



**ACADÉMIE NATIONALE DE PHARMACIE**

Fondée le 3 août 1803

sous le nom de Société de Pharmacie de Paris

Reconnue d'utilité publique le 5 octobre 1877

## *Séance bi-académique*

**ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE – ACADÉMIE NATIONALE DE PHARMACIE**

## **sur « Coordination des soins et Suivi thérapeutique »**

**Mardi 19 novembre de 9 h 30 à 17 h 00**

*Académie Nationale de Médecine*

*16 rue Bonaparte Paris 75006*

### **Programme**

9 h 30 **Accueil** : François-Bernard MICHEL, *Président de l'Académie Nationale de Médecine*,  
Yves JUILLET, *Président de l'Académie nationale de Pharmacie*

#### **1<sup>ère</sup> SESSION : État des lieux**

9 h 45 « *Problématique Générale, les difficultés existantes* »

Bernadette DEVICTOR, *Présidente de la Conférence Nationale de Santé*

Les professionnels de santé ne se sentent pas toujours (co)responsables du parcours de santé des personnes, mais seulement de leur propre intervention et n'accordent pas toujours l'attention nécessaire ni aux attentes de l'usager ni à ce qu'il adviendra en aval de son intervention. De ce fait, l'usager, le patient est bien trop souvent livré à lui-même pour assurer son parcours de soins et de santé sans pour autant avoir tous les éléments nécessaires à une construction pertinente.

Les modalités de rémunération des professionnels sont pointées du doigt comme étant très largement responsables de cette situation, mais d'autres éléments aussi déterminants interviennent :

- le défaut de partage d'informations avec les usagers, et entre les professionnels,
- la méconnaissance réciproque des différents acteurs de santé (qui sait qui fait quoi sur un territoire ?),
- la juxtaposition des spécialités,
- le cloisonnement des interventions (difficiles liaisons entre la ville et l'hôpital, entre le pharmacien et le médecin, entre les acteurs du soin et les acteurs de l'accompagnement, etc.).

Il y a urgence à agir, les enjeux de santé publique et budgétaires sont majeurs.

De plus, dans une période où la santé à domicile est appelée à se développer pour répondre aux attentes des personnes mais également pour des raisons de coût, il est indispensable de développer une nouvelle approche dans l'organisation de notre système et l'exercice des professions de santé.

De nombreux acteurs ont déjà pris conscience de cette situation et prennent de leur temps pour, avec d'autres professionnels, améliorer les parcours de soins ou les suivis thérapeutiques.

Pour favoriser et faciliter la diffusion de telles démarches, il est temps d'apporter des réponses claires : faut-il changer de paradigme ? Faut-il imaginer de nouveaux intervenants ? De nouvelles missions ? De nouveaux financements ? Comment favoriser le partage et la diffusion des bonnes pratiques ? Quel rôle peuvent jouer la démocratie sanitaire, et les usagers en particulier, dans cette démarche ? Le service public territorial de santé peut-il favoriser la mise en place de ces nouveaux modes de travail ?

**« Une coordination nécessaire mais parfois compliquée. Exemple de l'insuffisance rénale chronique »**

Pr Bernard CHARPENTIER, *Service de Néphrologie, Dialyses, Transplantations, CHU de Bicêtre, Kremlin-Bicêtre et UMR 1014 INSERM/Université Paris Sud, Villejuif.*

L'insuffisance rénale chronique (IRC), maladie due à la perte progressive de la fonction d'un organe vital, est l'un des meilleurs exemples de la nécessité d'une coordination médicale et paramédicale, inexistante lors de la naissance de la néphrologie moderne, de la dialyse et de la transplantation rénale à la fin des années 50, » impérieuse nécessité » non seulement maintenant mais encore plus pour le futur avec l'explosion de la géronto-dialyse secondaire au vieillissement de la population. Elle est impérieuse par l'incidence très élevée de cette maladie ( de 260 à 2200 pmp), par son coût (4 Milliards d'E), par ses conséquences sur le travail, la qualité de vie et la qualité des soins, par son traitement conservateur, puis de remplacement par dialyse péritonéale ou par hémodialyse et éventuellement par transplantation d'organes à partir soit de donneurs vivants soit de donneurs décédés .

