2014)

Selon la CNAMTS, le premier bilan de l'accompagnement pharmaceutique des patients sous AVK est plutôt positif. D'un certain angle de vue, on peut considérer ce bilan positif, mais pas nécessairement d'une vue globale ! En effet en France, selon les chiffres de l'ANSM, on estime que pour 2013, environ 1,2 millions de personnes sont sous AVK, alors que les entretiens pharmaceutiques

²¹ 301 pharmaciens et 289 patients

²² Recommandation de l'ANSM au bon suivi du traitement par AVK

ont permis 153 375 adhésions, soit environ 13% des patients sous AVK. (l'ANSM, 2014)

Alors ces entretiens même si ils sont efficaces en améliorant l'adhérence des patients au suivi de leur traitement, si la participation reste aussi faible, il ne peut pas y avoir d'impact significativement positif, en matière de santé publique. Ceci est comparable à démontrer l'efficacité d'un vaccin, même une efficacité de 100% contre le virus devient inutile en terme de santé publique, s'il n'est effectué que par 13% de la population !

B. Les outils e-santé dédiés aux pharmaciens pour les entretiens pharmaceutiques

Aux prémisses des entretiens pharmaceutiques, les logiciels métiers ont conçu des applications de suivi pour permettre de faciliter le suivi du patient par le pharmacien. On peut citer l'application « Mon suivi patient » d'Alliadis qui permet de stocker des données en ligne via un hébergeur agréé des données de santé. Cependant, cette application demande l'installation d'un nouveau logiciel, ainsi l'utilisation de celui-ci ne se fait que lors d'un entretien et ne peut qu'être utilisé difficilement lors d'une délivrance de médicaments, même si des passerelles existent entre le logiciel métier et l'application cloud, la double saisie est souvent indispensable. De même, Pharmagest propose « LGPI Global Services » avec une application de partage de données stockées également sur un serveur agréé Hébergeur de données de Santé. Certains groupements comme Giropharm ont également développé des aides au déroulement à l'entretien avec des questionnaires online et des vidéos d'accompagnement. (Saurel, mars 2014)

Cette liste n'est pas exhaustive, mais par ces exemples, on peut assimiler ces projets à celui du DMP. En effet, il faut d'abord que le pharmacien change ces pratiques professionnelles pour pouvoir utiliser ce système de partage de données. Et lorsqu'on compte 10 patients par officines en moyenne pour les entretiens AVK, soit un patient par mois, on ne peut pas dire que les pharmaciens aient changé leur pratique et/ou que les patients aient adhérés à ce système.

Ainsi est-ce l'outil e-santé qui peut faire changer la pratique, ou l'outil qui doit s'adapter à la pratique, telle est la question ? Mais lorsqu'on observe le naufrage du DMP on peut penser que la deuxième hypothèse est la bonne !

4) Quels sont les points essentiels pour qu'un projet e-santé puisse fonctionner et devenir efficient pour le système de soin ? Points de vues d'experts

Par les étapes de conception et de déploiement des deux solutions citées au paragraphe précédent, nous pouvons dégager des points à éviter et d'autres à prendre en considération. Nous comprenons également la difficulté à mettre en œuvre une solution e-santé. De ce fait, une plateforme d'innovation e-santé,

Platinnes, fut créée en France afin d'évaluer et d'accompagner le développement de technologies e-santé.

Luc VIALARD, chef de projet Platinnes s'est exprimé à ce sujet²³. On peut retenir que pour développer une solution pérenne il est important de définir, en premier lieu, un « habillage juridique » du concept. En parallèle, il est essentiel de cibler le public utilisateur du projet et de rechercher quels peuvent-être les moteurs d'adhésion et d'acceptabilité de l'outil. Pour permettre l'adhésion, un objectif précis qui réponde au besoin des futurs utilisateurs est nécessaire. Cependant le cadrage juridique qui permet l'acceptation du projet et d'autre part l'adhésion des utilisateurs ne suffisent pas. En effet, si l'objectif est de rejoindre une ville à 10 km et que vous avez un vélo et qu'on vous vend une voiture en vous expliquant que vous irez dix fois plus vite qu'avec un vélo, vous adhérez toute suite à ce nouveau concept. Mais s'il faut de l'huile de maïs pour utiliser cette voiture et que vous n'avez pas de moyen de vous en procurer facilement vous allez vite abandonner l'idée de la voiture et revenir à votre bon vieux vélo ! Par cet exemple, on comprend aisément, qu'il est nécessaire d'évaluer la maturité et la capacité des organisations à utiliser l'outil avec efficacité. Un autre point pour qu'un projet puisse davantage persister, c'est le développement d'un usage de masse. En effet, l'adhésion permet l'usage de masse et l'usage de masse entraîne l'adhésion des non adhérent. Pour enclencher l'engrenage de ce cercle vertueux, il doit exister un incitatif mis à la connaissance de l'utilisateur. Aussi pour ne pas casser cet engrenage, les barrières d'utilisation sont à éviter. On peut citer Google ou Facebook qui ont très bien compris ce mécanisme, où tout le monde y accède facilement sans avoir à entrer de code ou numéro de téléphone. Un autre point est à analyser, celui de la valeur ajoutée. L'utilisateur et/ou le financeur du projet doit percevoir de la valeur ajoutée, par exemple un projet qui permettrait d'améliorer la survie des patients, qui pourrait par la même occasion diminuer les risques conduisant à une hospitalisation et ainsi réduire les coûts liés aux hospitalisations. (Luc VIALARD, 2014)

Pour résumer cinq points sont essentiels lors de la conception d'un projet e-santé:

- définir un cadre juridique afin d'assurer la sécurisation des données de santé
- trouver les leviers d'utilisation : qu'est ce qui va permettre que les personnes utilisent cet outil ?
- éviter les barrières d'utilisation : Même si l'utilisateur est convaincu de l'utilité de cet outil, qu'est ce qui pourrait empêcher son utilisation ?
- l'usage de masse : comment intéresser le maximum d'utilisateurs ?
- apporter de la valeur ajoutée

²³ Lors de l'atelier « Comment réussir le lancement d'une solution de e-santé sur le marché » organisé à l'université d'été de la e-santé, en juillet 2014 à Castres.

Ces points sont en cohésion avec l'avis du groupe Huawei²⁴, puisque pour promouvoir une start-up, le fournisseur leader mondial de solutions dans le domaine des technologies de l'information et des communications, regarde si le projet est innovant et porte une attention particulière à l'usage du produit plutôt qu'à la technologie. Aussi le point de l'interopérabilité est abordé en proposant une solution adaptée au réseau et à l'infrastructure. Mr Cristofini, évoque cette difficulté en Europe par rapport aux pays émergents qui profitent davantage des dernières technologies et qui permettent de développer de nouvelles technologies plus facilement. Ces derniers possèdent un réseau unifié et des infrastructures permettant une digitalisation des hôpitaux et donc de cibler un large volume afin de permettre un modèle économique. Ici, on peut certainement comprendre l'échec du DMP, quand on conçoit que le projet demande une amélioration de l'infrastructure et donc un budget à considérer, le projet ne peut être que difficilement pérenne. D'après un retour d'expérience mondiale, selon Mr Cristofini, la non-considération de l'interopérabilité amène le projet à l'échec. (Patrice CRISTOFINI, 2014)

Un deuxième point observé à l'échelle mondiale, il faut privilégier le « user engagement »²⁵ selon le Dr. Geoff APPELBOOM²⁶. En effet lorsque les initiatives proviennent du domaine académique, elles sont plus longues, plus fastidieuses, maladroites et n'aboutissent pas à des outils pratiques qui soient faciles d'utilisation. L'outil est mieux pensé pour aller à l'essentiel, lorsque l'initiative provient de l'usager comme par exemple médecins, pharmaciens, patients. (Dr. Geoff APPELBOOM, 2014) Encore une fois l'expérience du DP et du DMP le démontre.

5) Risques ou avantages au développement de la e-santé pour le système de soin français

En 2000, la « bulle internet » a contribué à l'émergence de ce nouveau business, la e-santé. Aujourd'hui, un nouveau phénomène est en pleine expansion avec les « applis », les objets connectés... Ce nouveau marché est largement convoité, ainsi on peut observer la multiplication des start-up dans ces domaines. (Conseil National de l'Ordre des Médecins, janvier 2015)

On peut apprécier le développement de ces applications mobiles santé lorsqu'on sait qu'elles sont passées de 6000 en 2010 à 100 000 en 2013 dans le monde. En France, DMD²⁷ a réalisé une veille de 4000 applis santé-bien-être, il est

²⁴ Huawei Technologies Co. Ltd. est une entreprise fondée en 1988, dont le siège social se trouve à Shenzhen en Chine, qui fournit des solutions dans le secteur des technologies de l'information et de la communication.

²⁵ Expression employée pour définir la participation des utilisateurs

²⁶ Neurochirurgien au Centre médical de l'Université Columbia, New York et co-fondateur de la plateforme FolUp de suivi patients via les objets connectés

²⁷ PME, leader dans l'évaluation des applications mobiles et objets connectés liés à la santé

ressorti que 60% d'entre elles sont destinées au grand public et 40% aux professionnels de la santé. **Cette tendance tendrait à s'inverser.** Le risque repose sur le fossé qui se creuse entre l'industrie des nouvelles technologies qui cible un marché de communication grand public et le bon objet connecté qui doit cibler une catégorie d'usagers avec une communication qui soit adéquate. (Guillaume MARCHAND, 2014)

On pourra trouver des outils destinés aux patients. Nous pouvons voir notamment par le biais de publicité télévisée que les applications de suivi de santé sont utilisées pour promouvoir les nouvelles technologies, on avait déjà pu voir cela avec les jeux vidéo et leur balance connectée. Ainsi quand nous voyons qu'un des leaders du marché des smartphones s'intéresse aux applications santé, cela signifie qu'une part de la population est grandement susceptible de s'intéresser à ce genre d'applications. Le développement de la e-santé permettrait d'améliorer le profit de l'industrie numérique et le but premier pourrait devenir purement commercial. L'éthique serait donc absente dans le domaine de la e-santé ? Cependant ce risque n'est-il pas déjà existant avec les médicaments et l'industrie des laboratoires pharmaceutiques ? D'ailleurs, l'industrie pharmaceutique commence à s'intéresser à ce nouveau marché de e-santé en espérant y trouver un « nouveau levier de croissance pour perdurer ». (Rémy Teston, 2013)

Même si ces applications et objets connectés peuvent avoir un impact positif sur l'**hygiène de vie en permettant un suivi et à la fois un défi** pour certaines personnes pour améliorer leurs habitudes alimentaires ou leurs pratiques sportives, ces solutions n'apportent pas une information complète au patient et peuvent donc conduire à des erreurs d'orientation de diagnostic, il n'existe aucune validation clinique et il n'y a donc aucune fiabilité d'utilisation. Ainsi il est essentiel, de définir quelles applications peuvent être considérées comme des dispositifs médicaux et établir un cadre juridique, avec un respect des sécurités des données et des certifications garantissant leur bon fonctionnement. Il est important que cette réglementation existe sans être trop lourde pour ne pas devenir un frein à l'innovation. Aussi avec des règles de sécurités trop strictes, le risque est de voir les utilisateurs les contourner en utilisant des services non-sécurisés. (Dr. Antoine PIAU, 2014)

Le professionnel de santé doit être acteur de ces outils et ne doit pas seulement être le client ou le spectateur des industries proposant ces services. Les **professionnels de santé doivent pouvoir réfléchir ensemble d'une action** commune répondant à un problème rencontré sur le terrain et proposer aux industriels leurs besoins pour que leurs produits répondent au mieux aux besoins des patients et correspondent aux pratiques des professionnels de santé.

Malgré ces risques, on s'aperçoit que dans les pays à revenu élevé, le besoin de réduire les dépenses de santé motive le développement de la santé mobile selon une étude de l'OMS. La Commission européenne a établi un livre vert consacré à la santé mobile. Elle pourrait être une solution au problème de systèmes de

santé en Europe que sont le vieillissement de la population et les restrictions budgétaires. La santé mobile pourrait apporter une amélioration de la prévention **par le biais d'autodiagnostic** permettant des consultations ciblées en temps adapté, elle permettrait davantage de responsabiliser le patient qui améliorerait sa qualité de vie. Elle **aurait le potentiel d'amener à un système de santé plus efficient et plus durable**. En pensant que les outils fourniraient des données fiables, les patients pourraient transmettre ces données de suivi avec une vision **graphique pour apprécier l'évolution de la pathologie** à leur médecin. Cela serait un gain de temps sur la consultation où le médecin pourrait cibler davantage les **pistes d'amélioration d'hygiène de vie ou de traitement et les conseils pour améliorer la prise en charge du patient, plutôt que d'interpréter des données prises dans un carnet à la main ou celle prise ponctuellement au cabinet.** (Comssion européenne, avril 2014) Selon une étude du cabinet Precepta²⁸, « **L'e-santé "pourrait (...) répondre en partie aux trois grands défis" du système de santé français: la "qualité des soins prodigues", le "défi de la santé publique" grâce au recours aux mégadonnées et "la nécessité de réaliser des économies substantielles"** dans les dépenses d'assurance-maladie. » (Le Figaro.fr, 2014)

Pour cela le médecin doit accepter l'évolution de son métier qui est déjà mise en place avec l'information omniprésente pour le patient sur la santé. Le médecin doit se placer en tant que conseil expert. On peut constater ce même phénomène par exemple lorsqu'un médecin tombe malade, il aura besoin d'une personne extérieure qui lui donne conseil et le dirige malgré ses connaissances. La e-santé ne remplace pas les professionnels de santé mais doit permettre de dynamiser ces professions et permettre d'augmenter l'adhérence du patient au traitement. (Dr. Geoff APPELBOOM, 2014)

De la même façon pour que le métier de pharmacien puisse réellement évoluer, celui du médecin généraliste doit évoluer en parallèle.

²⁸ Precepta est le département d'études stratégiques du groupe Xerfi. Pour éclairer le changement et les stratégies innovantes, Precepta décrypte les inflexions de la concurrence et des business models sectoriels. Xerfi est un institut d'études économiques privé, spécialisé dans les analyses sur les secteurs et les entreprises

VII. Conclusion

Le but premier de cette thèse était de concevoir un outil informatique qui permette au pharmacien de contribuer davantage à l'amélioration du suivi des patients, pour la vaccination, la prévention et les maladies chroniques.

Avant tout, existe-t-il un besoin d'amélioration dans ces domaines en termes de santé publique ou d'un point de vue économique ?

Effectivement on constate un défaut de vaccination par rapport aux objectifs de santé publique fixés. Cette couverture vaccinale partielle de la population française engendre des coûts évitables. On retrouve ce même défaut, avec des inégalités de suivi et de prévention pour la population générale et même pour les patients atteints de maladies chroniques alors que ces personnes fréquentent régulièrement les professionnels de santé ! Ce manqueument repose sur deux phénomènes ; l'inobservance des patients et l'inertie thérapeutique des professionnels de santé. Les patients et professionnels de santé sont-ils prêts à partager davantage d'informations ?

Les réponses aux questionnaires m'ont agréablement surprise puisqu'elles vont dans le même sens que ma pensée. La majorité des personnes interrogées trouvent utile voire rassurant de pouvoir être alerté par le pharmacien de leurs vaccins ou dates d'examens à réaliser. Plus des trois quarts des pharmaciens avertiraient leurs patients des vaccins ou examens à réaliser si une alerte apparaissait et ils ne verraien pas d'inconvénient à confirmer leur avertissement. La majorité des médecins trouveraient pratique de voir apparaître ces mêmes alertes, mais ils seraient moins nombreux à vouloir justifier la non réalisation d'un examen. Leur avis est plus mitigé vis-à-vis de la possibilité pour le pharmacien d'informer le patient de ces examens.

Aussi avant de concevoir cet outil, il était essentiel de se renseigner sur les outils semblables existants ou en cours de développement.

L'outil imaginé est destiné à l'ensemble des médecins généralistes et des pharmaciens de France. Le DMP et le DP semblent les outils s'en rapprochant le plus, du fait de leur cible d'utilisateurs. D'ailleurs, le DP vaccination est quasiment identique à une partie de cet outil imaginaire. Ce qui confirme le besoin réel d'améliorer la couverture vaccinale en France et d'intégrer activement cette tâche dans le rôle du pharmacien d'officine. Excepté au sujet de la vaccination, il n'existe encore aucun outil comparable.

Il n'y a plus qu'à concevoir techniquement cet outil ! Cependant la technique ne représente qu'une infime partie de la mise en œuvre d'un outil e-santé. La complexité de mise en fonctionnement d'un tel outil repose sur son financement, son habillage juridique, son interopérabilité... Quand on s'aperçoit de l'échec de la mise en œuvre du DMP, malgré tous les moyens déployés, il paraît impossible de

développer seul ce genre d'outil. Pourtant la e-santé semble une des solutions pour rendre le système de santé efficient.

D'ailleurs on assiste à une explosion de la e-santé. Des start-up se multiplient dans ce domaine, **avec l'appui financier de grandes firmes d'équipements high Tech.** Doit-on laisser ces firmes maîtresses de la e-santé ?

« Ne pas agir reviendrait à laisser la place libre à Google, Facebook, Apple, et **d'autres** encore. Déjà, ceux-ci affûtent leurs armes pour attaquer un marché qui offre des opportunités sans limites ou presque. Le risque serait d'avoir d'ici quelques années une santé à deux vitesses : l'une publique, dépassée, plus ou moins gratuite, mais peu efficace. L'autre, privée, payante, et probablement remarquablement efficace. » (Babinet, 2014)

Qu'on le veuille ou non, si Apple avertit son utilisateur de l'épidémie de grippe par rapport à sa localisation et lui conseille de se faire vacciner, il aura certainement plus d'impact que l'ensemble des professionnels de santé ! (Uwe DIEGEL, 2014)

En tant que professionnels de santé il est essentiel de ne pas rester passif face à ce phénomène qui ne cessera d'évoluer !

Glossaire

Applis : diminutif d'**application**, programme (ou un ensemble logiciel) directement utilisé par l'utilisateur pour réaliser une tâche, ou un ensemble de tâches élémentaires d'un même domaine ou formant un tout. Typiquement, un éditeur de texte, un navigateur web, un lecteur multimédia, un jeu vidéo, sont des applications. Les applications s'exécutent en utilisant les services du système d'exploitation pour utiliser les ressources matérielles.

Atos : Société Européenne, acteur international des services informatiques, un des dix plus grands acteurs des Entreprises de Services du Numérique (ESN) au niveau mondial fournit à ses clients du monde entier des services transactionnels de haute technologie, des solutions de conseil et de services technologiques, **d'intégration de systèmes et d'infogérance**. Leader du paiement sécurisé en ligne pour les entreprises en France. Le groupe exerce ses activités sous les noms d'Atos, Atos Consulting & Technology Services, Worldline et Atos Worldgrid.

Aura, migraine : ou migraine ophtalmique, désigne une forme de migraine qui se caractérise par une série de symptômes (vision floue, nausées et vertiges).

Bradycardie : ralentissement du rythme cardiaque

Condylomes : lésions génitales externes bénignes dues au virus HPV (Human Papilloma Virus). Sexuellement transmis, ils touchent indifféremment l'homme et la femme, principalement au début de la vie sexuelle. Il n'y a pas d'évolution cancéreuse, mais les récidives sont très fréquentes. Ces proliférations papillomateuses fréquentes atteignent aussi bien l'homme que la femme. Les proliférations sont bénignes mais récidivantes.

Dispositifs médicaux : instrument, appareil, équipement ou encore un logiciel destiné, par son fabricant, à être utilisé chez l'homme à des fins, notamment, de diagnostic, de prévention, de contrôle, de traitement, d'atténuation d'une maladie ou d'une blessure. (*directive 93/42/CEE relative aux dispositifs médicaux*)

DOCAPOST BPO : Extelia est devenu Docapost BPO en mars 2012, filiale du Groupe La Poste, branche dédiée pour gérer les échanges professionnels de documents des entreprises et des institutions avec leurs publics dédiés. Initialement constituée au sein de la Branche Courrier, la société DOCAPOST est rattachée depuis 2014 à la Branche Numérique du Groupe La Poste à la suite de la réorganisation de ce groupe. DOCAPOST BPO fournit à ses clients B to B (l'ensemble des activités commerciales nouées entre deux entreprises, et plus largement les moyens techniques utilisés pour mettre en relation ces entreprises et faciliter leurs échanges de produits, de services ou d'informations) des

solutions pour optimiser la valeur de leur relation client et accroître la performance de leur Back-Office métier

E-Health : cf e-santé

Embolie pulmonaire : obstruction de l'artère pulmonaire pouvant entraîner la mort.

