

UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

ANNEE : 2023

THESE 2023/TOU3/2078

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

par

PAULINE MEILLASSOUX

**Place et rôle du pharmacien d'officine dans les parcours de soins : exemple
illustré de l'insuffisance cardiaque**

5 octobre 2023

Directeur de thèse : Aurélie Caminade

JURY

Président : Brigitte Sallerin

1er assesseur : Aurélie Caminade

2ème assesseur : Margaux Fozza

3^{ème} assesseur : Laurence Sartor

PERSONNEL ENSEIGNANT
de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques de l'Université Paul Sabatier au 1er
octobre 2020

Professeurs Emérites

| | |
|------------------|----------------------|
| Mme BARRE A. | Biologie Cellulaire |
| M. BENOIST H. | Immunologie |
| M. BERNADOU J. | Chimie Thérapeutique |
| M. CAMPISTRON G. | Physiologie |
| M. GAIRIN J.E. | Pharmacologie |
| Mme NEPVEU F. | Chimie analytique |
| M. ROUGE P. | Biologie Cellulaire |
| M. SALLES B. | Toxicologie |

Professeurs des Universités

Hospitalo-Universitaires

| | |
|------------------------|---------------------------|
| Mme AYYOUB M. | Immunologie |
| M. CESTAC P. | Pharmacie Clinique |
| M. CHATELUT E. | Pharmacologie |
| Mme DE MAS MANSAT V. | Hématologie |
| M. FAVRE G. | Biochimie |
| Mme GANDIA P. | Pharmacologie |
| M. PARINI A. | Physiologie |
| M. PASQUIER C. (Doyen) | Bactériologie - Virologie |
| Mme ROQUES C. | Bactériologie - Virologie |
| Mme ROUSSIN A. | Pharmacologie |
| Mme SALLERIN B. | Pharmacie Clinique |
| M. VALENTIN A. | Parasitologie |

Universitaires

| | |
|---------------------------|--------------------------|
| Mme BERNARDES-GÉNISSON V. | Chimie thérapeutique |
| Mme BOUTET E. | Toxicologie - Sémiologie |
| Mme COUDERC B. | Biochimie |
| M. CUSSAC D. (Vice-Doyen) | Physiologie |
| M. FABRE N. | Pharmacognosie |
| Mme GIROD-FULLANA S. | Pharmacie Galénique |
| M. GUIARD B. | Pharmacologie |
| M. LETISSE F. | Chimie pharmaceutique |
| Mme MULLER-STAU MONT C. | Toxicologie - Sémiologie |
| Mme REYBIER-VUATTOUX K. | Chimie analytique |
| M. SEGUI B. | Biologie Cellulaire |
| Mme SIXOU S. | Biochimie |
| M. SOUCHARD J-P. | Chimie analytique |
| Mme TABOULET F. | Droit Pharmaceutique |
| M. VERHAEGHE P. | Chimie Thérapeutique |

Maîtres de Conférences des Universités

Hospitало-Universitaires

| | |
|--------------------------|----------------------|
| M. DELCOURT N. | Biochimie |
| Mme JUILLARD-CONDAT B. | Droit Pharmaceutique |
| M. PUISSET F. | Pharmacie Clinique |
| Mme ROUCH L. | Pharmacie Clinique |
| Mme ROUZAUD-LABORDE C. | Pharmacie Clinique |
| Mme SERONIE-VIVIEN S (*) | Biochimie |
| Mme THOMAS F. (*) | Pharmacologie |