Il s'agit donc de flux incessant de patients entrants et sortants dans des filières de soins entre cabinets de ville, hôpitaux privés ou publics, CHU ou non, laboratoires d'analyses médicales, pharmacies de ville et hospitalière et un grand nombre de professions paramédicales (infirmières, assistantes sociales, diététiciennes, kinésithérapeutes, secrétaires...) dont l'optimisation se fixe dans un réseau de soins organisé et labellisé. Cette mise en jeu de dizaine de compétences n'est pas sans difficulté où la tradition est plutôt celle d'un exercice solitaire d'une fonction donnée. Au stade d'IRC pré-dialytique, le but du réseau de soins est de faire le diagnostic, parfois difficile, de ralentir sa progression, de contrôler les complications très nombreuses, de mieux informer les patients et leurs familles et de mieux préparer et de différer de façon significative la mise en route de la dialyse et de la greffe. Dans cette situation, il existe une mortalité élevée d'autres causes que néphrologiques, une prise en charge non conforme aux recommandations, et peu d'envoi vers le néphrologue quand le diagnostic est fait par le laboratoire, le médecin généraliste ou un autre spécialiste enfin l'adaptation du dosage médicamenteux au degré d'insuffisance rénale est capitale ainsi que la non-utilisation absolue de médicaments néphrotoxiques. Au stade d'épuration extra-rénale, le choix entre dialyse péritonéale et hémodialyse obéit à des règles strictes, la dialyse péritonéale étant très consommatrice de temps et de talents médicaux et paramédicaux, mais nécessite une autonomie relativement importante du patient et de sa famille, le dialogue médecine de ville-médecine hospitalière étant capitale. L'hémodialyse en centres lourds, allégée, à domicile nécessite une approche plus technique et un positionnement plus centré vers le néphrologue. Enfin la transplantation est très hôpital-centrée, mais le suivi à distance des patients, pour éviter les complications post-transplantation, la non-adhérence médicamenteuse, le diagnostic précoce du rejet et la réinsertion professionnelle, familiale et affective nécessite un réseau de soins identiques à la phase pré-dialytique, la situation du patient transplanté étant très semblable à une approche de type médecine interne/médecine générale car les complications couvrent un champs pratiquement infini et extra-néphrologique (infectieux, cardiovasculaire, métabolique, tumorigénèse).

En conclusion, l'IRC, véritable problème de santé publique, nécessite une approche de type réseau associant de nombreux métiers et compétences, dont le plus difficile est la coordination. Cette approche peut sûrement être extrapolée à d'autres situations de défaillance chronique des grands organes (foie, poumons, cœur, pancréas).

**« De l'historique médicamenteux au suivi thérapeutique du patient »**

Jean CALOP, *Professeur émérite UFR de pharmacie de Grenoble, Docteur honoris Causa de l'Université de Montréal, Membre de l'académie de pharmacie*

Nous savons tous que la liaison hôpital-ville est à améliorer. Concernant les médicaments il est demandé de travailler sur la « conciliation » entre les traitements pré et post hospitalisation et ceux pris en automédication. En effet une superposition de prescription de médicaments, des redondances d'examen l'existence de poly prescriptions entre les spécialistes et les généralistes, l'initiative d'une automédication, le fait d'amener certains médicaments personnels lors de l'hospitalisation conduit à des confusions chez le patient et souvent favorise la pathologie iatrogène médicamenteuse.

L'existence du dossier pharmaceutique partagé (DPP) doit permettre d'améliorer au profit du patient cette liaison ville hôpital et cette conciliation. Il reste cependant essentiel de conduire auprès des patients nouvellement hospitalisés un historique médicamenteux et une conciliation surtout chez les patients atteints d'une pathologie chronique. Cette initiative s'inscrit dans un concept global que les anglo-saxons appellent le « pharmaceutical care » que l'on peut traduire par la « prise en charge pharmaceutique globale du patient ». Il s'agit autrement dit de connaître l'historique médicamenteux, de valider la prescription et d'aider le patient à gérer son traitement et ses médicaments. Comment initier et développer ce concept ?