E-santé : Le terme d'e-santé (ehealth en anglais) désigne tous les aspects numériques touchant de près ou de loin la santé. Cela correspond à du contenu numérique lié à la santé, appelé également la santé électronique ou télésanté. De manière plus générale, on trouve également ce terme pour expliquer l'application des technologies de l'information et de la communication à l'ensemble des activités en rapport avec la santé dans son acceptation la plus large.

EXTELIA : voir DOCAPOST

Facebook : réseau social en ligne qui permet à ses utilisateurs de publier du contenu et d'échanger des messages. Deuxième site web le plus visité au monde après Google.

Google Forms : outil gratuit permettant de créer des questionnaires et les mettre en ligne, collecter et analyser les données simplement.

Google : Société fondée en 1998, L'entreprise s'est principalement fait connaître à travers la situation monopolistique de son moteur de recherche, Elle a ensuite procédé à de nombreuses acquisitions et développements et détient aujourd'hui de nombreux logiciels et sites web notables parmi lesquels YouTube, le système d'exploitation pour téléphones mobiles Android, Google Earth, Google Maps et bien d'autres. Google est l'une des plus imposantes entreprises du marché d'Internet et fait partie, avec Apple, Facebook et Amazon.com, des Big Four d'Internet.

Gouttelettes de pflugge : gouttelettes liquides et allergènes expulsés de la bouche ou du nez du patient et peuvent rester en suspension dans l'air (aérosols) et peuvent atteindre les voies respiratoires et les poumons d'un sujet présent dans l'environnement.

High Tech : techniques de pointe ou, abusivement, hautes technologies, sont des techniques considérées comme les plus avancées à une époque donnée. Cette définition permet aujourd'hui aux départements marketing de décrire tous les nouveaux produits comme de « la high-tech ».

Huawei : Huawei Technologies Co. Ltd. est une entreprise fondée en 1988, dont le siège social se trouve à Shenzhen en Chine, qui fournit des solutions dans le secteur des technologies de l'information et de la communication.

Hystérectomiées : femme ayant subi un acte chirurgical pour **enlever** tout ou partie de l'utérus.

Iatrogénie médicamenteuse : effets indésirables provoqués par les médicaments

Infarctus du myocarde : communément appelé crise cardiaque, correspond à la destruction partielle du muscle cardiaque dû à l'obstruction de l'artère coronaire.

Ischémie cérébrale : Un accident vasculaire cérébral ischémique (AVC) est la conséquence du manque d'apport d'oxygène dans une partie du cerveau.

Interopérabilité : capacité que possède un produit ou un système, dont les **interfaces** sont intégralement connues, à fonctionner avec d'autres produits ou **systèmes existants ou futurs et ce sans restriction d'accès ou de mise en œuvre**. Il convient de distinguer « interopérabilité » et « compatibilité ». Pour être simple, on peut dire que la compatibilité est une notion verticale qui fait qu'un outil peut fonctionner dans un environnement donné en respectant toutes les caractéristiques et l'interopérabilité est une notion transversale qui permet à divers outils de pouvoir communiquer - quand on sait pourquoi, et comment, ils peuvent fonctionner ensemble. Autrement dit, on ne peut parler d'interopérabilité d'un produit ou d'un système que si on connaît intégralement toutes ses interfaces.

La Poste, le groupe : La Poste et toutes ses filiales regroupées forment Le Groupe La Poste. La loi du 2 juillet 1990 confie au Groupe La Poste quatre missions de service public : **le service universel du courrier et colis, l'accessibilité bancaire, la contribution à l'aménagement du territoire et la distribution de la presse**.

Myélite : inflammation de la moelle épinière

Objets connectés : types d'objets dont la vocation première n'est pas d'être des périphériques informatiques ni des interfaces d'accès au web, mais auxquels l'ajout d'une connexion Internet a permis d'apporter une valeur supplémentaire en terme de fonctionnalité, d'information, d'interaction avec l'environnement ou d'usage.

Observance : respect par le patient des prescriptions de son médecin. Il concerne les traitements médicamenteux avec la dose prise et l'heure, les règles hygiéno-diététiques, la présence aux consultations médicales.

Oncogène : Les oncogènes sont une catégorie de **gènes** dont l'expression favorise la survenue de **cancers**. Ce sont des gènes qui commandent la synthèse d'oncoprotéines (protéines stimulant la division) et déclenchent une prolifération

désordonnée des **cellules**. Le terme vient du **grec onkos**, signifiant vrac, masse ou **tumeur**. Le terme oncogène peut désigner aussi des virus qui provoquent l'apparition de cancers. On parle d'**oncovirus**.

Pharmagest : La société Pharmagest Interactive est le leader français de l'**informatique officinale**, avec 43 % de parts de marché, 9 800 clients et 700 collaborateurs. Partenaire privilégié des pharmaciens depuis près de 30 ans, Pharmagest Interactive conçoit des solutions informatiques innovantes à destination des officines et met à disposition des pharmaciens des solutions permettant de répondre au double enjeu de leur profession : renforcer l'accompagnement thérapeutique et assurer la pérennité de leur officine.

Phlébite : ou thrombose veineuse, est la formation d'un caillot de sang (thrombus) dans une veine.

Pilule : expression d'usage utilisé pour définir la contraception orale

Platinnes : plateforme d'innovation e-santé spécialisée dans l'évaluation de solutions e-santé. Initialement portée par le Centre e-santé en réponse à l'appel à projet "Plateforme d'Innovation" lancée par le Ministère de l'Industrie et la Caisse des Dépôts et Consignations, Platinnes a été labellisée par l'Etat en septembre 2011, devenant ainsi la seule et unique plateforme e-santé reconnue en France.

Pop-up : fenêtre secondaire qui s'affiche, sans avoir été sollicitée par l'utilisateur

Pouvoirs adjudicateurs : L'expression « pouvoir adjudicateur » désigne l'acheteur public dans la directive 2004/18/CE du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 relative à la coordination des procédures de passation des marchés publics de travaux, de fournitures et de services. Cette notion a été complétée, à la lumière de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE), par la directive 2014/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 février 2014 sur la passation des marchés publics. On distingue deux catégories de pouvoirs adjudicateurs issus de la directive 2004/18/CE du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 relative à la coordination des procédures de passation des marchés publics de travaux, de fournitures et de services.

Prévalence : mesure de l'état de santé d'une population à un instant donné. Pour une affection donnée, elle est calculée en rapportant à la population totale le nombre de cas de **maladies** présents à un moment donné dans une population

Start-up : La startup (ou jeune pousse) est une jeune **entreprise** à fort potentiel de croissance et qui fait la plupart du temps l'objet de levée de fonds. On parle également de startup pour des entreprises en construction qui ne sont pas encore lancées sur le marché commercial (ou seulement à titre expérimental). Elle est en phase plus ou moins longue de développement d'un produit, de test

d'une idée, de validation d'une technologie ou d'un modèle économique. Le risque d'échec est supérieur aux entreprises traditionnelles du fait des petites tailles et du manque de visibilité de ces structures.

Uni-Médecine : leader en France des applications internet dédiées aux échanges et au partage de données de santé, spécialisé dans la conception et la réalisation d'outils de communication électronique adaptés au domaine de la santé. Appartient à la filiale Atos Wordline

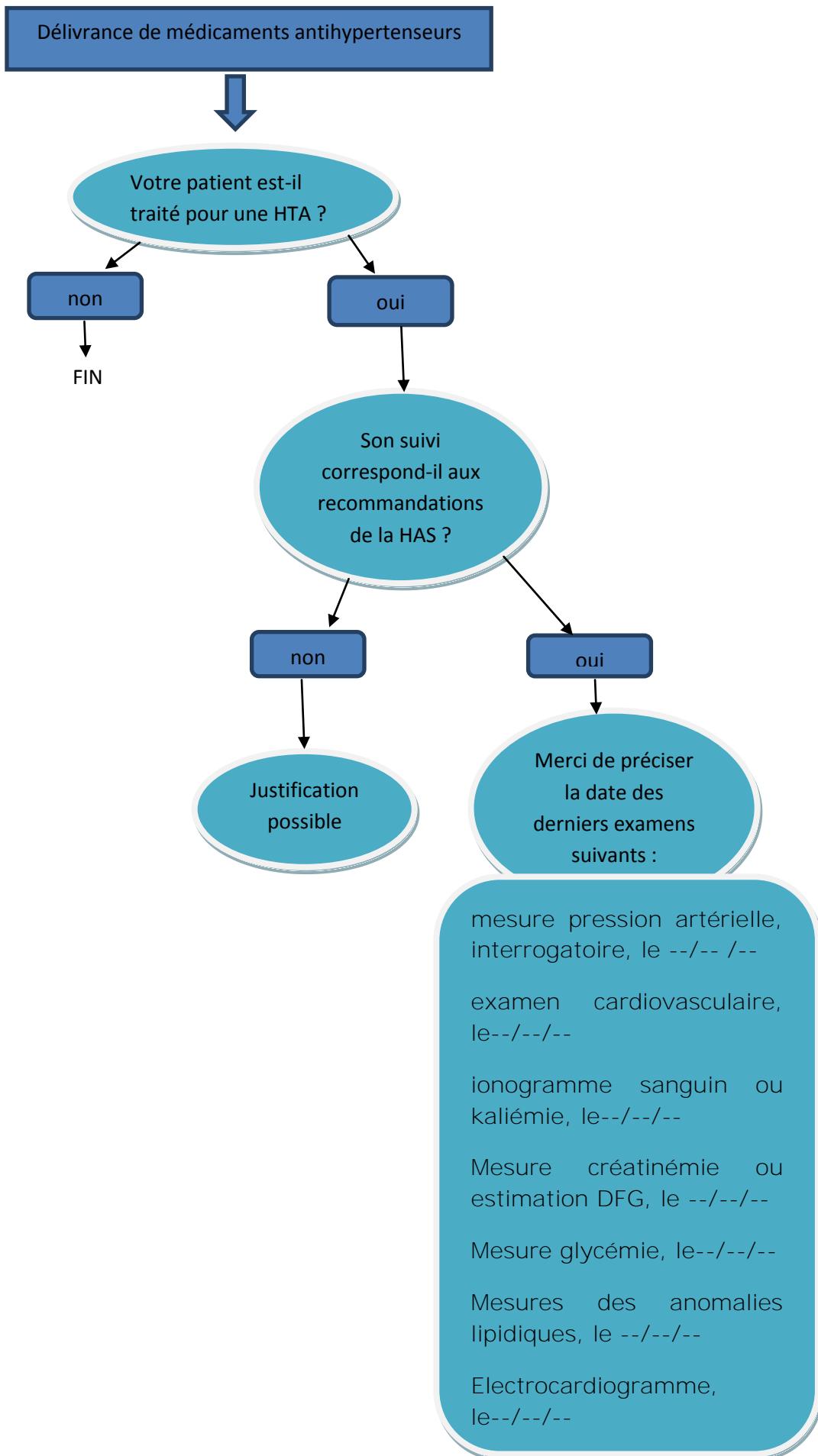
Végétations vénériennes ou condylomes acuminés ou crête de coq : voir condylome

Worldline : filiale d'Atos, est le leader européen et un acteur mondial de référence dans le secteur des paiements et des services transactionnels. Worldline met en place des services nouvelle génération, permettant à ses clients d'offrir au consommateur final des solutions innovantes et fluides

Annexes

1. Algorithme représentant une idée de l'outil fictif : pages 90 et 91
2. Questionnaire patients : pages 92 à 97
3. Réponses patients : pages 98 à 107
4. Questionnaire pharmaciens : pages 108 à 111
5. Réponses pharmaciens : pages 112 à 119
6. Questionnaire médecins : pages 120 à 122
7. Réponses médecins : pages 123 à 131

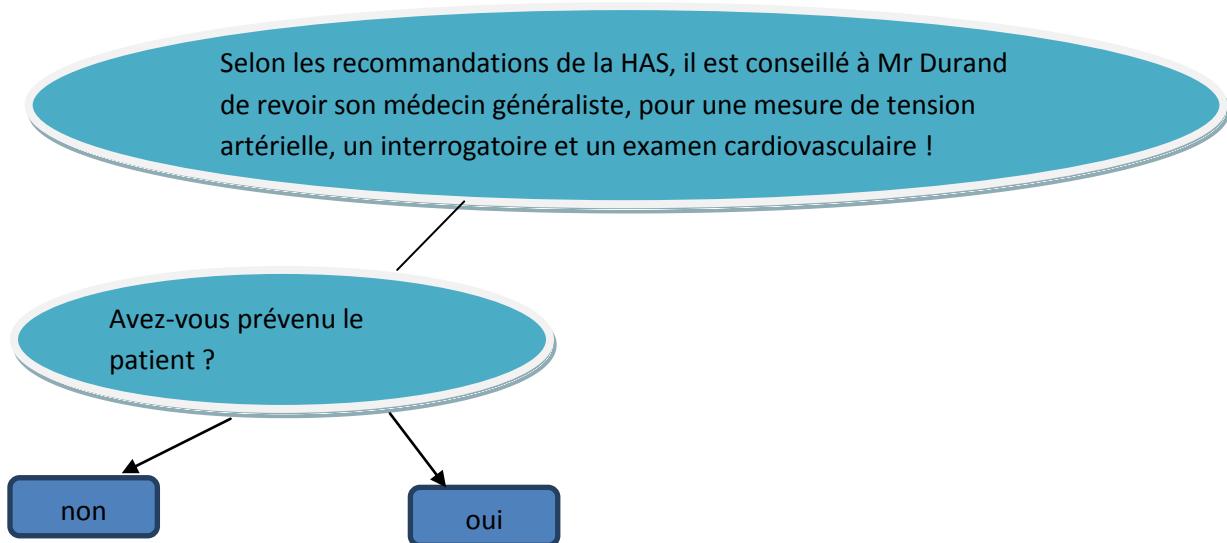
Annexe 1 : Algorithme représentant une idée de l'outil



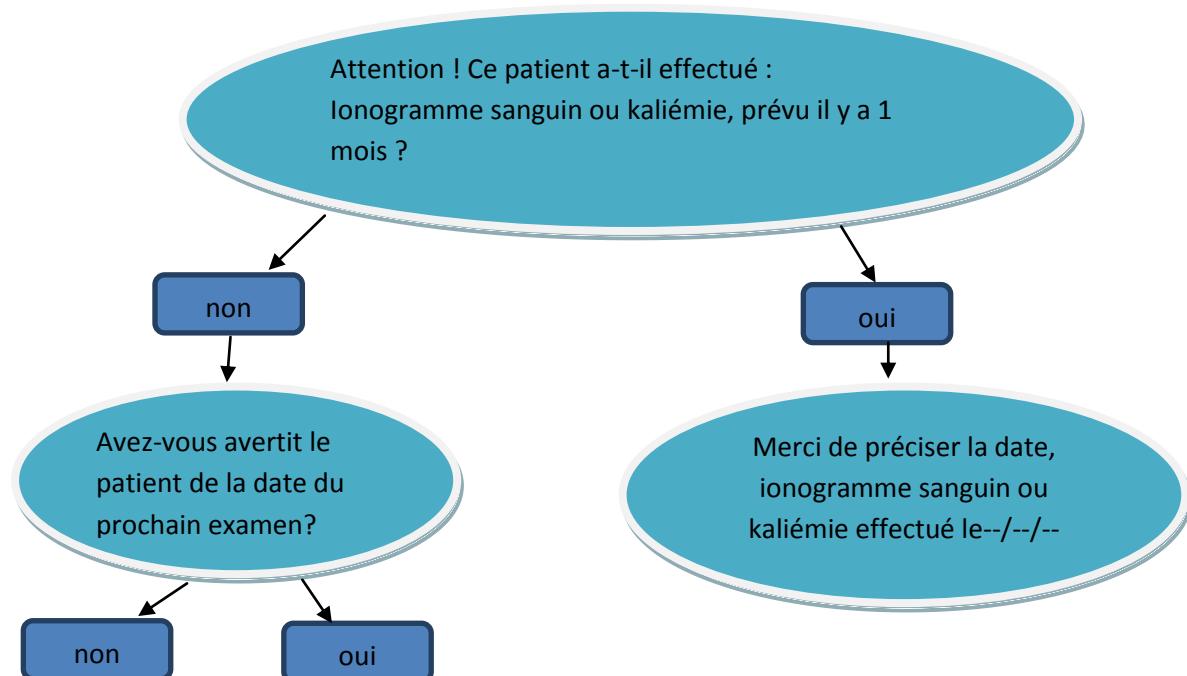
Lors de la délivrance de médicaments pour ce même patient :

Si une interaction apparaît avec une constante biologique, la date correspondante à ce dernier examen apparaît.

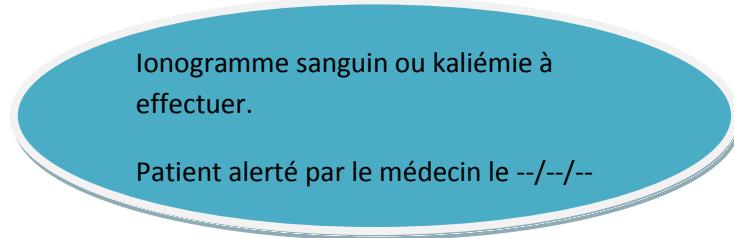
Une alerte s'affiche quand un examen doit-être réalisé :



Lors d'une consultation chez le médecin traitant : (date butoir à 30 jours près)



Lors de la prochaine délivrance, le pharmacien n'aura aucune alerte si l'examen a été effectué. Si l'examen est prévu par le médecin le pharmacien sera informé.



Ma santé

*Obligatoire

Mes vaccinations

Possédez-vous un carnet de vaccination ? * Une seule réponse

- Oui
- non

Cette question est obligatoire.

Savez-vous si vous êtes à jour dans vos vaccinations ? * Une seule réponse possible.

- oui
- oui, si je regarde dans mon carnet de vaccination ou de santé
- non, je n'ai aucun moyen de le savoir

Cette question est obligatoire.

Vous est-il déjà arrivé de manquer des rappels de vaccins ? * Une seule réponse possible.

- Oui
- non
- Je ne sais pas.

Cette question est obligatoire.

Vous-est-t-il arrivé de vous faire sur-vacciner car vous ne saviez plus de quand datait votre dernier vaccin ? * Une seule réponse possible.

- oui
- non
- Je ne sais pas.

Cette question est obligatoire.

Êtes-vous capable de dire quand doivent avoir lieu vos rappels de vaccins obligatoires? * Une seule réponse possible.

- oui
- non

Cette question est obligatoire.

Savez-vous qu'il existe des carnets de vaccination électroniques? * Une seule réponse possible.

- oui
- non

Cette question est obligatoire.

Aimeriez-vous être plus informé sur le suivi de vos vaccinations par les professionnels de santé ? * Une seule réponse possible.

- oui
- non

Cette question est obligatoire.

Aimeriez-vous qu'un professionnel de santé vous avertisse des rappels de vaccins ou des vaccins recommandés à faire dans l'année? * Une seule réponse possible.

- Oui
- non

Cette question est obligatoire.

Si le pharmacien était au courant de vos vaccinations et vous avertissait de celles que vous pouvez effectuer dans l'année; vous trouveriez cela: * Une seule réponse possible.

- gênant, le pharmacien n'a pas à connaître ces données.
 - sans intérêt.
 - pratique, car vous ne savez jamais où vous en êtes dans vos vaccinations.
 - Autre :
- Cette question est obligatoire.

Seriez-vous favorable au fait que ce soit le pharmacien qui vous vaccine ? * Une seule

- réponse possible.
- Oui

non

Cette question est obligatoire.