Universitaires

| | |
|-----------------------------|---------------------------|
| Mme ARELLANO C. (*) | Chimie Thérapeutique |
| Mme AUTHIER H. | Parasitologie |
| M. BERGE M. (*) | Bactériologie - Virologie |
| Mme BON C. (*) | Biophysique |
| M. BOUJILA J. (*) | Chimie analytique |
| M. BROUILLET F. | Pharmacie Galénique |
| Mme CABOU C. | Physiologie |
| Mme CAZALBOU S. (*) | Pharmacie Galénique |
| Mme CHAPUY-REGAUD S. | Bactériologie - Virologie |
| Mme COLACIOS C. | Immunologie |
| Mme COSTE A. (*) | Parasitologie |
| Mme DERA EVE C. (*) | Chimie Thérapeutique |
| Mme ECHINARD-DOUIN V. | Physiologie |
| Mme EL GARAH F. | Chimie Pharmaceutique |
| Mme EL HAGE S. | Chimie Pharmaceutique |
| Mme FALLONE F. | Toxicologie |
| Mme FERNANDEZ-VIDAL A. | Toxicologie |
| Mme GADEA A. | Pharmacognosie |
| Mme HALOVA-LAJOIE B. | Chimie Pharmaceutique |
| Mme JOUANJUS E. | Pharmacologie |
| Mme LAJOIE-MAZENC I. | Biochimie |
| Mme LEFEVRE L. | Physiologie |
| Mme LE LAMER A-C. | Pharmacognosie |
| M. LE NAOUR A. | Toxicologie |
| M. LEMARIE A. | Biochimie |
| M. MARTI G. | Pharmacognosie |
| Mme MONFERRAN S. | Biochimie |
| M. SAINTE-MARIE Y. | Physiologie |
| M. STIGLIANI J-L. | Chimie Pharmaceutique |
| M. SUDOR J. (*) | Chimie Analytique |
| Mme TERRISSE A-D. | Hématologie |
| Mme TOURRETTE-DIALLO A. (*) | Pharmacie Galénique |
| Mme VANSTEELANDT M. | Pharmacognosie |
| Mme WHITE-KONING M. (*) | Mathématiques |

(*) Titulaire de l'habilitation à diriger des recherches (HDR)

Enseignants non titulaires

Assistants Hospitало-Universitaires

| | |
|-------------------|----------------------|
| Mme LARGEAUD L. | Immunologie |
| M. LE LOUEDEC F. | Pharmacologie |
| M. MOUMENI A. | Biochimie |
| M. PAGES A. Mme | Pharmacie clinique |
| SALABERT A.S | Biophysique |
| Mme TRIBAUDEAU L. | Droit pharmaceutique |

Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche (ATER)

| | |
|-----------------------------|----------------------|
| M. François-Xavier TOUBLET. | Chimie thérapeutique |
|-----------------------------|----------------------|

Remerciements

Je tenais à remercier le Pr Brigitte Sallerin, *présidente de ce jury de thèse*, d'avoir accepté de lire mon travail et de présider ce jury. Votre expertise dans la pharmacie clinique et dans le domaine des pathologies cardio-vasculaires, ainsi que votre poste de professeur à la faculté de pharmacie de Toulouse, fait de vous la personne la plus qualifiée et la plus à même de présider ce jury. Veuillez trouver dans ce manuscrit l'expression de ma sincère reconnaissance.

Merci à Aurélie *d'avoir dirigé ce travail*. Merci pour ta bonne humeur, ta gentillesse, ta bienveillance et toutes les qualités qui font de toi une pharmacienne et une manager exceptionnelle. J'ai eu l'occasion de vivre une première expérience professionnelle formidable dans ton équipe, qui m'a donné envie de continuer dans la voie de l'industrie, et d'approfondir mes connaissances sur le sujet du parcours de soin insuffisance cardiaque. Merci pour ton suivi sur ce travail, pour le temps que tu m'as dédié sans compter, pour tes conseils toujours bienveillants et tes remarques constructives.

Merci à Laurence, *pour ta présence dans le jury*, et pour la relecture de cette thèse. Ton expérience en tant que pharmacienne d'officine est indispensable à l'analyse et à la discussion autour de ce travail. Merci également de m'avoir accueillie au sein de ton équipe à la Happy Pharmacie. Tu m'as permis de travailler pour la première fois en officine, et j'ai pu être formée aux côtés d'une équipe incroyable et dans une ambiance de travail que je n'ai retrouvé nulle part ailleurs. Mon expérience en tant que pharmacienne n'aurait pas été aussi complète sans ton aide.