Les étudiants en pharmacie accomplissent en cinquième année un stage d'une année à mi-temps au sein d'une structure hospitalière agréée. Affectés dans des services cliniques Ils doivent être encadrés et accompagnés dans certaines fonctions visant :

- à aider le médecin pour rendre sa prescription plus sécurisée en vérifiant le respect des référentiels scientifiques, les posologies, les contre-indications et en détectant et en gérant les interactions médicamenteuses majeures.
- A comprendre lors d'un entretien quelles sont les relations que le patient entretient avec son traitement (pris dans son ensemble) ou ses médicaments pris individuellement. Cela fait appel aux sciences sociales et comportementales pour comprendre et intégrer chez un patient les attentes, croyances, représentations, habitudes, mode et rythme de vie, motivation à se soigner, degré d'autonomie, prise en charge financière, niveau socio culturel, connaissance du traitement et de sa gestion, degré d'observance, état cognitif, effets ressentis... Ces éléments sont à prendre en compte car ils peuvent considérablement influencer l'efficacité d'un traitement prescrit. **Un médicament mal pris ou pas pris ne sert à rien et les conséquences peuvent être néfastes.**

La prise en compte de la physiopathologie du patient, ses antécédents allergiques, son « automédication » la connaissance du dossier pharmaceutique partagé (si l'hôpital a accès) restent des éléments qui viennent compléter cet historique médicamenteux. La connaissance de cet ensemble contribue en plus de l'analyse pharmaceutique à répondre à une question importante que les médecins se posent « l'origine de l'hospitalisation peut-elle avoir une origine iatrogène médicamenteuse ? ». Nos étudiants, internes et praticiens en pharmacie clinique doivent apporter une réponse circonstanciée et pertinente ; de plus la synthèse de ces éléments avec d'éventuelles interventions et propositions pharmaceutiques doit permettre au médecin prescripteur d'ajuster le traitement lors de l'hospitalisation et permettre un suivi pertinent de ce même traitement médicamenteux lors du retour à domicile du patient. Ce même patient doit repartir, s'il a un traitement chronique, avec :

- ce que l'on appelle un plan de prises écrit et adapté avec des conseils de prises (horaires précisés en fonction du rythme de vie et des paramètres pharmacocinétiques des médicaments)
- si possible un courrier informant le pharmacien d'officine désigné par le patient sur les changements intervenus dans son traitement médicamenteux lors de l'hospitalisation. Le médecin hospitalier informant de son côté de la même façon le médecin traitant.

Les informations recueillies lors de l'historique médicamenteux et de la conciliation par notre étudiant de fin d'études peuvent être sécurisées et récupérées par le pharmacien d'officine pour que ce dernier puisse, pour les patients chroniques avoir un suivi thérapeutique médicamenteux pertinent ; elles doivent être partagées avec les professionnels de santé concernés car pour le patient en question, cette initiative vise non seulement à éviter entre autre qu'une origine iatrogène médicamenteuse (si elle a été identifiée comme telle) soit responsable d'une nouvelle hospitalisation mais aussi à sécuriser et à optimiser le traitement. Ces éléments sont progressivement mis en place au CHU de Grenoble avec nos étudiants en pharmacie.

11 h 05

### « *Le Patient acteur de sa santé* »

Gérard RAYMOND, *Secrétaire Général de la Fédération Française des Diabétiques*

Introduction :

L'évolution de notre société se traduit par une amélioration de notre espérance de vie, aujourd'hui 84 ans pour les femmes et 78 ans pour les hommes. D'autre part, les découvertes, les progrès médicaux et notre système de santé permettent à la population d'avoir accès à des soins de qualité.

#### ***Le patient acteur de sa santé***

L'ensemble de ces évolutions font que les pathologies dites « chroniques » touchent de plus en plus de personnes.

Cette transformation de la « maladie » entraîne une transformation du malade tout autant que des soignants et du système de santé.

La gestion d'une pathologie chronique nécessite un investissement du malade qui doit apprendre à vivre avec, comprendre sa maladie, savoir adapter son traitement par rapport à son projet de vie, conserver son « capital santé » optimum. Pour cela, il doit être éduqué, accompagné, voire même encouragé, et certainement pas culpabilisé.