Êtes vous étudiant, professionnel ou retraité du domaine de la santé? * Une seule

- réponse possible. oui
- non

Cette question est obligatoire.

De quel sexe êtes-vous? *

Une seule réponse

- possible.
homme
- Passez à la
question 24.

femme Passez à la
question 13.

Cette question est obligatoire.

La contraception, prévention, dépistage

Avez-vous déjà consulté un médecin pour utiliser un moyen de contraception? * Une seule réponse

- possible.
- oui

non Passez à la question 24.

Cette question est obligatoire.

La contraception, prévention, dépistage

Lors de la première visite chez votre médecin ou gynécologue, concernant la contraception, vous a-t-on demandé si vous fumiez et/ou si vous ou une personne de votre famille aviez des problèmes cardiaques, ou le diabète? * Une seule réponse possible.

- oui, on m'a posée toutes ces questions et avertie sur ces risques
- oui, en partie
- non, rien de tout ça
- je ne me souviens pas

Cette question est obligatoire.

Lors de votre première consultation pour la contraception, vous a-t-on averti des risques de maladies transmissibles par les relations sexuelles? * Une seule réponse possible.

- oui
- non
- Je ne

m'en souviens pas

Cette question est
obligatoire.

Connaissez-vous les examens nécessaires à effectuer chez la femme ayant une activité sexuelle ? * Une seule réponse possible.

Connaissez-vous les examens nécessaires à effectuer chez la femme ayant une activité sexuelle ? * Une seule réponse possible.

- oui, je l'ai appris
- oui, mon médecin m'a informée
- mon médecin m'a informée mais je ne m'en souviens plus
- non, je ne sais pas

Cette question est obligatoire.

Ma "pilule"

A quelle fréquence allez-vous chez votre médecin ou gynécologue pour votre pilule? Une seule réponse possible.

- tous les 3 mois
- tous les 6 mois
- une fois par an
- moins d'une fois

par an

Cette question est obligatoire.

Consultez vous un gynécologue ? * Une seule réponse possible.

- oui, ma 1ère consultation concernant la contraception était chez le gynécologue
- oui, seulement pour les frottis cervicaux
- oui, mais je consulte également mon médecin traitant pour les renouvellements d'ordonnances
- non, je ne vais que chez mon médecin traitant

Cette question est obligatoire.

En moyenne, à quelle fréquence effectuez-vous des frottis cervicaux si tout est normal? * Une seule réponse possible.

- jamais
- plus d'une fois tous les 3 ans
- une fois tous les 3 ans
- moins d'une fois tous les 3 ans
- je ne sais pas

Cette question est obligatoire.

Quel type de contraception utilisez-vous? * Une seule réponse possible.

- pilule
- stérilet Passez à la question 24.
- patch Passez à la question 24.
- implant Passez à la question 24.
- préservatif Passez à la question 24.
- anneaux Passez à la question 24.
- Autre : Passez à la question 24.

Cette question est obligatoire.

Ma "pilule"

A quelle fréquence allez-vous chez votre médecin ou gynécologue pour votre pilule? Une seule réponse possible.

- tous les 3 mois
- tous les 6 mois
- une fois par an
- moins d'une fois

par an

Cette question est obligatoire.

Habituellement, à quelle fréquence votre médecin vous prescrit-il une prise de sang concernant la pilule si tout est normal? * Une seule réponse possible.

- je n'ai jamais fait de prise de sang pour ce motif
- plus d'une fois tous les 5 ans
- une fois tous les 5 ans
- moins d'une fois tous les 5 ans

Cette question est obligatoire.

Lors du renouvellement de pilule chez votre médecin, selon vous: * plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- il recopie l'ancienne ordonnance
- il vous pose des questions (du type: est-ce que vous fumez, avez vous les jambes lourdes...?)
- il vous pèse, prend votre tension
- il vérifie la date des derniers frottis et prises de sang, pour prévoir les prochaines

Cette question est obligatoire.

Si quand vous allez chercher votre pilule, le pharmacien vous avertissez au sujet de vos examens à réaliser. Vous trouveriez cela: *

Par exemple: " Savez-vous, que vous devez réaliser une prise de sang et/ ou un frottis dans les 3 mois à venir, pour prévenir les complications que pourrait engendrer la pilule..." Une seule réponse possible.

- rassurant
- utile
- inutile
- Autre :

Cette question est obligatoire.

Ma santé

A quelle tranche d'âge appartenez-vous? *

Une seule réponse possible.

- moins de 25 ans Arrêtez de remplir ce formulaire.
- 25-40 ans Arrêtez de remplir ce formulaire.
- 40-50 ans Passez à la question 25.
- 50 ans et plus Passez à la question 25.

Cette question est obligatoire.

Dépistage du cancer colorectal

Avez-vous déjà entendu parler du cancer colorectal? * Une seule réponse possible.

- jamais
- oui, par mon médecin
- oui, par mon pharmacien
- Autre :

Cette question est obligatoire.

Savez-vous qu'il existe un test de dépistage du cancer colorectal simple, rapide et gratuit pour les personnes âgées de 50 à 74 ans? * Une seule réponse possible.

- oui
- non
- Autre :

Cette question est obligatoire.

A quelle tranche d'âge appartenez-vous? *

Une seule réponse possible.

- moins de 50 ans Arrêtez de remplir ce formulaire.
- entre 50 et 75 ans Passez à la question 28.
- plus de 75 ans Passez à la question 28.

Cette question est obligatoire.

Dépistage cancer colorectal

Avez-vous déjà reçu une lettre vous invitant à retirer un test de dépistage auprès de votre médecin traitant ? * Une seule réponse possible.

- oui
- non

Cette question est obligatoire.

Avez-vous réclamé le test à votre médecin? * Une seule réponse

- possible.
- oui
- non, pas encore
- non, je ne pense pas le réclamer

Cette question est obligatoire.

Avez-vous effectué le test? *

Une seule réponse possible.

- oui
- non, car mon médecin me fait réaliser des coloscopies
- non

Cette question est obligatoire.

Merci de préciser la raison pour laquelle vous n'avez pas effectué ce test.

Cette question est obligatoire.

Savez-vous à quelle fréquence il est préférable de faire ce test? * Une seule réponse possible.

- oui
- non

Cette question est obligatoire.

Si le pharmacien avait la possibilité de savoir si vous avez effectué ce test, et vous informait des tests de prévention que vous pouvez réaliser gratuitement. Vous trouveriez cela : * Une seule réponse possible.

- gênant, le pharmacien n'a pas à connaître ces informations
- gênant, car je n'aimerais pas que le pharmacien me dise
- ce que je peux faire
- rassurant
- utile
- inutile, je connais les tests
à faire Cette question est

obligatoire.

246 réponses

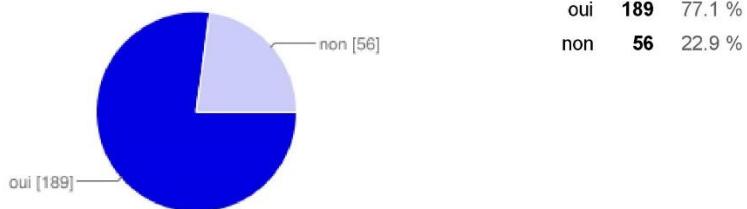
[Afficher toutes les réponses](#)

[Publier les données analytiques](#)

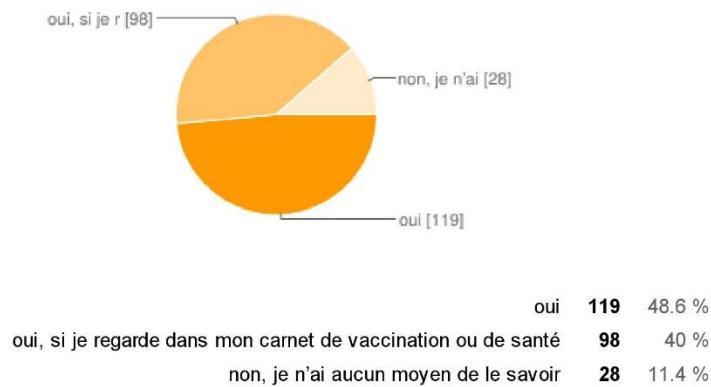
Résumé

Mes vaccinations

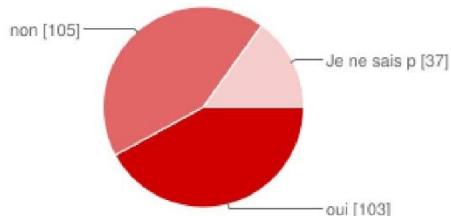
Possédez-vous un carnet de vaccination ?



Savez-vous si vous êtes à jour dans vos vaccinations ?

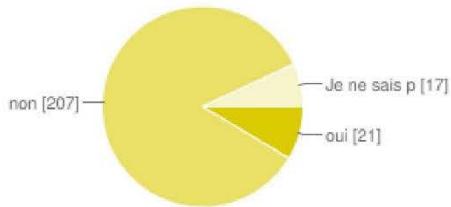


Vous est-il déjà arrivé de manquer des rappels de vaccins ?



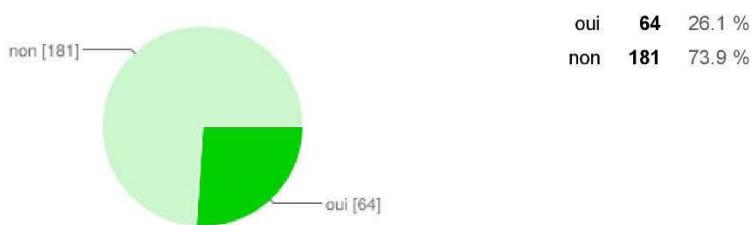
oui	103	42 %
non	105	42.9 %
Je ne sais pas.	37	15.1 %

Vous-est-t-il arrivé de vous faire sur-vacciner car vous ne saviez plus de quand datait votre dernier vaccin ?



oui	21	8.6 %
non	207	84.5 %
Je ne sais pas.	17	6.9 %

Êtes-vous capable de dire quand doivent avoir lieu vos rappels de vaccins obligatoires?



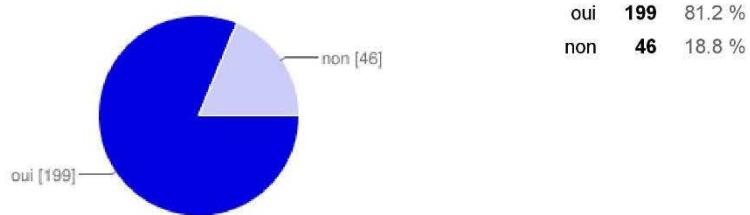
Savez-vous qu'il existe des carnets de vaccination électroniques?



Aimeriez-vous être plus informé sur le suivi de vos vaccinations par les professionnels de santé ?

15/5/2015

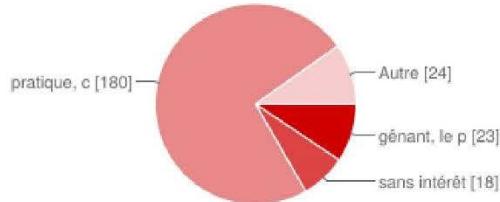
Ma santé - Google Forms



Aimeriez-vous qu'un professionnel de santé vous avertisse des rappels de vaccins ou des vaccins recommandés à faire dans l'année?

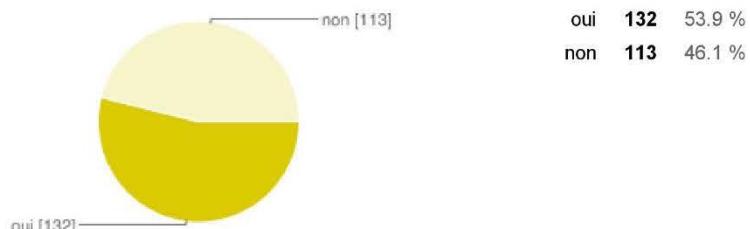


Si le pharmacien était au courant de vos vaccinations et vous avertissait de celles que vous pouvez effectuer dans l'année; vous trouveriez cela:



gênant, le pharmacien n'a pas à connaître ces données.	23	9.4 %
sans intérêt.	18	7.3 %
pratique, car vous ne savez jamais où vous en êtes dans vos vaccinations.	180	73.5 %
Autre	24	9.8 %

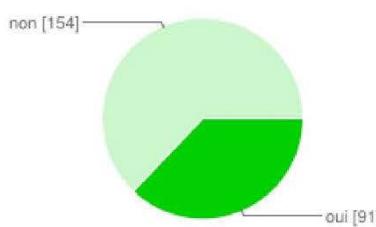
Seriez-vous favorable au fait que ce soit le pharmacien qui vous vaccine ?



Êtes vous étudiant,professionnel ou retraité du domaine de la santé?

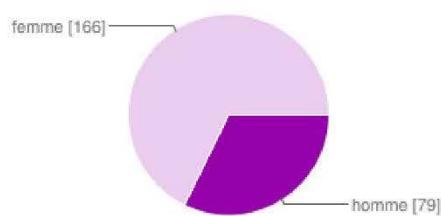
15/5/2015

Ma santé - Google Forms



oui	91	37.1 %
non	154	62.9 %

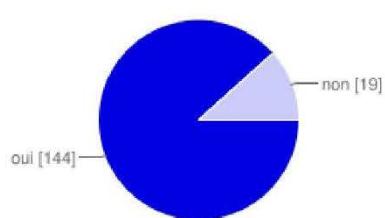
De quel sexe êtes-vous?



homme	79	32.2 %
femme	166	67.8 %

La contraception, prévention, dépistage

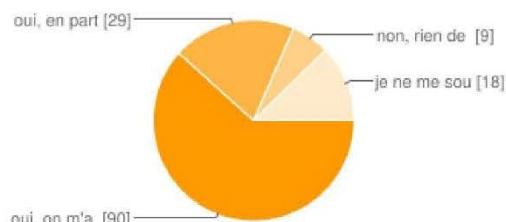
Avez-vous déjà consulté un médecin pour utiliser un moyen de contraception?



oui	144	88.3 %
non	19	11.7 %

La contraception, prévention, dépistage

Lors de la première visite chez votre médecin ou gynécologue, concernant la contraception, vous a-t-on demandé si vous fumiez et/ou si vous ou une personne de votre famille aviez des problèmes cardiaques, ou le diabète?



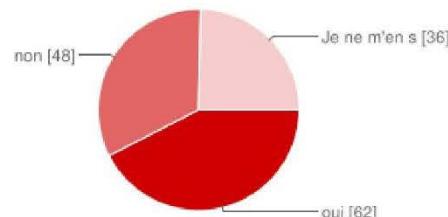
oui, on m'a posé toutes ces questions et avertie sur ces risques **90** 61.6 %

https://docs.google.com/forms/d/1gcvH5krwYvnYV7ZQ77Nwf_HeHhp4HzGnkTwyuUYf76I/viewanalytics

4/11

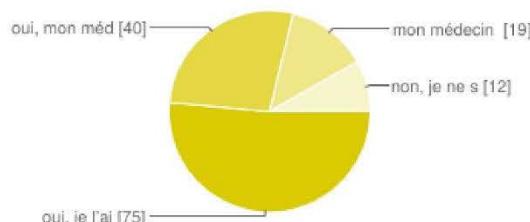
oui, en partie	29	19.9 %
non, rien de tout ça	9	6.2 %
je ne me souviens pas	18	12.3 %

Lors de votre première consultation pour la contraception, vous a-t-on averti des risques de maladies transmissibles par les relations sexuelles?



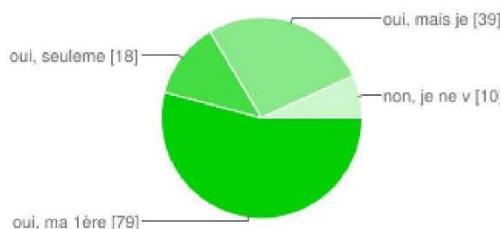
oui	62	42.5 %
non	48	32.9 %
Je ne m'en souviens pas	36	24.7 %

Connaissez-vous les examens nécessaires à effectuer chez la femme ayant une activité sexuelle ?



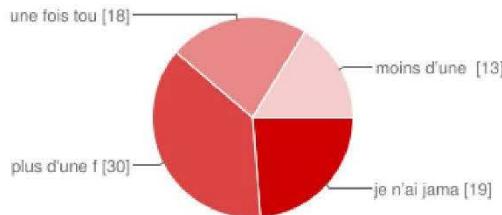
oui, je l'ai appris	75	51.4 %
oui, mon médecin m'a informée	40	27.4 %
mon médecin m'a informée mais je ne m'en souviens plus	19	13 %
non, je ne sais pas	12	8.2 %

Consultez vous un gynécologue ?



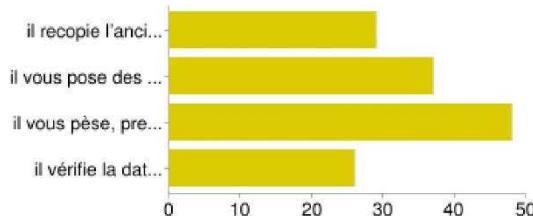
tous les 3 mois	10	12.5 %
tous les 6 mois	26	32.5 %
une fois par an	37	46.3 %
moins d'une fois par an	7	8.8 %

Habituellement, à quelle fréquence votre médecin vous prescrit-il une prise de sang concernant la pilule si tout est normal?

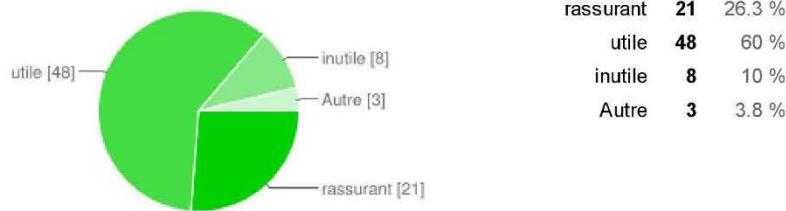


je n'ai jamais fait de prise de sang pour ce motif	19	23.8 %
plus d'une fois tous les 5 ans	30	37.5 %
une fois tous les 5 ans	18	22.5 %
moins d'une fois tous les 5 ans	13	16.3 %

Lors du renouvellement de pilule chez votre médecin, selon vous:

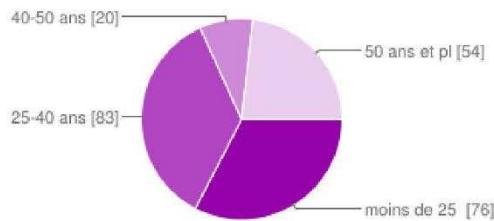


Si quand vous allez chercher votre pilule, le pharmacien vous avertissez au sujet de vos examens à réaliser. Vous trouveriez cela:



Ma santé

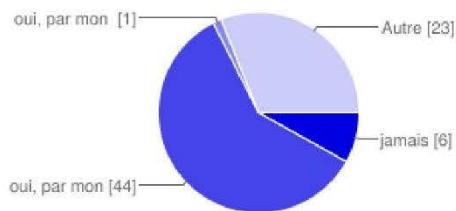
A quelle tranche d'âge appartenez-vous?



moins de 25 ans	76	31.1 %
25-40 ans	83	34 %
40-50 ans	20	8.2 %
50 ans et plus	54	22.1 %

Dépistage du cancer colorectal

Avez-vous déjà entendu parler du cancer colorectal?



jamais	6	8.1 %
oui, par mon médecin	44	59.5 %
oui, par mon pharmacien	1	1.4 %
Autre	23	31.1 %

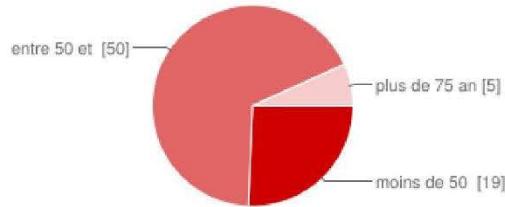
Savez-vous qu'il existe un test de dépistage du cancer colorectal simple, rapide et gratuit pour les personnes âgées de 50 à 74 ans?

15/5/2015

Ma santé - Google Forms



A quelle tranche d'âge appartenez-vous?