Merci à Margaux, pour avoir été une collègue géniale, même à distance. Merci d'avoir accepté d'être présente dans ce jury, ton expérience dans le parcours de soin insuffisance cardiaque sur le secteur de Toulouse est précieuse pour analyser ce travail.

Merci à Théo, pour ton accompagnement sans faille durant mes 6 mois de stage chez Novartis, pour ton humour à toute épreuve, tes gifs, ton soutien et tes précieux conseils.

Merci à Ruth, Lisbeth, Marie, Aurélia, Adeline, pour avoir fait de mon stage une expérience unique, forte d'entraide et de bonne entente que je ne pensais pas trouver dans la sphère professionnelle.

Je vous souhaite à toutes et tous le meilleur pour la suite.

Merci à mes parents pour votre soutien depuis la première année de concours. A toi maman, qui nous a soutenu sans relâche avec Amélie, qui faisait l'aller-retour tous les week-ends, qui dormait à côté de moi dans ma toute petite chambre d'étudiante, qui m'aidait à réciter mes

cours, qui lisait calmement à côté de moi quand je dormais le temps de courtes siestes, chronométrées bien sûr. A toi et à papa pour avoir toujours posé une semaine de congés pour être avec nous pendant ces semaines de concours si difficiles. Merci d'avoir cru en nous quand nous sommes rentrées en pharmacie, merci pour votre encouragement et votre compréhension quant aux épreuves difficiles que nous avons traversées. Vous ne nous avez jamais lâché, vous avez toujours été présents et encourageants. J'espère vous rendre fiers aujourd'hui.

Merci à ma sœur Amélie, pour avoir traversé toutes ces années d'étude avec moi. Merci pour tous les conseils que tu m'as donnés, sur les profs, les cours, les TP importants, les annales, les fiches. Tous ces fous rires qu'on a eu pendant les révisions, enroulés dans nos pilous, avec ton éternel chignon posté sur le haut de la tête. Les trajets pour la fac avec la toute petite voiture de Papy, à danser et à chanter, pour oublier le temps d'un trajet ce qui nous attendait à l'arrivée. Le soulagement qu'on ressentait quand on stagnait dans les bouchons, rallongeant nos pauses si précieuses et si courtes. Merci d'avoir toujours été là pour moi, toujours à l'écoute de mes moindres soucis, problèmes de cœur, problèmes de potes, problèmes de travail. A jamais petits schtroumpfs.

Merci à Jouff, pour ton optimisme, ta gentillesse, ta tolérance, ta bonne humeur, ton humour incroyable, tout ce qui fait que tu es toi. Ne change jamais.

Merci à Jean d'être la personne avec qui je partage tout depuis 6 ans. Tu m'as toujours soutenu malgré nos vies si différentes, nos problématiques qui semblaient éloignées mais qui ont finalement tant en commun. Pour ta gentillesse, ta bienveillance, ta franchise, ton exigence à toute épreuve. Pour être la personne que tu es, et pour travailler chaque jour à m'apporter ce qu'il y a de mieux. Je t'aime.

Merci à Zoé, avec qui j'ai tant partagé. La recherche d'aventures et d'expériences, la recherche d'apaisement et de calme, tout ce qui nous conduit à la toupitude mais qui nous rapproche et se pourquoi on se soutient mutuellement depuis toutes ces années. Tu as toujours été là pour moi, depuis la 4ème année, le stage chez Servier, le voyage en Asie avorté et le voyage à venir, le quotidien à Paris. Merci d'être toi.