Le rôle du médecin et de tous les « soignants » consiste donc à permettre au patient de devenir acteur de sa santé. Les outils aujourd'hui sont repérés, l'éducation thérapeutique, l'accompagnement, le parcours de santé, la coordination des acteurs. Référentiels, recommandations, rapports, se succèdent mais la réalité est bien plus critique.

Créer le changement des comportements des professionnels, c'est transformer notre système de soins en système de santé, c'est accepter l'expertise profane du patient, et reconnaître le rôle d'aidant aux associations de patients.

D'autre part, les technologies modernes permettent une large information de l'ensemble du public. Elles doivent aussi créer du lien entre les professionnels et tous les acteurs y compris les patients. Elles ne sauraient être un moyen de perte d'indépendance et d'autonomie, ni celui d'un contrôle du comportement.

Conclusion :

L'émergence des pathologies chroniques, des associations de patients consacrée par la loi du 4 mars 2002, transforme notre système de santé ainsi que le rôle des différents acteurs y compris le patient.

Néanmoins, l'évolution ne pourra se faire qu'avec la volonté et la participation de tous, et ce dans l'intérêt de tous les acteurs.

11 h 30 Pause

## 2<sup>ème</sup> SESSION : Action coordonnée sur le terrain

11 h 45 « *Un exemple historique de la nécessité de l'information dans l'asthme de l'adulte et de l'enfant* »

Pr François-Bernard MICHEL, *Président de l'Académie Nationale de Médecine*

En préambule à des témoignages relatifs sur le contexte environnemental suscitant les structures d'informations, permettant aux malades et à leur famille de devenir véritablement partenaires du médecin et du pharmacien dans la prise en charge de leur maladie, l'auteur rappelle son initiative face à l'épidémie de morts subites d'enfants, adolescents et adultes asthmatiques, sévissant en France, et dans le monde durant les années 1980. La création « d'Écoles de l'Asthme », de documents et vidéos, l'organisation de conférences, et, tous les ans, des « États Généraux de l'Asthme » (réunissant médecins, malades et familles, infirmières, psychologues et kinésithérapeutes), a permis de diffuser une information finalement assez simple, mais nécessaire car salvatrice.

Il s'agissait d'expliquer que la thérapie inhalée, à visée bronchique, devait impérativement associer deux familles médicamenteuses : Béta2-mimétiques, bronchodilatateurs (médicaments de « confort ») et glucocorticoïdes (médicaments contre l'inflammation bronchique, vrai traitement de l'asthme), l'utilisation exclusive des Béta2 masquant l'évolution de l'asthme jusqu'à une obstruction bronchique méconnue et mortelle.

Jamais d'auto-satisfaction, mais encouragement à poursuivre et à généraliser.

11 h 55 *Dermatite atopique*

« *De la dermatite atopique à la prévention des allergies* »

Suzanne Van ROCKEGHEM, *journaliste, Présidente de l'association "Prévention des allergies" rédactrice en chef du trimestriel "Oasis Allergies"*

A la fin des années 70, je me suis trouvée confrontée à l'allergie de mes enfants : asthme pour l'un, dermatite atopique pour l'autre et pour les deux, des souffrances et des questions sans réponse. J'ai eu la chance de rencontrer des médecins compétents et compréhensifs et cela m'a conduit à vouloir partager ces informations et cette solidarité avec les autres familles concernées.

L'association "Prévention des allergies" est née en 1989 en Belgique, bientôt rejointe par l'AFPRAL en France en 1992. La permanence téléphonique d'abord, les mails et le forum aujourd'hui, nous ont permis de mettre en évidence un certain nombre de problèmes dans la prévention et la prise en charge des allergies :

- manque de compréhension des termes et explications du médecin
- peurs inavouées devant certains traitements
- difficultés d'intégration des enfants
- non remboursement de produits indispensables
- réglementations insuffisantes dans certains domaines, etc.

Des initiatives ont été prises : publications, conférences, sensibilisation de professionnels, participation à divers organes de décision... Tout cela en concertation régulière avec un comité scientifique diversifié.

La prise en charge des allergies s'est améliorée mais les allergies restent encore très mal connues du grand public, ce qui complique la vie des allergiques, quand cela ne la met pas en danger. Nous soutenons la demande de l'EAACI d'une grande campagne d'information sur le sujet.