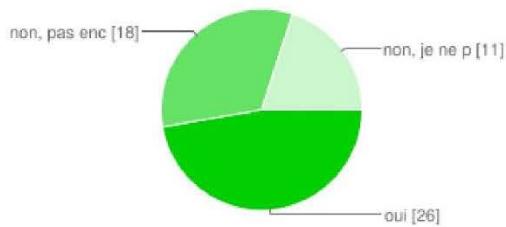


Dépistage cancer colorectal

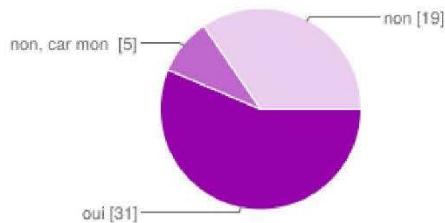
Avez-vous déjà reçu une lettre vous invitant à retirer un test de dépistage auprès de votre médecin traitant ?



Avez-vous réclamé le test à votre médecin?



oui	26	47.3 %
non, pas encore	18	32.7 %
non, je ne pense pas le réclamer	11	20 %

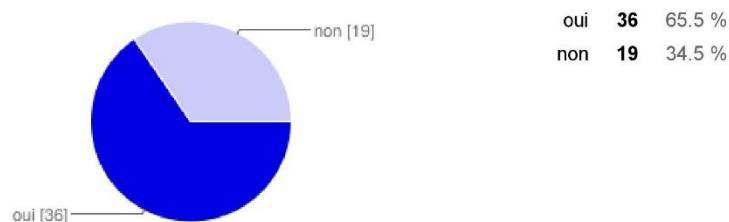
Avez-vous effectué le test?

oui	31	56.4 %
non, car mon médecin me fait réaliser des coloscopies	5	9.1 %
non	19	34.5 %

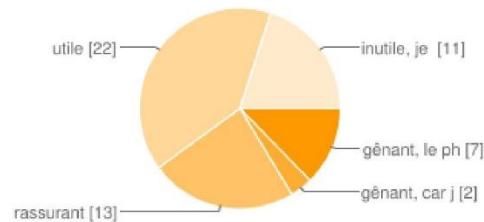
Merci de préciser la raison pour laquelle vous n'avez pas effectué ce test.

- je l'avais reçu par la poste
- Negligence
- Pas pris le temps de la faire
- coloscopie tous les 5 ans
- ????????????????????????
- aucune information
- pas très pratique à faire
- je remet à plus tard
- pas trop le temps de m'en occuper
- je ne le juge pas utile
- je n'en ai pas ressenti la nécessité
- suivi tous les 5ans, suite à antécédents familiaux (décès)
- C'est personnel
- je n'en ai jamais entendu parler
- par paresse
- j'ai l'impression que l'on passe beaucoup de temps à faire des dépistages tout au long de l'année

Savez-vous à quelle fréquence il est préférable de faire ce test?



Si le pharmacien avait la possibilité de savoir si vous avez effectué ce test, et vous informait des tests de prévention que vous pouvez réaliser gratuitement. Vous trouveriez cela :



gênant, le pharmacien n'a pas à connaître ces informations	7	12.7 %
gênant, car je n'aimerais pas que le pharmacien me dise ce que je peux faire	2	3.6 %
rassurant	13	23.6 %
utile	22	40 %
inutile, je connais les tests à faire	11	20 %

La vaccination

Vous êtes: *

- préparateur
- étudiant
- pharmacien titulaire
- pharmacien

Les patients vous posent-t-ils des questions à propos des vaccins à réaliser?

- oui,régulièrement
- oui, parfois
- non, jamais

Distribuez-vous des carnets de vaccination?

- oui,ils sont donnés systématiquement avec la délivrance d'un vaccin si le patient n'en possède pas
- oui, si le patient le demande
- non, nous n'en avons pas

Savez-vous qu'il existe des carnets de vaccination électroniques destinés aux patients?

- oui
- non

Utilisez- vous le carnet de vaccination électronique?

- oui
- non

Si une alerte informatique apparaissait par le biais du DP en vous informant que votre patient peut se faire vacciner dans l'année (nom du vaccin ou du rappel, date du dernier réalisé), vous trouveriez cela: *

- utile et l'informerait
- inutile
- Autre :

La vaccination par le pharmacien vous poserez-t-elle un souci ? *

- oui, par manque de temps
- oui, cela ne fait pas parti du métier de pharmacien
- oui, car il faudrait un espace réservé à cette activité
- oui, car je ne vois pas l'intérêt
- non, si cette activité est rémunérée

- non, si cela doit faire partie des nouvelles tâches du pharmacien
- Autre :

Le suivi des traitements renouvelables

Lors de la dispensation d'un traitement chronique, rappelez-vous au patient les suivis médicaux et biologiques qu'il doit réaliser? *

Exemple: pour un patient diabétique: "faites vous attention au soin de vos pieds?"

- oui
- non, je ne pense pas que ce soit mon rôle
- non, je ne pense pas que ce soit utile
- Autre :

Vous est-il déjà arrivé de penser que certaines prescriptions devraient être renouvelables, car à votre avis il n'y a pas d'intérêt pour le patient à consulter son médecin traitant tous les mois? *

- oui, souvent
- oui, quelquefois
- oui, rarement
- non, jamais

Lorsque l'ordinateur vous signal une interaction (association déconseillée ou précaution d'emploi) qui préconise un suivi médical ou biologique (ex:risque hyperkaliémie ou risque hypertension...); le signalez-vous au patient? *

- oui, à chaque fois
- oui, mais pas toujours
- non, jamais
- Autre :

Si oui, le patient est-il capable de vous dire s'il est suivi? *

ex: je fais régulièrement des prises de sang pour ma kaliémie

- oui
- non

Si une alerte apparaissait pour vous prévenir que le patient doit effectuer des examens dans les mois à venir, concernant la prévention de maladie ou de son traitement? **
ex: Votre patiente est sous estroprogestatif oral, selon les recommandations de la HAS il est conseillé de faire un bilan biologique dans les 6 mois à venir. ex: Votre patient présente un diabète de type II, selon la HAS, il est conseillé de faire un bilan biologique, consulter un ophtalmologue, consulter un podologue dans les 3 mois à venir.

- cela me gênerais
- je trouverais cela utile et l'informerait
- je trouverais cela inutile

- je pense que c'est seulement au médecin de le faire

Si vous deviez cocher le fait d'avoir prévenu ou non le patient de l'alerte, trouveriez-vous cela gênant? *

- oui
- non

Si oui, merci d'expliquer le motif de votre gêne

Prévention, dépistage de masse

Vous arrive-t-il de délivrer des tests hémocult®? *

- oui
- non

Savez-vous ce qu'est un hémocult®? *

- oui
- non

Si une alerte vous informait de l'examen préventif à réaliser dans les mois à venir par votre patient, vous trouveriez cela: *

ex:votre patiente à bientôt 50 ans, selon l'HAS il est recommandé de réaliser une mammographie

- utile
- inutile
- Autre :

Si vous deviez cocher le fait d'avoir prévenu ou non le patient de l'alerte, trouveriez-vous cela gênant? *

- oui
- non

Si oui, merci d'expliquer le motif de votre gêne

logiciel informatique

Aimeriez-vous que votre logiciel vous propose plus d'outils concernant le suivi des patients atteints de maladies chroniques?

Une seule réponse possible.

- oui
- non

Si oui, lequels?

Annexe 5 : Réponses pharmaciens

Vous êtes :

Igpi	Igpi	mail	cumul	
185	27%	68	30%	Titulaire
288	42%	39	38%	Adjoint
136	20%	0	16%	Préparateur
84	12%	57	16%	Etudiant
693		164		
			857	total

La pharmacie est située :

47%	en centre ville
10%	dans un centre commercial
43%	en milieu rural

La vaccination :

QUESTION 1 : Les patients vous posent-t-ils des questions à propos des vaccins à réaliser ?

nombre de répondant via Igpi	% via Igpi	nombre de répondant via mails	% cumulé	
171	25%	38	24%	Oui,régulièrement
455	65%	101	65%	Oui, parfois
69	10%	25	11%	Non, jamais
695		164	859	

QUESTION 2 : Distribuez-vous des carnets de vaccination? ?

29	4,2%	13	5%	Oui,ils sont donnés systématiquement avec la délivrance d'un vaccin si le patient n'en possède pas
267	38,4%	83	41%	Oui, si le patient le demande
399	57,4%	68	54%	Non, nous n'en avons pas
695		164	859	

QUESTION 3 : Savez-vous qu'il existe des carnets de vaccination électroniques destinés aux patients ?

118	17%	34	18%	Oui
573	83%	130	82%	Non
691		164	855	

QUESTION 4 : Utilisez-vous le carnet de vaccination électronique ?

14	2%	2	2%	Oui
674	98%	162	98%	Non
688		164	852	

QUESTION 5 : Si une alerte informatique apparaissait par le biais du DP en vous informant que votre patient peut se faire vacciner dans l'année (nom du vaccin ou du rappel, date du dernier réalisé), vous trouveriez cela :

673	97%	161	97%	Utile et l'informeriez
13	2%	2	2%	Inutile
9	1%	1	1%	Autres
695		164	859	

Si vous avez coché "autres", merci de préciser

cela serait utile mais pour les personnes utilisant le DP, mais ce n'est pas la majorité chez nous ... delicat à proposer aux patients/ Il faut arreter d'ennuyer la population. le public ressent souvent comme une agression /les conseils qui viennent comme un cheveu sur la soupe/. tout dépend du contexte ou les informations sont diffusées./ risque d'être intrusif/ Rôle du médecin/ utile mais pas sûr que le patient soit intéressé/ Utile si DP généralisé voire obligatoire/ par un message informatique mail ou sms

QUESTION 6 : La vaccination par le pharmacien vous poserait-elle un souci ?

23	3%	1	3%	Oui, par manque de temps
204	29%	38	28%	Oui, cela ne fait pas partie du métier de pharmacien
47	7%	17	7%	Oui, car il faudrait un espace réservé à cette activité
7	1%	0	1%	Oui, car je n'en vois pas l'intérêt
191	28%	54	29%	Non, si cette activité est rémunérée
192	28%	50	28%	Non, si cela doit faire partie des nouvelles tâches du p
29	4%	4	4%	Autres
693		164	857	

Si vous avez coché "autres", merci de préciser

avec une formation! Ce serait très utile./ cela ne me pose pas de souci particulierement parceque cette pratique existe déjà dans beaucoup de pays mais il faudra être formé au suivi et à la réalisation. Et il faudrait un espace réservé, ET du personnel supplémentaire en période vaccinale.... Et il faudrait une rémunération, en effet. /et le préparateur ?jamais d'évolution dans son métier..... /et une formation spécifique/ il faudrait que cela fasse partie de la formation/ interdit par la loi. /"sacralité du corps humain"/ je l'ai déjà fait... /je n'aime pas piqué !!!/ je ne suis pas pro vaccination/ je ne voudrais pas empêcher sur les autres professionnels de santé qui estimeraient qu'on leur prend leur travail /les pharmaciens n'ont pas appris à faire des piqûres. /les vaccinations sont l'occasion pour les médecins de voir leurs patients /NE ME GENE PAS, MAIS NE FAIT PAS PARTIE DU MÉTIER, ET SURTOUT, NOUS N'AVONS PAS ETE FORMÉS./non a condition d'être formé pour et d'être rémunéré/ non car nouvelle tâche du pharmacien/ pour désengorger cabinet de médecins sous condition de rémunération et de formation adéquate /Non mais il faudrait suivre une formation pour apprendre à vacciner /non, au contraire je trouve cela très intéressant et enrichissant pour la profession. /Non, mais la formation actuelle n'est pas adaptée pour que la réalisation de cet acte soit correcte en pharmacie/ non, si cette activité est remunerée et si il ya des formations pour mener à bien cette nouvelle mission (comment piquer, comment gérer les retards de vaccinations etc...)/ nous ne sommes pas qualifiés pour (techniquement nous ne savons pas piquer) /nouvelle tâche du pharmacien ET rémunérée/ oui avec une formation appropriée (contre indications vaccins vivants etc ... /oui car nous ne sommes pas formés pour cela/ Oui pour un souci de sécurité sanitaire./ Responsabilité vis à vis du patient, assurance pour le pharmacien dans le cas de piqûre accidentelle avec aiguille.../Si patient contaminé virus du sida ou hépatites! /Oui, l'injection ne fait pas partie de la formation du pharmacien. C'est un acte qui n'est pas anodin./ pas de souci a condition d'avoir une formation spécifique et reconnue /pas notre art risque d'abandonné/.manque de rémunération, manque de temps et de local prévu à cet effet. /pour plusieurs raisons : cela ne fait pas partie du métier de pharmacien; il faudrait un espace réservé à cette activité; je ne vois pas l'intérêt .../ Formation trop longue pour peu de vaccins au final /oui, par manque de temps /oui,nécessité de formation une petite formation serait utile (en plus de la rémunération)

Le suivi des traitements renouvelables :

QUESTION 7 : Lors de la dispensation d'un traitement chronique, rappelez-vous au patient les suivis médicaux et biologiques qu'il doit réaliser ?
Exemple pour un patient diabétique : "faites vous attention au soin de vos pieds?"

567	82,1%	120	80%	Oui
17	2,5%	7	3%	Non, je ne pense pas que ce soit mon rôle
19	2,7%	7	3%	Non, je ne pense pas que ce soit utile
88	12,7%	30	14%	Autres
691		164	855	

Si vous avez coché "autres", merci de préciser

Ca depend des patient ce serait bien mais je reconnaiss que je n'y pense pas toujours /cela depend/ cela dépend de la capacité du patient à comprendre/ Cela dépend on ne va pas leur dire tous les mois à chaque renouvellement... /cela m'arrive mais pas souvent /cela se fait en fonction du patient et de sa disponibilité/ de temps en temps(*2)/ de temps en temps mais pas systematiquement/ de temps en temps, rien de systematique/ Impossible de penser à tout et manque de temps le plus souvent /irregulier je le précise lors de la première délivrance je ne le fais pas systématiquement

je n'y pense pas/ je n'y pense pas forcement souvent ils le savent les patients nous disent qu'ils sont déjà au courant/ MANQUE D HABITUDE/ manque de formation du personnel et des fois manque de temps manque de temps /N4Y PENSE PAS /ne pas cofondre les rôles du médecin et du pharmacien !!!!!!!/ non /NON CAR JE N'Y PENSE PAS/ Non je ne le fais pas mais je pense que c'est utile! /non je n'y pense pas/ NON JE N'Y PENSE PAS CAR TROP DE CHOSES A FAIRE A COTE/ non je n'y pense pas forcément/ non mais on devrait /Non, je n'ai pas forcement le temps. /non, je n'y pense pas forcément /non, les patients s'en fichent /non, pas le temps/ non, pas systematiquement/ non, pas le temps quand on fait 300 actes/j à 2 ou 3/ n'y pense pas systématiquement on a tellement de préoccupations administratives que l'on y pense pas /on essaie d'y penser on ne peut pas tout dire au comptoir à chaque personne sinon on passerait une heure avec chaque patient.de plus on risque de lui dire la même chose à chaque visite ce serait bien d'avoir au niveau informatique toutes les questions à poser et les poser au fur et à mesure et pouvoir voir au niveau de la fiche client ce qui a été abordé pour chaque client car le patient peut être diabétique mais aussi cardiaque hypertendu et glaucomateux....on y passe la journée!!!!/ oubli (*4)/ oui je le dit mais pas recommandé par la direction/ oui mais pas systématiquement (*7) (dépend du monde dans l'officine à ce moment et de la faculté d'écoute du patient en face de soi) /(entre une et trois fois par an) /oui si je peux prendre ce temps avec le patient (patient non pressé, pharmacie vide ...)/ Oui, s'il me pose la question ou s'il observe des changements de son état. Parfois(*10)/ seulement, et si une automédication m'alerte Parfois, selon les besoins du patient/pas tjs pas toujours/Pas toujours faute d'oubli et faute de temps/pas toujours le temps ou l'occasion de parler des pieds, plus souvent des questions générales et on voit comment le patient réagit/ Pas toujours par manque de temps ou lorsque le patient est traité depuis plusieurs années et qu'il connaît déjà bien tous les conseils associés à sa pathologie. /pas toujours!!! pas tout le temps/ Pas tout le temps, par manque de temps pas tt le temps prends pas le temps quand la conversation est entraînée vers ce sujet quand on y pense /Si cela vient dans la discussion, oui./ Utile dans le cas d'un suivi thérapeutique formalisé par une convention/en fonction du niveau de compréhension /Je demande au patient s'il a besoin d'informations concernant son traitement et parfois je m'assure que le patient connaît les informations quand il est hésitant./ je lui rappelle si le patient m'en parle/ Je ne le fais pas systématiquement, cela arrive plutôt au cours de la discussion avec le patient si celui-ci désire en parler/ Non par oubli /non pas le temps/ non pour ne pas interférer avec le médecin/ non, je ne pense pas à le faire et on manque souvent de temps/. on n'y pense pas toujours /oui mais pas systématiquement, selon temps disponible/ oui parfois/ OUI PARFOIS MAIS MANQUE DE TEMPS oui selon les patients oui, parfois mais pas toujours/ Parfois(*7) Parfois pour certains traitements/ pas assez souvent/ pas toujours/ Pas TOUJOURS!!!! /pas tout le temps, cela dépend aussi de la proximité avec le patient/ Quand j'y pense si la conversation oriente vers ce souci /oui sinon je ne voudrais pas paraître rabat-joie tous les mois. /si nécessaire

QUESTION 8 : Vous est-il déjà arrivé de penser que certaines prescriptions devraient être renouvelables, car à votre avis il n'y a pas d'intérêt pour le patient à consulter son médecin traitant tous les mois ?

241	35%	62	36%	Oui, souvent
349	51%	74	50%	Oui, quelquefois
62	9%	21	10%	Oui, rarement
37	5%	7	5%	Non, jamais
689		164	853	

QUESTION 9 : Lorsque l'ordinateur vous signale une interaction (association déconseillée ou précaution d'emploi) qui préconise un suivi médical ou biologique (ex: risque hyperkaliémie ou risque hypertension...) le signalez-vous au patient ?

154	22%	30	21,4%	Oui, à chaque fois
454	65%	124	67,4%	Oui, mais pas toujours
59	9%	5	7,5%	Non, jamais
27	4%	5	3,7%	Autres
694		164	858	

Si vous avez coché "autres", merci de préciser

ça dépend de quelle interaction. /cela depend du malade,du niveau de comprehension/ C'est au pharmacien a evaluer le risque non pas l'ordi /contact parfois medecin pour savoir si il y a un controle contexte et environnement à prendre en compte /de temps a autre, en fonction de la gravité /dépend du degré d'importance de l'alerte/ En general , non mais on espère que le médecin sait ce qu'il fait .../je demande par exemple si le taux est bon dans le dernier bilan/ Je le signale au patient ou au médecin si cela est opportun /je m assure que des analyses sont prevues/ je ne parle pas de l'intéraction mais je demande si le patient est bien suivi au niveau biologique et si ce n'est pas le cas je précise./ Je tél au médecin/ non mais suivant l'interaction j'en informe directement le médecin. /Non, nous le signalons au medecin traitant pour ne pas inquieter le patient/. on contacte le medecin/ oui à chaque fois mais ça prend du temps, manque de rémunerations/ Oui mais en fonction de la recommandation, il est inutile de faire paniquer un patient /oui mais en tenant compte de l'historique des délivrances/Oui, si c'est médicalement pertinent/ autres quand traitement nouveau introduit. /La plupart de nos patients chroniques ont des analyses biologiques régulières, ainsi qu'un suivi rapproché par le medecin quel interet???? à part faire peur au patient??? /rarement quand c est des traitement chroniques /Rarement, seulement si cela me semble important /RAREMENT, UNIQUEMENT SI NECESSAIRE CAR L'ORDINATEUR L'INDIQUE TROP, SOUVENT POUR RIEN /Selon nous appelons le medecin et l'inscrivons en commentaire client pour info de l'équipe. /seulement quand je pense que l'intéraction est importante tout dépend de l'avis du medecin.. /uniquement si cela n'a pas encore été fait / ça depend du degre de comprehension du patient ceci resta avant tout du domaine du medecin./ si le pharmacien l'expose : il risque d'inquiéter le patient. /Parler trop technique risque aussi d'être anxiogène et ou mal compris.par contre j'allerte si des symptomes sont decrits par le patient/. J'en tiens systématiquement compte, suivant mon évaluation j'en parle au patient ou rappelle le médecin, sans jamais être alarmiste!/ Rarement pour ne pas interferer avec le medecin

Si oui, le patient est-il capable de vous dire s'il est suivi? ex: je fais régulièrement des prises de sang pour ma kaliémie

369	68%	132	71%	Oui
176	32%	32	29%	Non
545		164	709	

QUESTION 10 : Si une alerte apparaissait pour vous prévenir que le patient doit effectuer des examens dans les mois à venir, concernant la prévention de sa maladie ou de son traitement : ex: Votre patiente est sous estroprogestatif oral, selon les recommandations de la HAS il est conseillé de faire un bilan biologique dans les 6 mois à venir. ex: Votre patient présente un diabète de type II,selon la HAS, il est conseillé de faire un bilan biologique, consulter un ophtalmologue, consulter un podologue dans les 3 mois à venir.