Merci à Clemzouille, d'être mon amie infaillible depuis la 2ème année. Pour toutes ces révisions qu'on a passées ensemble, avec tes fiches merveilleuses, ton appart si accueillant pour réviser, avec des petits trucs à manger pleins les placards, petits gâteaux, fromages en tout genre. Et puis d'être devenue cette amie véritable, celle à qui on peut tout dire et qui peut tout nous dire, celle dont l'éclat de rire est incroyablement communicatif, celle que j'ai finalement retrouvé à Paris et qui était cet élément qui manquait à mon quotidien pour être complet. Merci d'être là depuis toutes ces années

Merci à Loulou d'être là depuis maintenant 10 ans, depuis ce premier jour de la PACES, premier

jour qui nous semblait être le dernier, tant on avait l'impression de renoncer à tout. Pour ces colles qu'on faisait à écouter nos musiques préférées, rêvant d'être ailleurs, pour ces confidences dans les moments durs, qui nous rassuraient sur qui on était. Pour la personne merveilleuse que tu étais et que tu es devenue. Pour être mon meilleur ami depuis tout ce temps.

Merci à Dédé d'être une amie exceptionnelle. Merci pour nos discussions sans fin, pour tes sessions infodédé, pour ton humour, ta curiosité, ta personnalité incroyable. Tu m'inspires et je suis plus qu'heureuse de t'avoir dans ma vie.

Merci à Marie pour être à ce jour ma plus vieille amie. Merci d'être revenue dans ma vie, de t'y être intégrée comme si c'était hier, merci pour tes sessions psychanalyses, pour ton écoute, tes conseils bienveillants et précis, pour ton empathie et ton petit grain de folie.

A mes amies Ksenia et Natalia, merci de faire de mon quotidien à Paris un bonheur à vivre. Merci d'être les personnes extraordinaires, drôles, incroyables, surprenantes, cultivées que vous êtes. Merci d'être vous.

Merci à ma binôme Louise, pour notre entraide durant toutes ces années, pour toutes ces sessions de TP galères mais si drôles, pour l'amitié qui est née et qui perdure malgré la distance.

Merci à toutes mes amies, la Bande à Basile, Clemzouille, Clem P, Clairon, Louise, Amélie, Zoé, Mimi, Maëva. Pour les fous rires, pour le marché noir tous les soirs, le jeu de cartes, la tombola, les soirées au Bikini, et le précieux soutien qu'on s'est apporté mutuellement toutes ces années.

Table des matières

| | |
|--|----|
| Abréviations | 8 |
| I. Introduction | 9 |
| I.1 Les différents parcours | 9 |
| I.1.1 Le parcours de soin | 10 |
| I.1.2 Parcours de soin coordonné | 11 |
| I.1.3 Le parcours de santé | 11 |
| I.1.4 Le parcours de vie | 12 |
| I.1.5 Le parcours comptable..... | 12 |
| I.2 Les lois relatives aux parcours de soins | 13 |
| I.2.1 Loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie | 14 |
| I.2.2 Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire de 2009 | 14 |
| I.2.3 Loi Financement de la Sécurité Sociale 2016..... | 15 |
| I.2.4 Ma santé 2022 | 16 |
| I.3 L'insuffisance cardiaque..... | 18 |
| I.3.1 Étiologies..... | 18 |
| I.3.2 Les étapes de la prise en charge de la maladie..... | 19 |
| I.4 Le pharmacien d'officine dans le parcours de soin IC..... | 21 |
| II. Méthode | 23 |
| III. Le système des parcours en France | 24 |
| III.1 Les acteurs des parcours..... | 26 |
| II.2.1 Les acteurs en ville | 26 |
| II.2.2 Les acteurs hospitaliers..... | 37 |
| II.2.3 Autres acteurs | 40 |
| III.2 Les outils à disposition | 46 |
| III.3.1 L'organisation des soins sur le territoire..... | 46 |
| III.3.2 Le Programme de Retour A Domicile (PRADO) | 52 |
| III.3.4 Le numérique en santé | 53 |
| IV. Le point de vue des usagers..... | 59 |
| IV.1 Renoncement aux soins..... | 60 |
| IV.1.1 Le facteur financier | 60 |
| IV.1.2 Le non-recours aux aides | 60 |

| | |
|--|----|
| IV.1.3 Le facteur socio-culturel | 61 |
| IV.2. Étude qualitative des acteurs de terrain | 61 |
| V. Discussion | 68 |
| V.1 Le décloisonnement du système | 68 |
| V.2 Les outils à disposition | 69 |
| V.3 La coordination des acteurs..... | 70 |
| V.4 Renoncement aux soins..... | 72 |
| VI. Conclusion..... | 74 |
| Bibliographie | 75 |