« *Fondation européenne pour la dermatite atopique. Objectifs, moyens et résultats* »

Chantal SEGARD et Hélène PASSERINI

(résumé à venir)

12 h 15 « *Anti-cancéreux par voie orale, organisation du suivi thérapeutique* »

Jacques ROUËSSÉ, *oncologue médical, membre de l'Académie Nationale de Médecine*

Dans l'image du public associé, essentiellement à des injections le plus souvent intraveineuses. En fait, depuis longtemps, de nombreux anticancéreux sont prescrits par voie orale. C'est le cas de l'hormonothérapie essentiellement pour le traitement des cancers du sein. En ce qui concerne les cytotoxiques, l'administration par voie orale est moins fréquente. Elle est pourtant pratiquée couramment en particulier dans les hémopathies malignes. Pour le traitement des tumeurs solides cet usage est moins habituel et est le plus souvent réservé aux prescriptions de dernier recours où le praticien oscille entre un abandon thérapeutique très mal supporté psychologiquement par le patient et l'administration contraignante et souvent pénible d'un produit dont les chances de succès sont faibles. La nouvelle génération d'anticancéreux est celle des thérapies ciblées dont une grande proportion s'administre par voie orale.

L'administration par voie orale implique bien évidemment des précautions. Tout d'abord, une longue explication au malade est nécessaire, temps aussi important que celui nécessité par l'administration de « cures » relevant d'une hospitalisation soit classique, soit en hôpital de jour, soit à domicile. Cette mise en route d'une chimiothérapie orale n'est généralement pas suffisamment prise en considération en particulier par l'Assurance maladie. L'autre problème majeur est évidemment celui de l'observance avec deux écueils le surdosage et le sous dosage, non observance qui est plus souvent observée chez les sujets âgés. Les précautions à prendre sont communes à d'autres spécialités médicales : éducation thérapeutique, dispositions pratiques telle la mise à disposition de piluliers ou système de surveillance plus sophistiqué.

12 h 30 Déjeuner

14 h 00 « *Le Réseau Diabète Narbonne. Un exemple de pluridisciplinarité au service des diabétiques* »

Claude JAFFIOL, *membre de l'Académie Nationale de Médecine*

1. Objectif

Comparer deux populations diabétiques de type 2, l'une suivie dans un réseau de soins, l'autre non pour comparer entre les deux groupes l'équilibre métabolique, la qualité de la prise en charge et le vécu de la maladie en fonction du degré de précarité.

2. Méthodologie

Le réseau AUDIAB de Narbonne dirigé par les docteurs JP COURÈGES et JP Olive associe médecins généralistes, spécialistes, pharmaciens, infirmières, podologues, diététiciens et un secrétariat. Les diabétiques acceptent librement de participer au réseau à condition de respecter certaines règles. Leur engagement se fait sans sélection préalable en fonction de leur situation socio économique. Les séances d'éducation ont lieu en hospitalisation de jour. 126 diabétiques (67,1+- 8,9 ans, 77 H) suivis en réseau ont été comparés à 163 diabétiques (60,9 ans, 64 H) suivis hors réseau. Ont été comparées entre les deux groupes les conditions de vie socio économiques et alimentaires, les données de santé, les caractéristiques et la prise en charge du diabète, le vécu de la maladie. Cette comparaison a concerné l'ensemble des sujets puis spécifiquement les précaires et non précaires. Le degré de précarité a été évalué par le score EPICES. L'exploitation statistique des données a recouru aux tests paramétriques usuels et à une analyse multi variée lorsque cela était nécessaire.

3. Résultats.

La comparaison des deux groupes confirme une différence significative en faveur des diabétiques suivis dans le réseau AUDIAB en ce qui concerne l'équilibre métabolique, le suivi et la prise en charge du diabète ainsi que le vécu de la maladie et cela quel que soit le degré de précarité.

4. Conclusion.

Les résultats précédents confirment l'efficacité d'un réseau de soins pour diabétiques dans le cadre d'une gestion pluri-disciplinaire avec un intérêt particulier pour les patients les plus précaires.