31	4%	7	4,4%	Cela me gênait
596	86%	149	87,2%	Je trouverais cela utile et l'informerais
25	4%	4	3,4%	Je trouverais cela inutile
38	6%	4	4,9%	Je pense que c'est seulement au médecin de le faire
690		164	854	

QUESTION 11 : Si vous deviez cocher le fait d'avoir prévenu ou non le patient de l'alerte, trouveriez-vous cela gênant ?

171	25%	24	23%	Oui
517	75%	140	77%	Non
688		164	852	

Si oui, merci d'expliquer le motif de votre gêne

a force d'alerte, les choses les plus importantes risquent de passer à la trappe/ faute de temps et d'attention/ attention a la perte de temps au comptoir aucun intérêt de notifié cela en informatique, "instrumentalisation" de la dispensation ça prend encore fdu temps car cela rajoute des manipulations lors d'une tarification et on à l'impression d'être tout le temps surveillé... car c'est a nous de voir s'il faut informer le patient, il ne faut pas forcement l'alarmer. car il y a des alerte qui ne sont pas forcement pertinante (dut à la durée du traitement, la quantité des PA,...) car on connaît généralement nos patients et on sait qui sera observant vis à vis de sa patho et qui ne le sera pas du coup le fait de devoir coché oui alors qu'on ne lui aura rien demandé mais qu'on sait que sa a etai fait me gene /Cela

s'apparente à du "flicage" c'est plus vis à vis du medecin , medecin c'est tres "fliqué" commentaire q 11/ de plus en plus de choses à remplir ! /de plus en plus de temps à consacrer à l'administratif... c'est déjà suffisant déjà beaucoup de cases à cocher /deontologique par rapport au medecin encore quelques secondes perdues au comptoir/ flicage il faudrait vraiment que ce soit à bon escient que l'ordi le propose et non tous les mois. /impression de contrôle/ INTRUSION DANS LA RELATION AVEC LE PATIENT/ je me sentirais obligée de le faire et cela depend aussi du type de patient que l'on a en face de soi le jour ou cela sera marqué sur le dp, ce n'est pas pour demain et après se pose la question du respect de la vie privée /Le problème des messages intempestifs (types pop up) sont déjà extremement présents. /Entre la pub, les rappels de recommandation à la délivrance, les campagnes de santé publique etc... On ne ne regarde même plus. De plus il me semble qu'un robot ne remplace pas l'homme... Par contre la création d'un référentiel consultable en ligne, mis à jour et facilement accessible serait souhaitable. /liberté SVP ! mais si cela devient obligatoire je prends plus de temps donc j'attends une rémunération/. manque de temps ne doit pas faire perdre de temps(additions de petites taches devenant très chronophages), sinon accord de principe on a déjà assez de fenêtres qui s'ouvrent et assez de chose à cocher dans le logiciel. De plus je trouve qu'on assez à ce justifier on est sensé faire notre travail sans toujours se justifier /on a déjà trop de fenêtres d'alertes parce que le temps est compté à l'officine parfois ,/ probleme de temps, les patients n'aiment pas être sollicités tj par le pharmacien et pressés , car ils attendent partout sutour chez le médecin /pas besoin de me justifier d avoir fait correctement mon boulot /PAS QUE CA A FAIRE DE COCHER DES PETITES CASES PERTE DE FLUIDITE DANS L ENCHAÎNEMENT DE LA FACTURATION/ perte de temps dans la routine de délivrance /perte de temps, trop de fenêtres qui s'affichent déjà à chaque dispensation/ probleme de temps au comptoir et trop d'info qui perturbent/ quel intérêt, un contrôle serait fait? Rapport au blocage. Et on a moins le temps si on a du monde/. responsabilité de chacun,déjà bcp de choses à noter pour chaque patient risque de dériver de l'utilisation de l'information par des tiers (cpam, autres ?). /Que se passera-t-il si le patient ne tient pas compte de l'information et que sa pathologie entraîne des soins, donc des coûts pour la société, qui auraient pu être évités si le patient avait écouté le message dispensé ?/ SAUF SI LE MEDECIN DOIT LUI AUSSI COCHER LES ITEMS POUR S ASSURER QUE LUI AUSSI A RESPECTER LES RECOMMANDATIONS /temps/ Tout dépend de la réceptivité du patient./ trop d'administratif trop de "pop up", de cases à cocher dans la facturation, pourquoi ne pas l'inclure dans un dmp ou dmp pro ? /trop de flicage /de ce qu'on fait trop de sous tableaux informatiques au moment de la délivrance trop fréquent pour beaucoup de pathologies, ça allonge inutilement notre temps d'attention devant l'écran.et je ne comprend pas ce besoin de cocher, quel est le but ? /qd nous avons coché l'alerte ne s'affiche plus ? Nous devons connaître les examens courants. /des e-learnings de rappels peuvent nous aider./être inondé d'informations est gênant dans la facturation. /trop long une case de plus à cocher en plus de toutes les autres... vous n'avez pas besoin de savoir si je parle aux clients!

Car cela impliquerait que chaque fois où je ne pourrais pas le faire je manquerai à mes obligations, or je ne pense pas qu'il faille rajouter cette possibilité comme une nouvelle obligation pour le pharmacien : cela deviendrait une charge en plus./ Ce serait une contrainte/ Est-ce que ça serait confidentiel ? D'un autre côté, la prochaine personne qui le servirait serait au courant qu'on a déjà informé le patient/c'est au médecin de le faire/encore du temps en plus perdu????? /Il y a des traitements pour lesquels le sujet n'est pas évident à aborder avec le/la patient(e). Je pense que certains patients n'apprécieraient pas et penseraient que c'est le rôle de leur médecin. /Manque de temps parce que parfois selon le contexte et les patients, on sait que "ça ne sert à rien" de les informer, mais on n'a pas envie qu'un patron ou un inspecteur derrière nous, hors du contexte regarde "nos chiffres" d'information donnée ou non./ Pas envie d'être contrôlé par un ordinateur pour savoir si les choses sont bien faites ou non perte de temps à tout lire et à tout répéter aux patients ce qu'ils savent déjà. /Cela doit rester sur la base du cas par cas et de la confiance réciproque. /Perte de temps./ Pour ne pas être jugé sur la qualité de ton travail /problème de responsabilité du pharmacien si le patient présente un problème de santé - l'alerte a-t-elle été bien transmise - les explications fournies au patient ont elles été clairement comprises... procédure s'ajustant à de nombreuses autres qui finissent par trop alourdir la dispensation/quid de la responsabilité engagée en cas d'oubli par exemple/ SOUVENT QUAND ON FAIT PART AU PATIENT QU'IL Y A UN SUIVI PARTICULIER A FAIRE, CA LUI DONNE L'IMPRESSION QUE L'ON REMET SON MEDECIN EN CAUSE (QUAND CE N'EST PAS LE MEDECIN LUI MEME QUI DEMANDE DE QUOI ON SE MELE) PREVENIR DE TEMPS /Surcharge d'information à fournir au logiciel./trop de cas différents ne justifiant pas de prévenir le patient trop de clics/Trop formel On se déchargerai

Prévention, dépistage de masse :

QUESTION 12 : Vous arrive-t-il de délivrer des tests hémocult®?

360	52%	61	49% Oui
332	48%	103	51% Non
692		164	856

QUESTION 13 : Savez-vous ce qu'est un hémocult® ?

640	92%	158	93% Oui
52	8%	6	7% Non
692		164	856

QUESTION 14 : Si une alerte vous informait de l'examen préventif à réaliser dans les mois à venir par votre patient, vous trouveriez cela: (ex : votre patiente a bien 50 ans, selon l'HAS il est recommandé de réaliser une mammographie)

579	84%	145	84,5% Utile
79	11%	10	10,4% Inutile
35	5%	9	5,1% Autres
693		164	857

Si vous avez coché "autres", merci de préciser

+/- délicat selon patient/ +/-utile/ A adapter en fonction du patient en face. Si discussion possible ou non car ne s'attend peut être pas à avoir ce genre de conseil du pharmacien/ attention a na pas avoir trop d'informations avec toutes les interactions, les precautions d'emploi.... /attention au dépistage massif et les faux positifs (PSA) voir les derniers numéros de Prescrire/ au bout d'un moment, on ne peut pas créer une alerte pour tout./ campagne de dépistage déjà existante/ C'est le rôle du médecin doit être fait par le médecin (ne sont-ils pas rémunérés pour ça?)/ gênant lors des ventes. /trop d'info on ne lit plus/ il ne faudrait pas non plus nous inonder d'alerte car alors on y prêterait moins d'importance... /il n'est pas toujours facile d'aborder ce sujet au comptoir les patients reçoivent déjà chez eux le courrier/ il faut quand même ne pas les harceler/ Igpi nous bombarde de sondages/questionnaires à chaque vente quasiment, cela prend du temps, il faut qqch de plus court, de plus alertant/ médecin/ mon patient va se sentir surveillé+++ /Pas adapté à tous les patients/ pas notre rôle/ patient déjà sollicité par courrier redondance avec le médecin ???/ ressort du médecin/ Rôle du médecin pour certains examens selon l'examen en question. par ex, l'hémoccult, peut fiable, est largement délaissé au profit de la coloscopie... /temps passé=>remuneration/ trop d'annonces apparaissent et cela devient contraignant trop d'information tue l'information /lors d'une délivrance trop d'informations d'un coup on aura pas forcément le temps de les consulter../trop intrusif/ Un peu délicat dans certaines situations /utile mais il existe déjà des campagnes de dépistage auxquelles adhèrent la pharmacie/ Utile mais même réserve que plus haut (trop de message tue le message...)/car la distribution du test est hors pharmacie. en pharma il est payant !!/ c'est gênant à proposer lorsque l'on ne connaît pas le patient/ éventuellement utile il ne faut pas tout miser sur l'informatique ils reçoivent déjà un courrier de la SS et ce n'est parfois pas évident de dire surtout à une femme "attention vous avez 50 ans!" pas mon rôle /Selon les examens ça peut être gênant d'en parler nous-même, le médecin peut être mieux placé pour ces examens/ utile mais lourd si systématique /Utile sous réserve que ces protocoles d'information patient soient valides avec les médecins

QUESTION 15 : Si vous deviez cocher le fait d'avoir prévenu ou non le patient de l'alerte, trouveriez-vous cela gênant ?

188	27%	23	25% Oui
502	73%	141	75% Non
690		164	854

Si oui. merci d'expliquer le motif de votre gène

a nouveau une fenêtre parasite de plus à acquitter pour délivrer l'ordonnance/ Autant en suivi de pathologie ok, en prévention on "invente" trop de pathologies à suivre beaucoup d'informations sur le sujet déjà/ Car cela impliquerait que chaque fois où je ne pourrais pas le faire je manquerai à mes obligations, or je ne pense pas qu'il faille rajouter cette possibilité comme une nouvelle obligation pour le pharmacien : cela deviendrait une charge en plus./ car l'arcane fait déjà ce travail /Ce serait une contrainte/Est-ce que ça serait confidentiel? D'un autre côté, la prochaine personne qui le servirait serait au courant qu'on a déjà informé le patient /c'est au médecin de le faire/ cette info ne devra pas être pouvoir être transmise par l'info à qq organisme que cela soit/ cf ci-dessous commentaire q 15 /dans la mesure où le patient est informé déjà assez de cases à cocher lors d'une facturation!/ déjà bcp de choses à noter pour chaque patient

encore des cases à cocher, encore une perte de temps encore du temps en plusp erdu?????/ faute de temps gène si problème de confidentialité/ idem question 11/ idem, je ne vois pas pourquoi le signaler Il y a des traitements pour lesquels le sujet n'est pas évident à aborder avec le/la patient(e). imaginez prevenir 300 clients jour sur leur examen à faire... impression de contrôle/ inutile derendre compte... Je pense que certains patients n'apprécieraient pas et penseraient que c'est le rôle de leur médecin. /le dépistage massif n'est pas adapté à tous les cas /manque de temps/ Manque de temps même argument qu'en Q11 /même interrogation que précédemment, quel est le but ? /même remarque sur la multiplication des taches chronophages ne pas multiplier ls alettes mais plutot sensibiliser encore et encore , changer d'attitude dans la prevention de masse ! parce que parfois selon le contexte et les patients, on sait que "ça ne sert à rien" de les informer, mais on n'a pas envie qu'un patron ou un inspecteur derrière nous, hors du contexte regarde "nos chiffres" d'information donnée ou non/. parce qu'on ne peut pas le faire systématiquement. /Pas envie d'être contrôlé par un ordinateur pour savoir si les choses sont bien faites ou non pas toujours bien percu/ PERTE DE LFLUIDITE DANS LENCHAINEMENT DE LA FACTURATION /perte de temps/ perte de temps à tout lire et à tout répéter aux patients ce qu'ils savent déjà. Cela doit rester sur la base du cas par cas et de la confiance réciproque./ Perte de temps. pas tjs nécessaire Pour ne pas être jugé sur la qualité de ton travail probleme de responsabilité du pharmacien si le patient présente un problème de santé - l'alerte a-t-elle été bien transmise - les explications fournies au patient ont elles été clairement comprises... procédure s'additionnant à de nombreuses autres qui finissent par trop alourdir la dispensation quid de la responsabilité engagée en cas d'oubli par exemple/ SAUF SI LE MEDECIN DOIT LUI AUSSI COCHER LES ITEMS POUR S ASSURER QUE LUI AUSSI A RESPECTER LES RECOMMANDATIONS/ si c juste pour nous si tel est le cas rémunération indispensable , pour le temps passé à lui expliquer /SOUVENT QUAND ON FAIT PART AU PATIENT QU'IL Y A UN SUIVI PARTICULIER A FAIRE, CA LUI DONNE L'impression que l'on remet son médecin en cause (QUAND CE N'EST PAS LE MEDECIN QUI DEMANDE DE QUOI ON SE MELEP) REVENIR DE TEMPS EN TEMPS, AU CAS PAR CAS OUI MAIS PAS DE CASE A COCHER ST CE QUE LE MEDECIN COCHE DES CASE LUI ?!/? Surcharge d'information à fournir au logiciel./ temps toujours ce manque de temps et est ce pour reléguer l'information ? /Tout dépend de la réceptivité du patient./ très gênant à long terme trop contraignant trop de cas différents ne justifiant pas de prévenir le patient /trop de clics/ trop de pop up/ Trop formel n se déchargerai une case de plus à cocher en plus de toutes les autres... VOIR PLUS HAUT/ Ce serait une contrainte st-ce que ça serait confidentiel? D'un autre côté, la prochaine personne qui le servirait serait au courant qu'on a déjà informé le patient cela consiste à faire le travail des médecins. De plus, les examens préventifs sont dépendants de plusieurs facteurs (âge, sexe, antécédents familiaux et personnels) ce qui sera difficile à cibler. /cela ne peut pas être systématique et ne justifie pas de cocher/ Cette démarche peut paraître intrusive pour certains patients./ clic clic clic! encore du temps / idem réponse précédente/ Le rôle du médecin .e plus, c'est préventif: toutes les personnes de plus de 50 ans ne veulent pas forcément se déplacer. /Même raison /ON VA PAS ETRE FLIQUER NON PLUS/ Perte de temps pour les hémocult.... il est ridicule d'en distribuer vu que les labos de ville ne font pas l'analyse sur hémocult /Surcharge d'information à fournir au logiciel.

Logiciel informatique :

QUESTION 16 : Aimeriez-vous que votre logiciel vous propose plus d'outils concernant le suivi des patients atteints de maladies chroniques ?

515	75%	95	72% Oui
175	25%	64	28% Non
690		159	849

Si oui, lesquels?

- hta, - diabète, - asthme, - avk /A MOINS DE RENDRE MON LOGICIEL INTELLIGENT AH AH AH /Alertes évoquées avant, examen à réaliser, mesures hygiénico-diététiques liées à la pathologie, surveillance... /analyse médicale, information du changement de posologie /Asthme, diabète.../ asthme, diabète, hypertension beaucoup /Bilans biologiques principaux, comptes-rendus de consultations /d'hospitalisations /calendrier nous permettant de prévoir les examens ou autre du patient /calendriers de rdv /commentaire q 16 /concernant les examens biologiques de suivi. L'édition de fiche patient est très bien mais chronophage (imprimer, aller chercher la fiche surtout lorsqu'on travaille avec un automate et que l'imprimante est en back office...)/ conseils associés, (ex crème pied qd délivrance aiguilles) /Conseils hygiénico-diététiques/ conseils, prévention constantes biologiques (inr, hémodépendance glycémie, NFS, etc...) date de la dernière prise de sang dates derniers examens biologiques ou radios selon pathol concernée/ Des rappels d'information médicale pour l'équipe officinale. /diabète, asthme, cancer, cardiopathies, vih, ... toutes !/(*) diabète et Hb1ac, Ils seraient encore mieux qu'on puisse avoir accès aux résultats de ces suivis pour pouvoir en parler avec le patient. /diabète, hypertension, contraception/ diabète, hypertension, maladies cardiovasculaires/ Dosages. Examens cliniques. Fréquence. Astuce dans la vie quotidienne. /Echelles de suivi de la pathologie type "échelle de dépendance aux BZD" ou "tests de contrôle de l'asthme" effets secondaires biologiques des médicaments type anti-hypertenseurs par ex effets secondaires biologiques des médicaments type anti-hypertenseurs par ex /en rapport avec la vente de conseils/ Enregistrement des données bio, tension... /enregistrements des bilans biologiques entrer clairance créatinine sur résultats labo /ex: garder en mémoire les données des ordonnances initiales (date, durée de validité, prescripteur) pour ne pas avoir à demander à chaque fois ces infos aux patients / fiches conseils brèves récapitulatives/ fiches d'examens de conseils nutritionnels d'interactions médicamenteuses etc / fiches de suivi biologique, genre carnet pour AVK, fiche de diet à imprimer directement (pour diabète, goutte etc etc.) /Fiches d'hygiène de vie selon la maladie chronique, Fiches diététiques fiches synthétiques réservées aux patients concernant leur maladie, leur traitement, les conseils hygiénico-diététiques, les suivis fréquence des examens par ex frottis, prise de sang, tension... /hta/ hta, diabète, asthme, maladies dégénératives pour l'aider, suivi des jeunes enfants et bb hypothyroïdie, diabète INR/ inr kaliémie cholestérol glycémie/ interaction avec

aliments /phyto aroma/ hygiene de vie/ je l ai explique precedemment tous les points a aborder et pouvoir choisir au fur et a mesure ceux que l on souhaite abordee et pouvoir le laisser apparent pour le collegue je repete attention au temps passé par client cela devient un facteur important dans notre métier où la remuneration/client est à la baisse/ L eternel acces aux données biologiques du patient (avec leur accord) sans lesquelles, un suivi de qualité est impossible ou tres compliqué/ le moyen de cocher facilement dans la fiche client , edition de plan de suivi biologique et vaccination plan de rv specialiste /le nombre de produits vendus sur les 12 derniers mois/ les examens à réalisés pour chaque maladie chronique afin de s'assurer d'un meilleur suivi de leur pathologie/ les examens biologiques à effectuer, les conseils utiles à dispenser/ LES LOGICIELS integrent deja des possibilités de suivi (ex lgpi et avk) mais il faut simplifier et rendre plus pratique l utilisation de ce type d outils (par des pharmaciens impliqués travaillant directement ac l informaticien)

/osteoporose,insuffisance rénale, rhumato /oui mais sûr... il ne faut pas que tout cela devienne trop lourd en temps passé sur le logiciel./ oui pour les examens biologiques et médicaux en général. /Ophtalmo , NFS, Lipides, ... /outil de modification de traitement et de posologie.