Abréviations

ALD : Affection Longue Durée

AM : Assurance maladie

ARA II : Antagoniste des Récepteurs à l'Angiotensine II

ARS : Agence Régionale de Santé

BPM : Bilan Partagé de Médication

CAQES : Contrats d'Amélioration de la Qualité et de l'Effcience des Soins

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CSP : Code de la Santé Publique

DMN : Dispositifs Médicaux Numériques

DMP : Dossier Médical Partagé

ESS : Equipes de Soins Spécialisées

ETAPES : Expérimentations de la Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours en Santé

FEVG : Fraction d'Ejection Ventriculaire Gauche

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patients Santé et Territoires

IC : Insuffisance cardiaque

IEC : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion

IPA : Infirmier de Pratique Avancée

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MSP : Maisons de Santé Pluri professionnelles

PPS : Plan Personnalisé de Santé

PRADO : Programme de Retour A Domicile

I. Introduction

La notion de parcours de soin est apparue dans les années 2000, et est devenue une notion clé des dernières politiques de santé.

Le parcours de soin, tel que défini par le Ministère des solidarités et de la santé, doit permettre d'avoir une approche globale mais graduée de la prise en charge des patients.(1)

Il est sensé pallier le cloisonnement des différents secteurs d'activité de notre système de santé, qui constitue un frein et une perte de chance pour les patients.

Le parcours doit permettre de mobiliser les acteurs du système de santé contre la discontinuité et les ruptures techniques, administratives, socio-économiques.

Ce travail cherche à établir dans un premier temps un bilan des parcours de soin en France, puis de définir la place et le rôle du pharmacien d'officine en tant qu'acteur de première ligne.

Nous expliquerons dans un premier temps les notions de parcours de vie, de santé et de soin et les enjeux financiers de ceux-ci. Nous détaillerons leur cadre législatif, les acteurs, ainsi que les outils institutionnels et organisationnels qu'ils ont à disposition.

Enfin, nous nous pencherons sur le rôle du pharmacien d'officine et son périmètre d'action, pour tenter d'en dégager les problématiques et les potentiels axes d'amélioration.

I.1 Les différents parcours

La définition de parcours telle qu'elle est décrite dans le dictionnaire est la suivante : « Itinéraire à suivre ou trajet suivi par quelqu'un ; ensemble des étapes par lesquelles passe quelque chose ; ensemble des étapes, des stades par lesquels passe quelqu'un ».

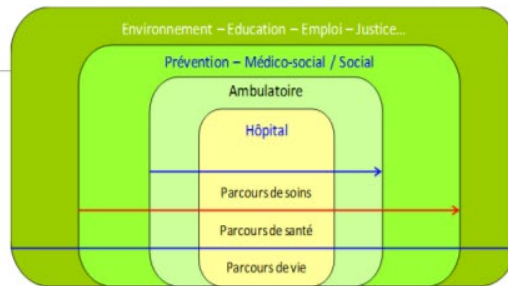
L'objectif lorsqu'on parle de parcours dans le domaine de la santé est d'optimiser la prise en charge des patients, à chaque étape de la maladie à laquelle ils sont confrontés.

Cette notion a été évoquée en premier lieu dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie.(2) Elle faisait référence à une filière de prise en charge, notamment pour l'accès aux consultations de spécialistes dans le secteur ambulatoire.

Depuis, d'autres termes ont été accolés au concept de parcours : parcours de soin, parcours de vie, parcours de santé, parcours coordonné... pouvant le rendre assez flou.

Ce travail ayant pour objet de comprendre et d'analyser ces notions, il paraît nécessaire de les redéfinir dans un premier temps.