14 h 15

« **Le parcours de santé des personnes âgées. Contribution des pharmaciens d'officine** »

Marie-Claude GUELFY, *membre de l'Académie nationale de Pharmacie, Pharmacien chef de service, AP-HP - Hôpital Sainte-Périne, Paris*

Le vieillissement de la population française est un phénomène inexorable qui va s'accélérer dans les années à venir avec le vieillissement des générations du baby boom.

La question de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées fait l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics.

Depuis 2012, une vaste réflexion est menée à l'échelle nationale avec des expérimentations sur cinq ans sur le parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa). Cette notion recouvre des personnes de plus de 75 ans, pouvant être autonomes mais dont l'état de santé est susceptible de se dégrader.

Ces personnes qui se fragilisent subissent aujourd'hui la fragmentation de l'offre de soins (sanitaire/médico-social, ville/hôpital) avec des redondances ici et des manques à d'autres endroits qui finissent par coûter cher (près de 2 milliards d'euros selon un rapport de 2011 du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, en hospitalisations évitables, accidents médicamenteux...).

L'enjeu est à la fois sanitaire et économique : éviter les hospitalisations inutiles, faciliter la sortie d'hospitalisation.

Dans ce futur parcours de soins "fluidifié" car mieux coordonné, les pharmaciens d'officine ont un rôle à jouer. Ceci sera illustré par des exemples, notamment la préparation des doses à administrer (PDA). L'Académie nationale de Pharmacie a publié des recommandations à ce sujet en juillet 2013.

14 h 30

« **Suivi du traitement par les antivitamines K** »

Jean-Paul BOUNHOURE, *membre de l'Académie Nationale de Médecine*

Depuis plus de 50 ans, les antivitamines K (AVK) sont la base du traitement anticoagulant par voie orale, jouant un rôle majeur dans la prévention des accidents thromboemboliques et des thromboses veineuses. Leur efficacité imposant une surveillance biologique régulière rigoureuse et des ajustements thérapeutiques fréquents, pose quelquefois des problèmes difficiles avec le vieillissement de la population. Plus de 60.000 patients par an sont traités en France par les AVK avec un double risque, hémorragique et thrombotique. La fenêtre thérapeutique est étroite et le maintien du traitement dans les limites d'efficacité est quelquefois difficile à obtenir. L'effet dose varie considérablement en fonction du terrain et de nombreuses interactions sont possibles avec des traitements associés et l'alimentation. La décision de mettre en route un traitement par antivitamines K surtout chez un sujet âgé est donc une responsabilité importante, le médecin devant rechercher la meilleure prévention thrombotique possible et le maximum de sécurité. Même avec une surveillance biologique régulière et appropriée des hémorragies majeures surviennent chez 2 à 3 % des patients. La commercialisation des nouveaux anticoagulants oraux n'a pas réglé tous les problèmes et les antivitamines K conservent une place de choix dans la prévention du risque embolique au cours de la fibrillation auriculaire, des cardiopathies valvulaires, des prothèses valvulaires tissulaires,

Le suivi d'un patient traité au long cours par les AVK implique une coordination étroite entre le médecin généraliste, le pharmacien, le biologiste, l'ensemble du personnel soignant. Une éducation thérapeutique du patient, de sa famille, de son entourage est indispensable. Elle comporte des entretiens renouvelés médecin ou équipe paramédicale-patient, la remise de documents écrits en particulier d'un carnet de surveillance du traitement. Le recours à un centre spécialisé, « Clinique des anticoagulants », adapté à cette surveillance, permettant des contrôles biologiques par la même équipe de laboratoire et l'avis de cardiologue ou de spécialistes de la thrombose se justifie dans des cas difficiles.

- Avant la prescription, la recherche de pathologies associées est essentielle : antécédents hémorragiques, passé digestif, ulcères gastriques ou duodénaux, etc.
- Il faut détailler les motifs de la prescription, les avantages et les risques de ces médicaments très actifs, le taux de l'INR cible
- le traitement doit être pris tous les jours à la même heure, de préférence le soir pour une mesure de l'INR le matin. Le contrôle personnalisé de l'INR doit être précisément programmé et suivi surtout en début de traitement. La tenue rigoureuse d'un carnet de suivi est indispensable où seront notés régulièrement les résultats de divers examens d'INR, les doses d'AVK en regard des INR, les événements médicaux intercurrents. L'aide du pharmacien sera souhaitée, lors du renouvellement de la prescription.