/Incident marquant dans la pathologie / outils en lien avec les entretiens pharmaceutiques par exemple la possibilité de rentrer les données biologiques du patient pour un suivi, par exemple en un insérant un code QR sur les résultats d'analyses qui permettrait de les enregistrées rapidement. /Par exemple pour l'INR, avec le suivi, cela permettrait d'avoir l'INR en fonctions de la dose prise par le patient, et le logiciel proposerait une adaptation/. pour les athmatiques resultat du pikflow... /pouvoir enregistrer des bilans biologiques pouvoir noter plus de commentaires /Principales choses à surveiller pour telle pathologie qu'on puisse y renseigner les dates de vaccination ,les derniers resultats dhemoglobine glycée ou d'INR/ rappel concernant la manipulation des bandelettes ou systèmes d'inhalation avec vidéos de démonstration destinées aux patients./ rappel des examens, conseil dietetetiques rappel des principes de base /RAPPEL SUR LES SUIVI BIOLOGIQUES, RAPPEL SUR LES SUIVI M2DICAUX DE SPECIALISTES, FICHE CONSEILS AUTOUR DE LA THERAPEUTIQUE /rappel sur les suivis biologiques, examens complémentaires. /rappels de bilans a faire / rappels dietetiques ... Rappels suivis biologiques et autres examens à réaliser. /rappels sur suivi biologique/ precautions particulières /acces direct aux fiches omedit /rappels vaccins,depistages.. /recommandations pour surveillances biologiques régime pour les patients sous AVK, acide urique? Coloscopie/ relevé de tension, de taux d'hémoglobine glycquée. /résultat des analyses, suivis du poid.../ résultats de biologie, changement de posologie suive TP pour les patients sous AVK, Suivi Hemoglobine glycée pour les diabétiques -suivi asthmatiques, -résultats creatininemie pour insuffisants rénaux /suivi biologique/ suivi des patients diabetiques, asthmatiques, vaccinations./ suivi des vaccins, résultats d'examen pour l'ir par exemple suivi diabetiques, exces spray asthmatiques suivi du traitement, éducation thérapeutique, aide au conseil et à la bon utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux/ suivi hospitalier suivi INR, suivi HbA1c et autres suivi dirctement avec le labo./ surtout des outils simples et adaptés au comptoir (rapidité, simplicité): diabète, asthme, avk surtout un lien avec la messagerie electronique sécurisée et le moyen de mettre en place un vrai dossier patient (allergies, ATCDs ...)/ surtout vaccins cela manque énormément, irr, hba1c, suivis bio de mdcts de type clozapine,... ou des tables pour le nombre d'utilisations par mois de ventoline pour réorienter ou non vers le médecin en cas de mauvais équilibre manifeste de l'asthme, finalement des petits rappels sur les questions essentielles au comptoir qui passent parfois à la trape tension artérielle, glycémie, hémoglobine glyquée, irr... /TOUS LES EXEMPLES MENTIONNES CI-DESSUS /toutes les possibilités avec indication de la demande au patient tp, irr, diabète /un fichiers pour répertorier les données du patient comme le DPP à l'hôpital que l'on pourrait mettre en commun avec le médecin, des e-learnings de rappels, un moyen rapide de commander des fiches-patients type Cespharm un suivi facile aevec des entrées différentes : par patient , par pathologies et c.../ un support adapté pour enregistrer les mesures orthopédiques/ suivi BIOLOGIQUE/ Affichage de la pathologie, de l'historique de la maladie, de résultats biologiques (INR, K ...)

ALERTE ? CONSEIL/ bilan sanguin /Bilans Bio/ bilans biologiques partagés en accord avec le médecin, suivi chez les spécialistes avec date des rdv pour éviter qu'ils oublient d'y aller (patient âgé), dossier médical commun pharmacien-médecin, alerte et relation entre traitement et bio spécifique/ à surveiller biologie à faire, rappels vaccinaux, Mesure Hygiéno-diététique... /carnet de vaccination électronique/ CEUX DECRIPTS PLUS HAUT /classification des médicaments par famille comme dit précédemment /examen de suivi, etc.../ Conseil de délivrance lorsqu'on scanne un produit/ Constantes biologiques à suivre dates des rv nom des medecins consultes dans quel hopital va le patient autres maladie du patient allergies /des alertes/ des alertes nous permettant de nous rappeler les points à ne pas rater dans le suivi du traitement diabète, renouvellement des lecteurs, des autopiqueurs... /Examens biologiques, consultations medicales, régime alimentaire/ Fiches conseil, observance Hta, irr, hb1ac idée à creuser... /je ne sais pas mais quelque chose de pratique et exploitable par requêtes nombreux/ Noter les dernières tensions, dernières glycémies , InR /oui mais mieux fait par exemple des fiches therapeutiques pas optionnel plan de posologie facilement exploitable, recherche de modification de tt/ Poly arthrite rhumatoïde Pour tout patient atteint d'une ALD Rappel des grands conseils à donner / rappel des examens à effectuer par le patient /rappel examens biologiques/ Rappel sur examen à réaliser, gestion des effets indésirables, mesure hygiéno-diététiques. /rappels vaccins, rdv spcialistes, Recommandations consultables directement/ Résultats INR, CICr notamment Suivi a prévoir clinique et biologique avec objectifs atteindre /suivi astme par ex Suivi biologique/ suivi biologique, ex: INR/ suivi biologique,entretien pharmaceutique,fiche para/ Suivi des examens, biologiques, cliniques et dépistage/ Suivi entretien/ suivi pres paramètres bio/ tous les rappels que vous avez signalé ! /toutes celles situées en amont : bilan biologique, suivi médical, des adresses d'association de malades, des stages d'education thérapeutique... /un conseil simple tous les mois valeur de la tension, du diabète, du cholesterol,.../

Annexe 6 :Questionnaire médecins

La vaccination

*Obligatoire

Distribuez-vous des carnets de vaccination à vos patients ? *

Une seule réponse possible.

- oui, à tous
- oui, quelquefois
- non
- ils sont à leurs disposition

Cette question est obligatoire.

Savez- vous qu'il existe des carnets de vaccination électroniques? *

Une seule réponse possible.

- oui
- non

Cette question est obligatoire.

Utilisez- vous le carnet de vaccination électronique? *

Une seule réponse possible.

- oui
- oui, si le patient le demande
- non, jamais

Cette question est obligatoire.

Vous est il déjà arrivé de sur-vacciner, car vous n'aviez aucun moyen de savoir si la personne était déjà vaccinée ou si le rappel était fait? *

Une seule réponse possible.

- oui
- non

Cette question est obligatoire.

Si une alerte informatique apparaît par le biais de la carte vitale en vous informant que votre patient doit se faire vacciner dans l'année qui suit, cela vous semblerait *

Une seule réponse possible.

- utile
- inutile
- Autre :

Cette question est obligatoire.

Si les pharmaciens informaient vos patients des vaccinations et rappels possibles à effectuer dans l'année, vous seriez plutôt: *

Une seule réponse possible.

- pour
- contre

Cette question est obligatoire.

Si les pharmaciens effectuaient les rappels à l'officine, cela vous poserez-t-il un problème ? *

Une seule réponse possible.

- oui
- non
- Autre :

Cette question est obligatoire.

Vous êtes:

Une seule réponse possible.

- étudiant en médecine
- médecin généraliste

Cette question est obligatoire.

Dans quel département exercez-vous?

Cette question est obligatoire.

A quelle tranche d'âge appartenez-vous?

Une seule réponse possible.

- moins de 35 ans
- 35-50 ans
- 50 ans et plus

Cette question est obligatoire.

Prévention, dépistage de masse

Si une alerte vous informait de l'examen préventif à réaliser, vous trouveriez cela: *

ex: votre patiente a bientôt 50 ans, selon l'HAS il est recommandé de réaliser une mammographie

Une seule réponse possible.

- utile

- inutile
- Autre :

Cette question est obligatoire.

Suivi des maladies chroniques

Essayez-vous de suivre les recommandations de l'HAS en ce qui concerne le suivi des maladies chroniques? *

Une seule réponse possible.

- oui
- non

Cette question est obligatoire.

si non, merci de justifier

Cette question est obligatoire.

Si une alerte apparaît pour vous prévenir que le patient doit effectuer des examens dans les mois à venir concernant la prévention de maladie ou de

son traitement; en sachant que vous pourriez modifier ou supprimer l'alerte en fonction des patients, Vous trouveriez cela: *

ex: votre patiente est sous estroprogestatif oral, selon les recommandations de la HAS il est conseillé de faire un bilan biologique dans les 6 mois à venir (dernier contrôle biologique le 30/06/2014)

Une seule réponse possible.

- utile
- inutile
- gênant*

Cette question est obligatoire.

* Pouvez-vous donner le motif de la gêne

Cette question est obligatoire.

Si lors d'une consultation ultérieure à la date prévue de l'examen de contrôle, une alerte vous demandait si le contrôle a été effectué et de justifier le non contrôle (refus patient, prévu à date ultérieure, autre); Vous trouveriez cela: *

remarque: il serait possible de bloquer ces alertes pour certains patients qui demande un suivi particulier ou ceux qui sont déjà très bien suivi par un carnet de suivi ou autre moyen)

Une seule réponse possible.

- utile
- inutile
- gênant*

Cette question est obligatoire.

* Pouvez-vous donner le motif de la gêne

Cette question est obligatoire.

Si le pharmacien, était alerté du fait que vous avez déjà informé votre patient, cela vous poserait-il un problème?

Une seule réponse possible.

- oui
- non
- Autre :

Cette question est obligatoire.

Si le pharmacien pouvait également alerter le patient sur le suivi médical, biologique et la prévention, cela vous poserait-il un problème?

Une seule réponse possible.

- oui
- non
- Autre :

Cette question est obligatoire.

Utilisez-vous le web-médecin?

Une seule réponse possible.

- oui
- non

- C Autre :

Cette question est obligatoire.

Quel logiciel d'aide à la prescription utilisez-vous?

Cette question est obligatoire.

Aimez-vous que votre logiciel vous apporte plus de fonctionnalités à propos du suivi des patients?

Une seule réponse possible.

- C oui
 C non

Cette question est obligatoire.

Si oui, merci de préciser vos besoins:

Cette question est obligatoire.

Utilisez-vous le DMP?

Une seule réponse possible.

- C oui Passez à la question 26.
 C non

Cette question est obligatoire.

Si non, pour quelle(s) raison(s)?

Plusieurs réponses possibles.

- DMP chronophage
 préférence pour les dossiers papiers
 Autre :

Cette question est obligatoire.

Entretiens pharmaceutiques

Etes-vous favorable aux entretiens pharmaceutiques? (AVK, asthme...)

Une seule réponse possible.

- C oui
 C non

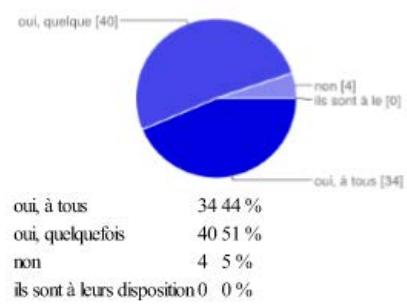
Cette question est obligatoire.

Merci de donner votre avis à propos des entretiens pharmaceutiques.

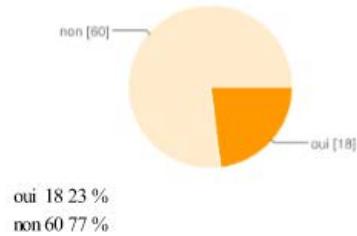
Annexe 7 :réponses médecins

Résumé

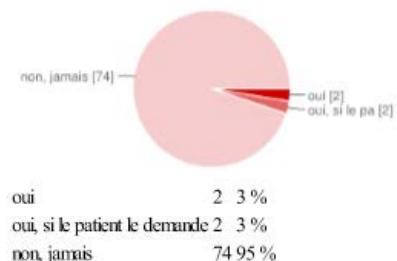
Distribuez-vous des carnets de vaccination à vos patients ?



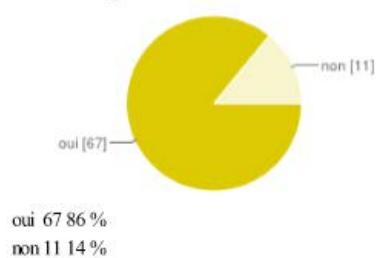
Savez- vous qu'il existe des carnets de vaccination électroniques?



Utilisez- vous le carnet de vaccination électronique?



Vous est il déjà arrivé de sur-vacciner, car vous n'aviez aucun moyen de savoir si la personne était déjà vaccinée ou si le rappel était fait?



Si une alerte informatique apparaissait par le biais de la carte vitale en vous informant que votre patient doit se

faire vacciner dans l'année qui suit, cela vous semblerait

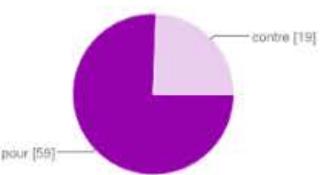


utile 73 94 %

inutile 2 3 %

Autre 3 4 %

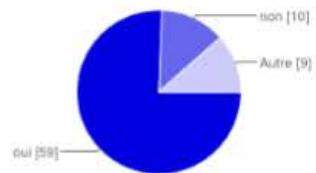
Si les pharmaciens informaient vos patients des vaccinations et rappels possibles à effectuer dans l'année, vous seriez plutôt:



pour 59 76 %

contre 19 24 %

Si les pharmaciens effectuaient les rappels à l'officine, cela vous poserez-t-il un problème ?

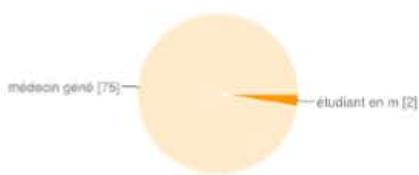


oui 59 76 %

non 10 13 %

Autre 9 12 %

Vous êtes:



étudiant en médecine 2 3 %

médecin généraliste 75 96 %

Dans quel département exercez-vous?

moselle

15

13

10

33000

84

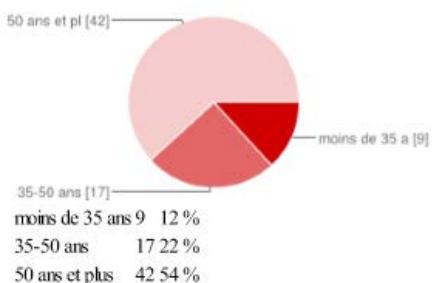
69

lorraine

75

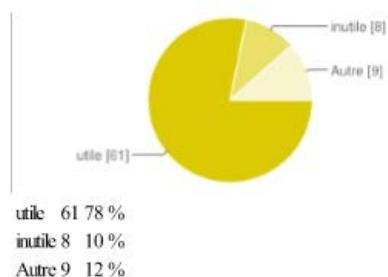
MOSELLE
57
55
bas-rhin
60
Moselle
54
Puy de dôme

A quelle tranche d'âge appartenez-vous?



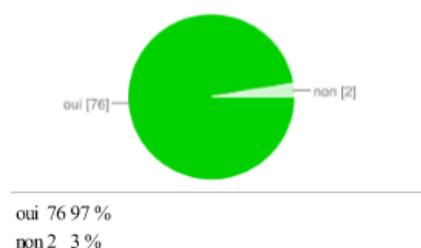
Prévention, dépistage de masse

Si une alerte vous informait de l'examen préventif à réaliser, vous trouveriez cela:



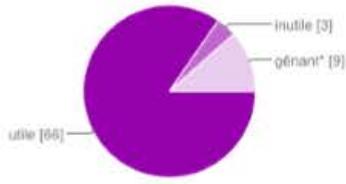
Suivi des maladies chroniques

Essayez-vous de suivre les recommandations de l HAS en ce qui concerne le suivi des maladies chroniques?



recommandations has ne reflètent pas la réalité du terrain
non quelquefois elle est laxiste (prostate..) autrement oui. Diabetique Cs cardio tous les ? zut j'ai oublié de quand date sa dernière consult et l'ophthalmolo, il y est allé cette année ? Son hba1C fa t'il faité ?

Si une alerte apparaissait pour vous prévenir que le patient doit effectuer des examens dans les mois à venir concernant la prévention de maladie ou de son traitement; en sachant que vous pourriez modifier ou supprimer l'alerte en fonction des patients, Vous trouveriez cela:



Je me suis fait des alertes dans mon logiciel pour ces situations (rappels de frottis, de bilans, de vaccin, de coloscopie, de CA, ..) parce qu'on va être bombardés d'alertes qui existent déjà dans nos logiciels de travail.

cf ci dessus je ne fais pas de bilan biologique tous les 6 mois

De la même façon que mentionné plus haut, trop d'alertes sont contre productives. Pour les patients qui ont des maladies chroniques, nous avons des outils dans nos logiciels métiers qui permettent de savoir quand le prochain bilan ou examen... est à faire. Par exemple, je n'utilise pas la fonction "alerte" pour le rappel des vaccins de mon logiciel car sinon il s'allume à chaque consultation, même si c'est dans plusieurs années...

tres utile et cela améliorerait le suivi. Lorsque les PSA reviennent à 20 car on a oublié de prescrire ou le patient n'a pas fait ses psa, on dort mal la nuit.... potentiellement utile, mais je craindrais une surcharge d'alertes pour un seul patient, surtout si l'on inclut les autres alertes (dépistages, vaccins, autres...) Cela allongerait le temps de consultation et une surcharge d'alertes risque de faire négliger les alertes. Cela dit, si l'on peut supprimer l'alerte au cas par cas, j'y serais plutôt favorable (en tout cas prête à tester ce système).

à mettre trop d'alerte on s'y perd.... Par contre dans mon dossier médical informatique je sais tout de suite lors de la consultation à quel moment les différents contrôles doivent être effectués.

je fais le suivi de mes patients et je n'ai donc pas besoin de penser bête

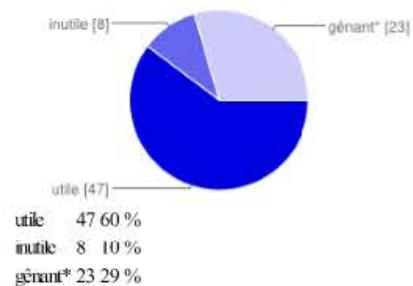
Je le fais déjà dans la tenue de mon dossier . Il est vrai que si le logiciel informatique le faisait automatiquement avec des mises à jour semi-automatiques lorsque les recommandations changent ce serait plus facile

cela interfère avec ma prise en charge et la tenue du dossier médical de mon patient . Cela serait différent au sein d'une vraie maison médicale à dossier patient unique

Je pense être assez grande pour le faire seule ou avec l'aide de mon pc et du dossier papier.... cessons d'infantiliser les gens, nous les premiers trop d'information tue l'information. Je souhaite rester maître de la gestion des alertes et autres rappels.

ça va vite me gâcher je convoque une fois par an le patient pour faire le point sur sa santé et décider d'un contrat avec lui j'aime garder cette liberté

Si lors d'une consultation ultérieure à la date prévue de l'examen de contrôle, une alerte vous demandait si le contrôle a été effectué et de justifier le non contrôle (refus patient, prévu à date ultérieure, autre); Vous trouveriez cela:



Impression d'être surveillé et contrôlé dans nos pratiques. Pas envie de rentrer dans des statistiques. Cela pourrait être un moyen à la sécu de mettre des pénalités (ROSP)

liberté du patient

"les patients qui demandent" (avec ent...) et très bien suivis (avec un s)

Voir ci-dessus

secret médical

encore de la paperasse !!

Il faut que cela soit une aide et pas une contrainte qui nous oblige à faire une saisie trop contraignante.