DEFINITIONS



Parcours de soins : soins de premier et second recours, hospitalisation, hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation, unité de soins de longue durée,...

Parcours de santé : parcours de soins articulé en amont avec la prévention primaire et sociale et en aval, avec l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile

Parcours de vie : parcours de la personne dans sa globalité : santé, environnement, scolarisation, travail, logement,...

Présentation Atelier 4 Pr. O. Hanon - APHP - oct. 18

Image 1 : Source : Synthèse des travaux – Ateliers « Parcours des personnes âgées » - Ministères des solidarités et de la santé – Octobre 2018

I.1.1 Le parcours de soin

Le parcours de soin correspond au parcours que va suivre la personne une fois qu'elle a fait son entrée dans la maladie. Il représente son changement d'état, de personne à patient, changement d'autant plus important dans le cadre des pathologies chroniques.

Le parcours comprend, de manière non exhaustive : les consultations, les actes techniques et biologiques, les traitements médicamenteux ou non, les prises en charge d'épisodes aigus, et les prises en charge médico-sociales.

Le parcours de soin a été instauré par la loi du 13 août 2004 et vise à assurer à chaque usager un suivi médical coordonné, un contrôle strict du dossier médical et une prévention individualisée.(3) Il doit permettre l'accès à une première consultation et, si nécessaire, l'accès à d'autres structures de soins : hospitalisation programmée ou non (urgence), Hospitalisation A Domicile (HAD), Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), Unité de Soins de Longue Durée (USLD) et Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

I.1.2 Parcours de soin coordonné

La notion de parcours coordonné s'ajoute à celle du parcours de soin. Il est centré autour du médecin traitant, qui joue alors un rôle de coordinateur principal et de porte d'entrée vers le parcours de soins.

Cette coordination par le médecin traitant est une condition au remboursement au taux maximal des soins et à l'accès aux autres étapes du parcours.

La coordination représente un enjeu majeur de l'organisation des soins en parcours. Les activités collectives représentées par le système de soins nécessitent un niveau de coordination important. Cependant, les critiques faites à l'encontre de notre système de santé, dénoncent justement une organisation fortement cloisonnée, et qui de ce fait se retrouve dans l'incapacité de répondre aux besoins d'aujourd'hui.(4)

Le décroisement de notre système de santé semble de ce fait être un enjeu essentiel.

Les usagers doivent naviguer dans un système de plus en plus complexe, avec notamment un haut degré de spécialisation des professionnels de santé (spécialités médicales, mais aussi toutes les professions paramédicales, pharmaceutique etc.) et des pathologies chroniques qui nécessitent une prise en charge globale et paradoxalement spécifique.

I.1.3 Le parcours de santé

Il est défini comme la prise en charge globale du patient au plus près de son lieu de vie, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, de la promotion de la santé, du sanitaire, du médico-social, du social et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement.

Concernant l'ensemble des déterminants de santé, il assure dans la durée la prise en charge la plus adaptée, la plus globale et la plus harmonieuse pour le patient.

L'organisation des parcours doit permettre la mise en œuvre « appropriée ou pertinente » des interventions en santé, gage d'efficacité, de sécurité et de satisfaction du patient, mais aussi d'efficacité, d'équité, d'accessibilité et de continuité des soins.(3)

Le parcours de santé souhaite apporter une réponse aux besoins de prévention et aux besoins sociaux et médico-sociaux, élargissant ainsi la vision du patient au-delà des critères sanitaires.

I.1.4 Le parcours de vie

Le parcours de vie intègre les parcours de soins et de santé.

Il est une réponse plus globale aux besoins de la personne dans son environnement. Il intègre l'ensemble des acteurs de la sphère sociétale et notamment l'éducation et l'emploi. Il désigne le modèle socioculturel qui organise la trajectoire de vie des individus dans une société.