Les interactions médicamenteuses sont très fréquentes et justifient des explications détaillées au patient et à son entourage. Les associations contre indiquées seront détaillées lors de la présentation

La prescription d'un traitement par les antivitamines K, surtout chez des patients âgés à fort risque embolique et hélas hémorragique est le type même d'une prescription qui justifie une éducation rigoureuse du malade et de son entourage et une étroite coopération entre les différents acteurs de la santé.

### 3<sup>ème</sup> SESSION : Mise en perspective : les nouvelles opportunités

14 h 45

#### « *Le Dossier Pharmaceutique, un outil au service du suivi thérapeutique* »

Isabelle ADENOT, *Présidente du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens, membre de l'Académie nationale de Pharmacie*

Le Dossier Pharmaceutique (DP), dont la mise en œuvre du DP a été confiée au Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, est un outil professionnel au service du suivi thérapeutique des patients. Il est devenu essentiel et incontournable parce qu'il répond à de grands enjeux sanitaires comme le bon usage du médicament, la coordination entre professionnels de santé et le décloisonnement ville-hôpital.

Le DP recense, pour les patients qui le souhaitent, tous les médicaments délivrés au cours des quatre derniers mois, qu'ils soient prescrits par le médecin ou conseillés par le pharmacien.

Le DP permet ainsi aux pharmaciens de mieux sécuriser la dispensation des médicaments, en évitant les risques d'interaction entre les médicaments et les traitements redondants. Depuis octobre 2012 les pharmaciens des pharmacies à usage intérieur (PUI) peuvent y accéder dans les mêmes conditions que les pharmaciens d'officine, ce qui favorise une meilleure coordination des soins entre la ville et l'hôpital et sécurise la prise en charge personnalisée du patient, à l'entrée de l'hôpital.

Quelques chiffres : plus de 98 % des officines sont raccordées au DP et plus de 28 millions de patients ont ouvert un dossier ; 2,2 millions partages d'informations sont constatés chaque semaine entre pharmacies. Plus de 6 millions de DP comportent au moins une dispensation d'un médicament non remboursé ; 51 établissements de santé sont raccordés et sur les 1000 premiers patients pour lesquels ces établissements ont interrogé l'hébergeur, 60 % avaient un DP.

Depuis début 2013 et jusqu'en décembre 2014, une expérimentation, qui sera évaluée dans le programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS), ouvre aussi l'accès du DP aux anesthésistes-réanimateurs, aux urgentistes et aux gériatres.

Enfin, pour améliorer la couverture vaccinale, il est projeté que les délivrances de vaccins restent accessibles pendant la durée de vie du DP d'un patient afin que les pharmaciens puissent l'alerter au moment du renouvellement de son vaccin et l'inviter à se rendre chez son médecin.

Pour savoir précisément comment le DP est utilisé et quels sont les bénéfices apportés, un appel à projets de recherche a été lancé en vue de sélectionner une ou plusieurs équipes de recherche selon trois axes d'étude : Le DP et les interventions pharmaceutiques ; Le DP et la coordination des soins ; L'intérêt du DP dans le système de santé français. De nombreux dossiers sont parvenus au CNOP.

**Recommandations** sur l'amélioration du partage d'information entre professionnels de santé, qui pourrait être articulée autour des axes suivants :

- Le secret professionnel ne doit pas entraver la circulation de l'information dans le parcours de soins, afin que les professionnels de santé travaillent réellement en synergie autour du patient.
- Il convient d'inciter les professionnels de santé à utiliser les outils de partage d'informations dans le respect des règles.

15 h 00

#### « *Un exemple de programme régional de santé* »

Claude EVIN, *Directeur Général de l'ARS Ile de France*  
(résumé à venir)

15 h 30

#### « *Stratégie nationale de santé et médecine de parcours* »

Jean-Louis TOURAINE, *député du Rhône, secrétaire de la Commission des Affaires sociales, Vice-président de la FHF*  
(résumé à venir)

16 h 00

**Recommandations et conclusions** par les Présidents des deux Académies