TROP D'INFO TUE L'INFO

c'est gênant de se justifier car cela ne veut pas dire que le patient est mal pris en charge: est-il justifié de faire strictement une HbA1c chez un patient diabétique et très bien équilibré tous les 3 mois? alors qu'il serait peut-être encourageant de le faire chez un diabétique non équilibré au bout de 2 mois s'il a fait de réels efforts? Le but est d'améliorer les résultats et d'éviter les maladies ou les complications, ce n'est pas d'obéir aveuglément à une alerte! Aux vues du nombre de patients examinés quotidiennement et le nombre d'examens possibles cela ferait beaucoup d'alertes à l'écran. Le médecin se sentirait encore et toujours obligé de se justifier au près d'instances invisibles et étrangères aux dossiers. Une sensation de regard par dessus l'épaule. La relation médecin patient est une relation d'écoute et de confiance mutuelle qui demande un minimum de liberté d'action et intellectuelle sans avoir une majoration de compte à rendre

redondance , le simple rappel suffit. La justification du refus est souvent inutile

manque de temps

Utile en théorie, mais chronophage, et donnant l'impression de devoir encore et toujours justifier de ce que je fais, alors que je passe déjà beaucoup de temps à mettre mes propres alertes et justifications dans mon dossier patient.

Un excès de bip et d'alerte finira par nuire au bon déroulement de la consultation qui est un entretien singulier , le médecin n'est pas un applicateur de règles il dispense des soins en respectant des règles c'est différent

mes remarques : éclatement du système de santé

ça rajoute du travail, si un patient refuse un examen on le note dans le dossier patient

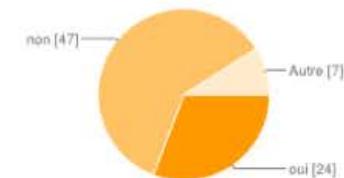
Ce serait super. Actuellement, mes alertes fabriquées par moi, ne me permettent que de faire ou ne pas faire. Mais ne permet pas d'expliquer pourquoi pas fait. Ce serait bien pour les associés, les remplaçants...

lourdeur de la justification

perte de temps

trop d'information tue l'information. Je souhaite rester maître de la gestion des alertes et autres rappels.

Si le pharmacien, était alerté du fait que vous avez déjà informé votre patient, cela vous poserait-il un problème?

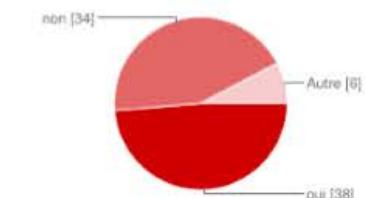


oui 24 31 %

non 47 60 %

Autre 7 9 %

Si le pharmacien pouvait également alerter le patient sur le suivi médical, biologique et la prévention, cela vous poserait-il un problème?



oui 38 49 %

non 34 44 %

Autre 6 8 %

Utilisez-vous le web-médecin?



oui 9 12 %

non 65 83 %

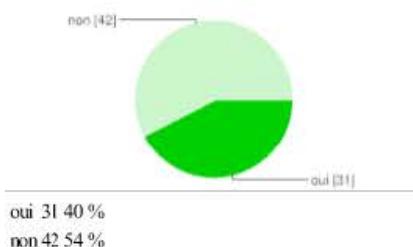
Autre 4 5 %

Quel logiciel d'aide à la prescription utilisez-vous?

Medintux
Vidal expert
hello doc
axisanté
AXISANTE
Axi santé
BCB
claude bernard
Hello doc

C BERNARD
 mesvaccins.net
 axisante
 Hellodoc/vidal expert
 Vidal-expert
 Vidal
 Medistory
 Axisanté
 vidal expert
 medic'Or
 VIDAL EXPERT
 MEDISTORY
 banque claude bernard
 Le Vidal électronique
 bcb
 Crossway
 VIDAL/ AXISANTE
 medipratik
 Claude Bernard
 aucun
 crossway
 CLAUDE BERNARD
 hellodoc
 cl bernard
 je ne suis plus
 vidal-expert
 Mediclick
 medistory
 vidal
 Vidal expert
 axilog
 Axisante
 axi santé 5

Aimeriez-vous que votre logiciel vous apporte plus de fonctionnalités à propos du suivi des patients?



Si oui, merci de préciser vos besoins:

vaccins examens de prévention

En fait, bien que ce soit très chronophage, mon logiciel me donne déjà la possibilité de faire des réglages, des alertes , des fiches fonctionnelles pour le suivi de mes patients : le tout est de se prendre le temps de faire tous les réglages en utilisant si possible les informations rentrées au fur et à mesure

Il en apporte déjà mais on pourrait le rendre encore plus fonctionnel. ex: surv colo chez les patients à risque...

il y a toujours des améliorations possibles/ changement récent de logiciel : je ne maîtrise pas encore toutes les fonctionnalités qui existent des tableaux de suivi bien faits des recommandations ne rien avec le résultat de consultation

Configuration d'un formulaire de suivi pour chaque patient avec les examens de prévention recommandées en fonction de l'âge et du sexe, avec cases à cocher quand réalisé et case pour mettre motif quand non réalisé. Envoie de mail systématique ou génération d'un courrier à imprimer (sans avoir à entrer dans le dossier patient) et à envoyer au patient pour réaliser les examens de prévention (comme chez les vétérinaires ...)

Alertes en rapport avec les recos HAS Alertes sur les examens anormaux Mais cela risque de surcharger les dossiers

Ce que j'ai mis plus haut: expliquer pourquoi un truc est pas fait - Pour la question sur le "web médecin". Je suis non stop sur internet, j'ai un site professionnel pour mes patients - pour ce qui est des pharmaciens, plus pris nombreux à se dissoudre la responsabilité, moins c'est fait. (Voir le vaccin contre la grippe qui s'est effondré depuis que les IDE peuvent le faire). OK si en coordination sur un territoire. - et pour la question sur le DMP, que je sache ce n'est pas encore en activité?

Alerte prevention, alerte maladie chronique

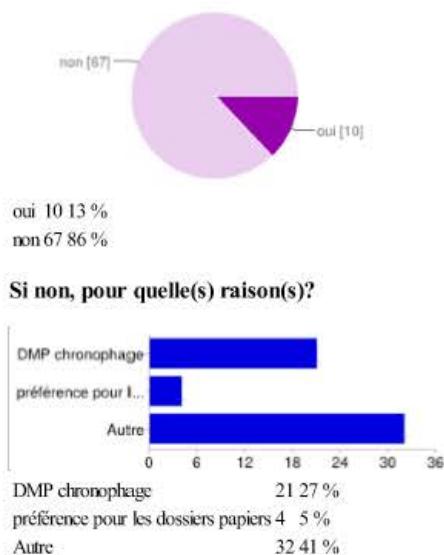
En dehors des post it et alertes , des LDL et HbA1c qu'il faut entrer manuellement , ce logiciel n offre aucune possibilité d'alerte "automatique" , sauf pour les vaccins exemples: prochaine colo ,prochaine cs cardio, dernier bilan bio, dernière TSII (les bio sont perdus , les une à la suite des autres sans distinction au milieu des nombreux INR impossible de retrouver les créatinines d'un patient)

des rappels systématiques apportés par le logiciel et donc plus faciles à utiliser que ceux que nous devons créer nous-mêmes

je rentre les examens de prévention dans les antécédents, les consommations de tabac alcool etc aussi, on pourrait rajouter des cases

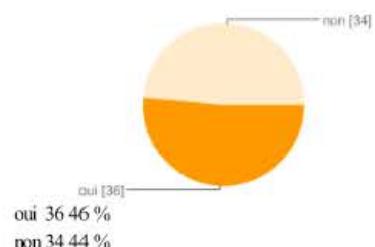
cela fait 10 ans que j'ai arrêté le liberal , et a l'hôpital , vive le papier et le stylo.... ce que vous décrivez est très bien et correspond à ce que j'aurai souhaiter avoir. Bravo enfin un questionnaire bien fait et non ubuesque

Utilisez-vous le DMP?



Entretiens pharmaceutiques

Etes-vous favorable aux entretiens pharmaceutiques? (AVK, asthme...)



Merci de donner votre avis à propos des entretiens pharmaceutiques.

il me semble que c'est le boulot depuis toujours du medecin generaliste , cela fait partie intégrante des consultations Possiblement utile pour les patients qui consultent peu (notamment asthmatiques stabilisés). Utile pour vérifier le bon usage des traitements à inhale pour les asthmatiques (je n'ai pas tous les échantillons placebo au cabinet). Attention à ne pas en faire trop souvent non plus (risque que les patients se noient dans une rimeuse d'informations).

c'est mon travail; la valeur cible varie selon le malade; un malade porteur de tafca a une valeur cible 2 a3; si mise en place de prothese val mecanique , ce que le pharmacien n'est aps sensé savoir, la valeur cible sera + élevée

Très utile dans le cas des pathologies et des traitements pour lesquels il existe fréquemment des défauts d'observance notamment des règles hygiéno-diététiques. Également pour les traitements dont les modes d'administration sont complexes (aérosols, aérosols doseurs, injectables...). Beaucoup moins utile lorsqu'une seule intervention (celle du médecin) suffit (adaptation des doses d'AVK par exemple). En fait, ces entretiens ne sont rien de plus que les bonnes pratiques du pharmacien (ou ce qu'elles devraient être) : expliquer les traitements, leur mode d'administration et les règles d'hygiène qui s'y rattachent.

des explications supplémentaires sont toujours les bienvenues !

Il faudrait que les médecins et les pharmaciens aient le même discours, donc des formations communes.

en quoi cela consisterait?

CHACUN SON BOULOT....

qu'appelez vous "entretien pharmaceutiques": par téléphone surement pas qu'est ce qu'un entretien pharmaceutique ? a je suis allé voir sur google. Pourquoi est ce que cela n'est pas déjà fait dans toutes les bonnes pharmacie, lorsque le patient n'a pas osé posé une question a son medecin , il l'a pose au pharmacien non ? Pourquoi pas, mais j'ai l'habitude de bien expliquer mes ordonnances et le mode d'emploi des medocs, si le patient a compris ,pas la peine d'y remettre une couche pour le perdre. Pour certain con-frere, cela est indispensable ... combien d'asthmatique non suivi mais avec une boite de ventoline qui traîne en fin d'ordonnance. A faire avec tact , courtoisie vis a

vis du medecin et diplomatique. Il est certain que l@pharmacie ne pourra le faire

absence de coordination, de lieu unique de soins et de dossier commun

à chacun son métier

cela relève du rôle du medecin

pour qui ? le patient : non car on ne sait pas ce qu'il a entendu nin retenu et croire qu'il a tout compris

pas d'opposition systématique et définitive mais actuellement pas assez d'informations sur les rôles respectifs des médecins et pharmaciens ainsi que le contenu de ces entretiens ; quelques explications serait bienvenues pour favoriser la coopération

A partir du moment, je le répète, où les différentes sociétés savantes (médecins et pharmaciens) émettent les mêmes messages (ce n'est semble t'il parfois pas toujours le cas), ce ne peut qu'être bénéfique à l'éducation thérapeutique du patient car plus les messages sont répétés dans des circonstances (et donc une écoute , une capacité de réception) différentes plus ils ont de chances d'être entendus , compris , intégrés. Par contre pour les adaptations de posologie des AVK en fonction de l'INR , plus il y a d'intervenants et d'intermédiaires plus le risque d'erreur est important . Il faut que l'intervenant soit bien identifié par le patient et que le patient soit bien connu de cet intervenant notamment en ce qui concerne ses possibilités de compréhension et de mémorisation.

favorable à l'éducation thérapeutique de tous les patients présentant une maladie chronique , par le pharmacien , médecins , iDE ... , l'utilisation correct des dispositifs type aérosols , lecteurs de glycémies ... , et l'observance en général du traitement et ses effets secondaires sont des problèmes fréquents pour les malades chroniques et le pharmacien a son rôle à jouer.

Si les infos sont coordonnes et connues par le medecin

Je ne sais pas ce que c'est

le pharmacien a un rôle d'information sur les prescriptions qu'il délivre et de conseils...de bonne utilisation ...de contre-indications...

QUE LE PHARMACIEN RÉALISE DÉJÀ SON TRAVAIL DE PHARMACIEN (MONTRER LE FONCTIONNEMENT DE CERTAIN SYSTEME) BIEN EXPLIQUER LE CHANGEMENT PAR LES GENERIQUES LA PRISE MEDICAMENTEUSE LE SUIVI DU NOMBRE DE BOITE (QUITTE A RÉALISER DES VISITES À DOMICILE POUR INSTALLER, VERIFIER L'ARMOIRE À PHARMACIE ET LE MEDECIN REALISERA SON TRAVAIL ...

Je ne sais pas si cela rend vraiment service au patient? Le pharmacien a-t-il la même formation clinique que les médecins? Sait-il juger lorsqu'il vaut mieux avoir un INR plus près de 2 ou de 3 en sachant qu'il n'a pas tous les éléments cliniques et les antécédents: un patient peut-être à risque hémorragique particulier, le pharmacien ne fait pas un interrogatoire ni un examen clinique, donc cela est dangereux voire néfaste pour le patient car cela peut faussement le rassurer.

Oui s'ils sont compétents.

Mais nous ne sommes pas concertés quant aux contenus de ces entretiens. Il serait utile avant de lancer ce type de campagne que les médecins et pharmaciens se rencontrent et déterminent ensemble les objectifs.

chacun son job

permet de mieux sensibiliser les patients

Qu'appelez vous entretiens pharmaceutiques ???

pas de problème si pharmacien et medecin disent la même chose car utilise les mêmes référentiels

Qu'est ce qu'un entretien pharmaceutique?

Chacun dans son rôle. Merci de reexpliquer les posologies, les modes de prise, d'être attentifs à la iatrogénie... Ca me serait bien + utile (et aux patients aussi) si vous nous disiez ce que le patient achète réellement. Mais j'aime expliquer. J'aime écouter les patients, construire avec eux une éducation thérapeutique. Vos officines, où on attend des plombes, ne sont pas le bon endroit pour un entretien. L'arrière boutique non plus

qui mais à condition que ce soit coordonné avec le médecin et que le MG ait un retour de ce qui a été dit ou fait par le pharmacien

explication de la façon de prendre les médicaments (démonstration des inhalateurs utilisés par le patient et contrôle de la bonne compréhension par le patient)

Je pense qu'ils sont utiles aux patients. Mais comme d'habitude, ils sont acceptés préférentiellement par les patients qui n'en ont pas besoin car bien informés et observants.

A chacun son rôle...

si c'est gratuit pourquoi pas ? MAIS pourquoi payer le pharmacien en sus , pour une information déjà donnée par le medecin , alors que le deficit de la sécu est déjà abyssal

Retour pas toujours positif des patients

La réponse a la question précédante est "je ne sais pas" Je ne suis pas au courant de l'objectif de ces entretiens et ce qui est dit par le pharmacien.
visites médicales

Bibliographie

Adcn à propos de cancer du côlon [En ligne] // Adcn, dépistage des cancers dans le nord. - janvier 2015. -consulté le 10 janvier 2015. - <http://www.adcn.fr/cancer-du-colon/a-propos-du-cancer-du-colon/>.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé Service des Recommandations et Références Professionnelles SURVEILLANCE BIOLOGIQUE DE LA CONTRACEPTION ORALE OESTROPROGESTATIVE [Rapport]. - Décembre 1998.

Annick MOREL Dr Gilles LECOQ, Danièle JOURDAIN-MENNINGER Membres de l'Inspection générale des affaires sociales Evaluation de la prise en charge du diabète [Rapport]. - Avril 2012. - IGAS, RAPPORT N°RM2012-033P .

Annick MOREL Dr Gilles LECOQ 2,Danièle JOURDAIN-MENNINGER, Membres de l'Inspection générale des affaires sociales Evaluation de la prise en charge du diabète (TOMME I) [Rapport]. - [s.l.] : Inspection générale des affaires sociales , Avril 2012.

ARS, Midi-Pyrénées Le carnet de vaccination électronique en test à Cahors [En ligne]. - consulté le 09 mai 2015. - <http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/Le-carnet-de-vaccination-elect.160960.0.html>.

ASIP GIP dmp-compatibilite-DMP [En ligne] // dmp.gouv. - 16 07 2014. - consulté le 24 10 2014. - <http://www.dmp.gouv.fr/dmp-compatibilite>.

ASIP Memorandum, Le coût du DMP : les faits et les chiffres [Rapport]. - janvier 2014.

ASIP santé, ministère en charge de la santé Programme « Déploiement du DMP en Région » Retour d'expérience [Rapport]. - [s.l.] : e-sante.gouv.fr, mars 2013.

ASIPsanté RAPPORT D'ACTIVITÉ 2012 [Rapport]. - 2012.

Babinet Gilles L'Ère numérique, un nouvel âge de l'humanité [Ouvrage]. - [s.l.] : Le Passeur, 2014.

CNIL Guide professionnels de santé [Rapport]. - Paris cedex : Les guides de la CNIL, édition 2011.

CNIL La CNIL autorise la généralisation du dossier pharmaceutique [En ligne] // cnil. - 16 001 2009. - consulté le 11 2014. - <http://www.cnil.fr/linstitution/actualite/article/article/la-cnil-autorise-la-generalisation-du-dossier-pharmaceutique/>.

CNOP Isabelle Adenot présidente du Le dossier pharmaceutique:Chiffres, mode d'emploi, perspectives et acteurs majeurs : l'essentiel pour mieux comprendre cet outil professionnel incontournable. . - [s.l.] : Conseil national de l'ordre des pharmaciens, septembre 2011. - Vol. Les cahiers de l'ordre national des pharmaciens.

Commission fédérale pour les vaccinations grippe saisonnière. - 2011.

Comssion européenne Livre vert sur la santé mobile [Rapport]. - Bruxelles : [s.n.], avril 2014.

Conseil général des Technologies et de l'information, F.CHOLLEYIGS, Y.BOARETTO,P.DUMAS; IGAS, M.GAGNEUX, P.ROMENTEAU; Résumé du rapport-mission interministérielle de revue du projet sur le dossier médical personnel [Rapport]. - Paris : Ministère de l'économie des finances et de l'emploi; du budget des comptes publics et de la fonction publiques;de la santé de la jeunesse et des sports, 2007. - p 4/66.

Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens Le dossier pharmaceutique, rapport d'activité de l'année 2012 [Rapport]. - Paris : [s.n.], avril 2013.

Conseil National de l'Ordre des Médecins Santé connectée, de la e-santé à la santé connectée [Rapport]. - Paris : Le Livre Blanc du Conseil national de l'Ordre des médecins, janvier 2015.

Direction chargé de la santé Ministère chargé de la santé l'épidémie de rougeole explose, entraînant une augmentation des hospitalisations et des formes sévères [Conférence]. - [s.l.] : INVS, 2011.

Direction de la Communication de l'Ordre national des pharmaciens Le dossier pharmaceutique, guide pratique à l'usage du pharmacien. - Paris : DOC-CNOP, juin 2012. - Vol. Guide pratique DP.

Direction des technologies en santé Le dossier pharmaceutique [Rapport]. - [s.l.] : Ordre nationale des pharmaciens, 2014.

Dr Camille Grosse pédiatre SMUR Recrudescence de la coqueluche, Vacciner les adultes contaminateurs pour protéger les nouveau-nés // santé publique. - 2007. - Vol. info respiration.

Dr. Antoine PIAU médecin gériatre, CHU de Toulouse Objets connectés : où allons nous en terme d'usage ? [Interview]. - Castres : http://www.tv-esante.com/08_objets_connectes.html ; TV-esanté.com, juillet 2014.

Dr. Geoff APPELBOOM neurochirurgien au Centre médical de l'Université Columbia, New York et co-fondateur de la plateforme FolUp de suivi patients via les objets connectés Objets connectés : où allons nous en terme d'usage ? [Interview]. - Castres : http://www.tv-esante.com/08_objets_connectes.html ; TV-esanté.com, juillet 2014.

Dr.Geoff APPELBOOM neurochirurgien au Centre médical de l'Université Columbia, New York et co-fondateur de la plateforme FolUp de suivi patients via les objets connectés 2 Comment réussir le lancement d'une solution de e-santé sur le marché [Interview]. - Castres : http://www.tv-esante.com/06_reussir_lancement_solution_esante.html ; TV-esanté.com, juillet 2014.