Le parcours de vie reflète ainsi une prise en charge qui prend en compte les choix de vie du patient. Il fait référence à la situation d'une personne dans son ensemble : projet de vie personnel, autonomie dans la vie quotidienne, état de santé, environnement familial et social, ressources...(3)

Identifier ces dimensions, qui sont amenées à évoluer, permet d'ajuster les modalités d'accompagnement et de le rendre plus personnel.

I.1.5 Le parcours comptable

Les notions de parcours telles qu'on les a définies plus haut s'intéressent aux sphères sanitaire, médicale, et sociale. Cependant, il ne faut pas négliger l'objectif économique inhérent à la mise en place des parcours.

Rationalisation par le parcours de soin

Le parcours de soin a pour objectif une rationalisation des soins, et une maîtrise des dépenses de santé.

En effet, les pathologies chroniques coutent extrêmement chères à l'Assurance Maladie (AM), et l'Insuffisance Cardiaque (IC) ne fait pas exception : 1,5 millions de patients sont concernés, 16% d'entre eux sont âgés de 85 ans et plus.

Le nombre d'hospitalisations annuelles est de 165 000, ce qui représente un coût de prise en charge d'environ 3 milliards d'euros.(5)

La maîtrise des dépenses est donc un enjeu primordial, auquel les politiques de santé tentent de répondre en améliorant le parcours des patients dans le but de diminuer les ré hospitalisations.

L'impact des actions mises en œuvre selon les notions de parcours serait estimé à 15 millions d'euros en visant une réduction des hospitalisations potentiellement évitables de 15%.

Des indicateurs quantitatifs ont été anticipés : mortalité, suivi d'un processus de réadaptation cardiaque, taux d'hospitalisation et de ré hospitalisation.(5)

Dimension tarifaire du parcours de soin coordonné

Il a pour but de mieux structurer l'accès aux soins de premier recours notamment en responsabilisant le patient par une incitation plus qu'évidente à passer par le médecin traitant pour obtenir le remboursement maximal de ses soins.

La complexité d'intégration dans un parcours de santé pour certains patients est amplifiée par cette contrainte financière : 5,4 millions de personnes n'avaient pas de médecins traitants en France en 2019, soit 10% de la population française. Un nombre non négligeable d'entre eux seraient de plus en situation d'Affection Longue Durée (ALD). Ce sont donc des patients qui nécessitent d'autant plus une coordination et d'une collaboration entre les différents acteurs de leur parcours.

Plus de la moitié d'entre eux ont été identifiés comme étant pourtant à la recherche d'un médecin généraliste qui accepterait ou aurait la capacité de les accepter dans sa patientèle. Environ 44% des médecins généralistes ne seraient pas en mesure d'accepter de nouveaux patients.(6)

Les concepts de parcours ayant été repris dans cette première partie, deux enjeux principaux liés à cette problématique organisationnelle apparaissent : l'enjeu de santé publique, et l'enjeu économique.

Au travers de l'IC, analysons comment les parcours tentent de répondre à ces problématiques, et quel est le rôle du pharmacien d'officine dans cette organisation.

I.2 Les lois relatives aux parcours de soins

La notion de parcours est apparue dans les discours publics et dans les textes de lois depuis plusieurs années.

Les efforts des pouvoirs publics se sont longtemps consacrés à rendre cohérente l'offre de soins et de service, en créant des dispositifs de coordination, des filières et des réseaux de soins.

La notion de parcours implique de replacer le patient au centre du système, et de chercher à l'adapter le système au patient, et non plus l'inverse.

L'objectif des politiques de santé est de définir un cadre législatif autour des prises en charge, et d'organiser le système pour qu'il soit plus accessible et compréhensible pour les usagers.

Nous verrons que plusieurs lois ont repris la notion de parcours, et qu'elles ont cherché, les unes après les autres, à optimiser l'organisation des soins.

I.2.1 Loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie

C'est la loi qui va mettre en place le parcours de soins coordonné, qui consiste à confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé d'un même assuré.(7)

L'objectif est la rationalisation des soins, et finalement la maîtrise des dépenses.