Dress Insee-Santé-Etablissements de santé en 2012 [En ligne] // Insee. - 31 12 2012. - consulté le 24/10/ 2014. - http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06116.

Eustache Isabelle Dépistage du cancer colorectal : nouveau test immunologique dès mars 2015, e-sante.fr : [En ligne] // e-santé.fr. - 23 /12/ 2014. - consulté le 29 /01/ 2015. - <http://www.e-sante.fr/depistage-cancer-colorectal-nouveau-test-immunologique-prevu-mars-2015/breve/580>.

faculté de médecine de Toulouse E01- Le dossier medical personne DMP [En ligne]. - MCD/DURESEAUX/V1/01.05, 2005. - consulté le 22 /10/ 2014. - <http://www.medecine.ups>

tse.fr/DCEM2/module6/soins_paliatifs/MODULE_IV/E01-%20Le%20dossier%20medical%20personne%20DMP.pdf.

FRHTA Défi majeur de santé publique » FRHTA [En ligne]. - fondation de recherche sur l'hypertension artérielle, 16 10 2014. - consulté le 05/01/2015. -
http://www.frhta.org/defi_majeur_de_sante_publique.php.

Guillaume MARCHAND médecin psychiatre et Président co-fondateur de dmd Santé (évalue application de santé) Objets connectés : où allons nous en terme d'usage ? [Interview]. - Castres : http://www.tv-esante.com/08_objets_connectes.html ; TV-esanté.com, juillet 2014.

HAS diabète de type 2. - juillet 2007. - Vol. ald8_guidemedecin_diabetetype2.

HAS Direction de l'Evaluation Médicale économique et de santé Publique Note de cadrage_HTA_version finale V2 -
note_de_cadrage_evaluation_des_medicaments_antihypertenseurset_place_dans_la_strategie_therapeutique [Rapport]. - 2010.

HAS 1 FICHE ORGANISATION DES PARCOURS-fpcs_prescription_web.pdf [En ligne] // has-sante.fr. - septembre 2014. - consulté le 11/11/2014. - http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/fpcs_prescription_web.pdf.

HAS 2 Haute Autorité de Santé - Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage [En ligne] // HAS. - mars 2014. - consulté le 18/12/2014. - http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage.

HAS Référentiel de pratiques pour la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus [Rapport]. - Saint-Denis La Plaine : HAS, 2013.

HAS- Service évaluation économique et santé publique État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France [Rapport]. - Saint-Denis La Plaine : Haute Autorité de Santé Service communication, 2010.

HAS/ Service des bonnes pratiques professionnelles – Service évaluation économique et santé publique Extrait de l'argumentaire scientifique de la RBP : « Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 » Chapitre : Epidémiologie et coût du diabète de type 2 en France [Rapport]. - janvier 2013.

HAS/ Service évaluation économique et santé publique La participation au dépistage du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans en France Situation actuelle et perspectives d'évolution [Rapport]. - [s.l.] : Synthèse et recommandations, novembre 2011.

Haut Conseil de la Santé Publique adsp n°72-Les maladies chroniques [En ligne] // HCSP. - 09 2010. - consulté le 24/10/2014. - <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=112>.

INCa Institut National du Cancer Les données-Institut National du Cancer [En ligne] // Institut National du Cancer. - 27/01/2015. - consulté le 29/01/2015. - <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les->

fiches-de-synthese/1-types-cancer/11-cancer-colorectal/43-epidemiologie-du-cancer-colorectal-en-france-metropolitaine-incidence.html.

INPES guide des vaccinations. - [s.l.] : Direction générale de la santé Comité technique des vaccinations, édition 2012.

Insee Insee-Santé-Professions de santé en 2014 [En ligne] // Dress. - 01 2014. - consulté le 10/10/2014. - http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06103.

Insee 2 Insee-Population-évolution de la population jusqu'en 2014 [En ligne] // Insee. - 2014. - consulté le 18/09/2014. - http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATnon02145.

Inserm, en collaboration avec Alain Tedgui Hypertension artérielle, de nombreux facteurs de risque : [En ligne] // Inserm. - Dossier réalisé en collaboration avec Alain Tedgui, Directeur du Paris-Centre de recherche Cardiovasculaire (PARCC) à l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) et Directeur de Recherche Inserm U970, janvier 2014. - consulté le 06/01/2015. - <http://www.inserm.fr/thematiques/circulation-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/hypertension-arterielle>.

Institut National du Cancer Les données- Institut National du Cancer [En ligne]. - février 2015. - consulté le 24/03/2015. - <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-indicateurs/1-types-cancer/9-cancer-sein/54-efficacite-du-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein/447-evolution-taux-participation-programme-depistage-organise-cancer-sein-france.html>.

Institut National du Cancer Cancer du sein-Espace grand public-Dépistage-Institut National du Cancer [En ligne] // Institut National du Cancer. - 18/12/2014. - consulté le 18/12/2014. - <http://www.e-cancer.fr/depistage/depistage-du-cancer-du-sein/espace-grand-public>.

institut national du cancer ÉTAT DES LIEUX du dépistage du cancer du col utérin en France [Rapport]. - [s.l.] : institut national du cancer, septembre 2007.

Institut National Du Cancer 2 Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal - Dépistage - CLe programme de dépistage organisé du cancer colorectal - Dépistage - Institut National Du Cancer : [En ligne] // Institut National Du Cancer. - 26/02/2014. - consulté le 29/01/2015. - <http://www.e-cancer.fr/depistage/depistage-du-cancer-colorectal/espace-professionnels-de-sante/le-programme-de-depistage-organise>.

Institut National Du Cancer 3 Les dépistages du cancer du sein - Institut National Du Cancer [En ligne] // Institut National Du Cancer. - 22/09/2014. - consulté le 18/12/2014. - <http://www.e-cancer.fr/depistage/depistage-du-cancer-du-sein/espace-grand-public/les-depistages-du-cancer-du-sein>.

Institut National du Cancer 4 Les données - Institut National Du cancer [En ligne] // INCa, Institut National du Cancer. - 17/11/2014. - consulté le 18/12/2014. - <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/1-types-cancer/9-cancer-sein/1-epidemiologie-du-cancer-du-sein-en-france-metropolitaine-incidence-et-mortalite.html>.

INVS Grippe [En ligne] // invs.sante.fr. - 29/ 07/ 2011. - consulté le 02/ 09/ 2014. -
<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Grippe>.

Invs Papillomavirus humain [En ligne]. - 29 juillet 2011. - consulté le 04/ 09/ 2014. -
<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Papillomavirus-humains>.

INVS Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2012-2013 / Indicateurs d'évaluation / Evaluation du programme de dépistage du cancer colorectal / Evaluation des programmes de dépistage des cancers / Cancers / Maladies chroni [En ligne] // INVS. - 25/ 02/ 2014. - consulté le 29/ 01/ 2015.

Isabelle Parent du Châtelet et Daniel Lévy-Bruhl Département des maladies infectieuses, INVS
Surveillance de la rougeole en France, Bilan et évolution en vue de l'élimination de la maladie.
[Rapport]. - [s.l.] : INVS, 2005.

Jacques Blacher Jean-Michel Halimi, Olivier Hanon, Jean-Jacques Mourad, Atul Pathak, Bruno Schnebert, Xavier Girerd au nom de la Société Française d'Hypertension Artérielle.
RECOMMANDATIONS: PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE DE L'ADULTE [Rapport]. - [s.l.] : Société Française d'Hypertension Artérielle - www.sfhta.org, 2013.

Jean Marie Cohen Anne Mosnier, Isabelle Daviaud, Isidore Grog Ecogrippe 2006 : combien coûte la grippe ? [En ligne] // GROG. - XIIème journée nationale des GROG, 15 novembre 2007. - consulté le 15/01/ 2015. - http://www.grog.org/documents/jour_2007/Ecogrippe.pdf.

Jean-Yves ROBIN en qualité de directeur du GIP ASIP Santé En pratique-Créer un DMP-DMP [En ligne] // dmp.gouv. - 22/ 10/ 2014. - consulté le 23/ 10/ 2014. -
<http://www.dmp.gouv.fr/professionnel-de-sante/en-pratique/creer-un-dmp>.

l'ANSM Les anticoagulants en France en 2014 : état des lieux , synthèse et surveillance - 26ed375830c56499badf0014eb3bb81b.pdf : [En ligne] // ANSM. - 22 avril 2014. - consulté le 20 mars 2015. -
http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/26ed375830c56499badf0014eb3bb81b.pdf.

l'assurance maladie ameli.fr-La vaccination Rougeole-Oreillons-rubéole [En ligne]. - 16/ 06/ 2014. - consulté le 16/ 08/ 2014.

l'Assurance maladie ameli.fr- le dépistage du cancer colorectal [En ligne]. - 7 mai 2015. - consulté le 07 mai 2015. - http://www.ameli.fr/assures/prevention-sante/le-depistage-du-cancer-colorectal_moselle.php.

l'Assurance maladie 2 Communiqué de presse [En ligne] // l'Assurance Maladie a partagé en Commission paritaire nationale (CPN) avec les syndicats de pharmaciens les résultats d'une première évaluation du dispositif d'accompagnement pharmaceutique des patients sous traitement chronique par antivitamine K (AVK).. - 17 décembre 2014. - consulté le 20 mars 2015.

Latour Isabelle vaccination en danger [Article] // le moniteur des pharmacies. - 2013. - 2996.

le Comité Français de Lutte contre l'Hypertension Artérielle (CFLHTA) la Société Française d'Hypertension Artérielle OBJECTIF 2015: 70% des hypertendus contrôlés [Ouvrage]. - [s.l.] : la Direction Générale de la Santé (DGS), plan d'action national "Accident vasculaire cérébral" 2010-2014

Le figaro, Cyrille Vanlerberghe Un vaccin peu efficace contre la grippe cet hiver [Revue]. - [s.l.] : le figaro, 29 janvier 2015.

Le Figaro.fr L'e-santé en France: un secteur en croissance : [En ligne] // le Figaro.fr, économie. - 06 novembre 2014. - consulté le 02/ 04/ 2015. - <http://www.lefigaro.fr/flash-eco/2014/11/06/97002-20141106FILWWW00378-l-e-sante-en-secteur-en-croissance.php>.

Le Quotidien du Pharmacien Le DP bientôt outil de suivi des vaccinations? Le Quotidien du Pharmacien [En ligne] // Le Quotidien du Pharmacien. - 2014. - consulté le 04/ 12/ 2014. - http://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite/article/2014/06/26/le-dp-bientot-outil-de-suivi-des-vaccinations-_180851#sthash.uSDln8q2.dpuf.

Leduc Philippe Pourquoi la vaccination contre la grippe est un échec?, Le Cercle [En ligne] // LesEchos. - 14/ 10/ 2013. - consulté le 02 /09/ 2014. - <http://www.lesechos.fr/idees-debats/cercle/cercle-81979-pourquoi-la-vaccination-contre-la-grippe-est-un-echec-1003392.php>.

Les échos La grippe de cet hiver aura coûté plus de 200 millions d'euros [En ligne] // LesEchos.fr. - 26/ 03/ 2013. - consulté le 01/ 09/ 2014. - http://www.lesechos.fr/26/03/2013/lesechos.fr/0202666032156_la-grippe-de-cet-hiver-aura-coute-plus-de-200-millions-d-euros.htm.

Luc VIALARD chef de projet, Platinnes Comment réussir le lancement d'une solution de e-santésur le marché [Interview]. - Castres : http://www.tv-esante.com/06_reussir_lancement_solution_esante.html ; TV-esanté.com, juillet 2014.

Maître Delphine JAAFAR avocate associée, Cabinet Bismuth Comment réussir le lancement d'une solution de e-santésur le marché [Interview]. - Castres : http://www.tv-esante.com/06_reussir_lancement_solution_esante.html ; TV-esanté.com, juillet 2014.

Ministère de la Santé et des Solidarités Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France 2005-2010. [En ligne]. - 2010. - http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_elimination_rougeole.pdf.

Ministère des Affaires sociales et de la Santé Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2014. - 15 mai 2014.

Ministère des affaires sociales et de la santé et des droits des femmes vaccination contre la grippe saison 2013-2014 Questions / Réponses - Professionnels de santé [En ligne]. - 2013.

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes Le dossier pharmaceutique : expérimentation de la consultation par les médecins hospitaliers [En ligne] // Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. - 03 07 2014. - consulté le 06/ 11/ 2014. - <http://www.sante.gouv.fr/le-dossier-pharmaceutique-experimentation-de-la-consultation-par-les-medecins-hospitaliers.html>.

Monsieur Jean-Yves ROBIN en qualité de directeur du GIP ASIP Santé Découvrir le DMP-Le DMP, votre allié santé [En ligne] // DMP. - 22/10/2014. - consulté le 22 /10/ 2014. - <http://www.dmp.gouv.fr/patient/dcouvrir-le-dmp/le-dmp-votre-allie-sante>.

Ordre National des Pharmaciens Allongement de la durée de conservation des données du DP - Communications - Ordre National des Pharmaciens : [En ligne] // ordre national des pharmaciens. - communiqué de presse, 26 février 2015. - consulté le 16 mars 2015. - <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Communiques-de-presse/Allongement-de-la-duree-de-conservation-des-donnees-du-DP>.

Ordre national des pharmaciens Le DP raconté par Isabelle Adenot-Le Dossier Pharmaceutique- ordrenational des pharmacien [En ligne] // ordre national des pharmaciens. - 27 02 2014. - consulté le 1/ 11 /2014. - <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Interview-d-Isabelle-Adenot>.

Ordre National des pharmaciens Qu'est-ce que le DP ? - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens: [En ligne]. - 27 avril 2015. - consulté le 7 mai 2015. - <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP>.

Patrice CRISTOFINI directeur e-santé Europe Occidentale, HUAWEI Comment réussir le lancement d'une solution de e-santésur le marché [Interview]. - Castres : http://www.tv-esante.com/06_reussir_lancement_solution_esante.html ; TV-esanté.com, juillet 2014.

Pierre-Louis Bras Abdelkrim Kiour, Bruno Maquart et Alain Morin Pharmacies d'officine: rénumération, missions, réseau [Rapport]. - [s.l.] : Inspection générale des afaires sociales RM2011-090P, 2011.

Quiniou Jean-Marc Font et Jean-Claude Les ordinateurs, mythes et réalités [Ouvrage]. - 1968.

Rémy Teston responsable e-marketing chez Pfizer "L'industrie pharmaceutique doit trouver de nouveaux leviers de croissance pour perdurer" [Interview]. - [s.l.] : www.atelier.net, 03 décembre 2013.

Ricous (Dr) Bruno complications de la rougeole [En ligne] // e-vaccination.fr. - 03 01 2013. - consulté le 12/08/ 2014. - <http://www.e-vaccination.fr/rougeole/complications>.

Saurel Virginie La gestion informatique des entretiens pharmaceutiques [Article] // Le Moniteur des pharmacies. - mars 2014. - n°3023 : Vol. cahier 1.

Sous-direction prévention des risques infectieux Programme national d'amélioration de la politique vaccinale [Rapport]. - [s.l.] : Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 2012-2017.

Univadis Après le dossier pharmaceutique, bientôt le dossier de vaccination? [En ligne] // univadis.fr. - 28 02 2014. - consulté le16/ 09/ 2014. - <http://www.univadis.fr/actualites-metier/Apres-le-dossier-pharmaceutique-bientot-le-dossier-de-vaccination>.

Uwe DIEGEL président de iHealth Objets connectés : où allons nous en terme d'usage ? [Interview]. - Castres : http://www.tv-esante.com/08_objets_connectes.html ; TV-esanté.com, juillet 2014.

Vidal Les nouveautés du calendrier vaccinal 2014 - Actualités - Vidal.fr [En ligne] // Vidal.fr. - 2014. - consulté le 28/08/2014. - http://www.vidal.fr/actualites/13732/les_nouveautes_du_calendrier_vaccinal_2014/.

Vidal 2 Marisol Touraine confirme le recentrage et l'évolution à venir du DMP (dossier médical personnel)-Actualités-Vidal.fr [En ligne] // Vidal.fr. - 26/08/2014. - consulté le 31/10/2014. - http://www.vidal.fr/actualites/14022/marisol_touraine_confirme_le_recentrage_et_l_evolution_a_enir_du_dmp_dossier_medical_personnel/.

Vidal 3 VIDAL, la base de données de référence du médicament sur Univadis [En ligne] // Vidal. - 18 novembre 2014. - consulté le 6 janvier 2015. - <http://www.univadis.fr/external/vidal?proceed>.

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : 16/06/2015

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

présenté par : Marine STEF

Vu,

Nancy, le 19 mai 2015

Sujet :

Besoin d'amélioration du suivi de santé,
Quelle place pour le pharmacien d'officine,
Un outil e-santé pour y répondre ?

Jury :

Président : Mme Francine PAULUS, Maître de Conférences
Directeur : Mme Alexandrine LAMBERT, Maître de conférences

Juges : Mr Fabrice WEISSE, Pharmacien
Mme Joëlle GENY, Pharmacien

Le Président du Jury

Mme Francine Paulus

Directeur de Thèse

Mme Alexandrine Lambert

Vu et approuvé,

Nancy, le 21.05.2015

Doyen de la Faculté de Pharmacie
de l'Université de Lorraine,

Vu,

Nancy, le ~ 2 JUIN 2015

Le Président de l'Université de Lorraine,

Pour le Président et par délégation
Le Vice-Président

Martial DELIGNON
Pierre MUTZENHARDT

N° d'enregistrement : 6909.

N° d'identification :

TITRE

**Besoin d'amélioration du suivi de santé,
Quelle place pour le pharmacien d'officine,
Un outil e-santé pour y répondre ?**

Thèse soutenue le 16 juin 2015

Par Marine Stef

RESUME :

Les maladies chroniques sont le fléau des pays industrialisées. Le suivi des recommandations permettrait de réduire les complications et les coûts engendrés par celles-ci. Cependant, on observe des disparités, avec des examens répétitifs inutiles pour certains patients et un manque de suivi pour d'autres.

Le pharmacien étant un maillon indispensable de la chaîne de santé, comment peut-il contribuer, avec les autres professionnels de santé, à améliorer le suivi des patients et limiter ces inégalités?

Un outil informatique de partage de données simples, entre pharmaciens et médecins généralistes, est imaginé. Sa fonction principale d'amélioration de suivi des patients atteints de maladie chronique est étendue au suivi des vaccinations, des traitements chroniques et à la prévention.

Des sondages réalisés auprès de patients, de pharmaciens et de médecins, ainsi que l'étude de deux outils de partages de données que sont le DMP et le DP, permettent de comprendre la complexité de coordination entre professionnels de santé autour du patient. La personne lambda n'est pas réticente au partage de données concernant sa santé et trouve intéressant qu'un professionnel de santé l'avertisse des examens de suivi, prévention ou des vaccins à réaliser. Les pharmaciens se sentent concernés par le suivi des patients. Les médecins accepteraient volontiers une aide informatique pour guider davantage leur patient dans leur situation de suivi.

Cependant le système de soins instauré adapté aux maladies aigües semble se dresser contre cette volonté d'amélioration de suivi. En parallèle on assiste à une explosion de la e-santé. Les leaders d'objet High Tech comme Apple s'intéressent sensiblement au suivi de santé. Ainsi les outils pour améliorer celui-ci seront de plus en plus accessibles, mais complètement indépendants du système de soins français. Il paraît urgent de le redéfinir pour permettre aux professionnels de santé de travailler ensemble pour le patient et de réduire ces inégalités de suivis.

MOTS CLES : Vaccination, Maladies chroniques, Prévention, Suivi, Recommandations de suivi, Diabète, Hypertension, Cancer colorectal, Cancer du sein, Partage de données de santé, Relation médecin-pharmacien, E-santé, Outil informatique, DMP, DP.

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
Mme Alexandrine LAMBERT	Chimie et Biochimie Théoriques	Expérimentale <input type="checkbox"/> Bibliographique <input checked="" type="checkbox"/> Thème <input type="checkbox"/>

Thèmes

6 – Pratique professionnelle