Les patients sont dans l'obligation, sauf cas particuliers (rendez-vous chez l'ophtalmologue, chez le gynécologue, et le psychiatre) de respecter ce parcours de soin, au risque de s'exposer à des majorations financières.

Le médecin traitant est défini comme la porte d'entrée dans le système de soin pour le patient.

Il est primordial que chaque assuré ait un médecin traitant, et que dans l'idéal, la relation médecin-patient soit entretenue, pour permettre une organisation et un suivi des soins optimal. Cette loi va également promouvoir la mise en place du Dossier Médical Partagé (DMP), qui permet de consigner toutes les informations du patient (traitements, soins...), lisibles par tous les professionnels de santé, sur autorisation du patient. Il est sensé simplifier l'échange d'informations entre professionnels.(7)

I.2.2 Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire de 2009

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST) de juillet 2009 va approfondir la notion de parcours, et définir un cadre autour de cette nouvelle approche.(8)

La loi va mettre l'accent sur la coordination des intervenants, entre les soins de premier recours, centrés sur le médecin généraliste qui assure l'orientation du patient, et les soins de second recours, dispensés par les médecins spécialistes et les établissements de santé.(9)

L'organisation des soins est clarifiée, l'objectif étant de mieux articuler les établissements de santé, la médecine de ville et le secteur médico-social, pour désengorger les services d'urgence.

La loi souhaite mettre en place l'organisation d'une permanence des soins ambulatoires assurée par les médecins généralistes de ville, et souhaite développer l'exercice regroupé des professionnels. Celui-ci sera sous la forme de Maisons de Santé Pluri professionnelles (MSP), de centres et pôles de santé pour les soins de premier recours, et de réseaux de santé pour coordonner les soins et les intervenants.(9)

De plus, la télémédecine y est décrite comme une nouvelle modalité de prise en charge. Elle permettrait de renforcer la communication entre la médecine de ville et l'hôpital, pour favoriser le suivi d'hospitalisation et la coordination de la prise en charge.

Enfin, la loi HPST cherche à mettre l'accent sur l'intégration du patient dans un parcours de soin continu et cohérent, en y intégrant la prévention et la santé publique. L'éducation thérapeutique

est définie comme une priorité de la politique nationale, ce qui rend compte de l'importance de rendre le patient acteur de son parcours.

Cette loi développe également la prévention de facteurs de risques environnementaux et nutritionnels.(9)

1.2.3 Loi Financement de la Sécurité Sociale 2016

En 2016, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) a créé les Contrats d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES), qui sont des contrats tripartites qui lient l'ARS, l'organisme local d'AM et les établissements de santé.

Ils ont pour objectif l'amélioration des pratiques, la régulation de l'offre de soins et l'effizienz des dépenses de l'AM. Pour cela, ils définissent sur la base d'un constat partagé, les engagements et les objectifs de l'établissement de santé et des professionnels qui y exercent.

Ce contrat permet d'harmoniser et de fusionner dans un format unique l'ensemble des dispositifs contractuels existants dans les établissements : contrat de bon usage, contrat pour l'amélioration de la qualité et l'organisation des soins, le contrat de pertinence des soins, le contrat d'amélioration des pratiques en établissements de santé.

Le CAQES fait l'objet d'une refonte (article 64 LFSS) depuis 2018 visant à simplifier le dispositif et à accompagner les établissements dans des objectifs prioritaires de pertinence et d'effizienz des prescriptions et des parcours pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Il se compose de 3 volets :

Volet 1 - Produits de santé

Volet 2 - Organisation des soins (dont transport)

Volet 3 - Pertinence des actes, prescriptions et prestations



Ce contrat concerne uniquement les établissements ciblés par les indicateurs nationaux et/ou régionaux.

Grâce à ce ciblage, les ARS vont se rapprocher de ces établissements pour établir un contrat (il sera personnalisé en fonction des indicateurs nationaux et/ou régionaux que l'établissement souhaite surveiller) dans le but de diminuer les dépenses non justifiées et d'augmenter l'efficacité des services et le parcours de soin des patients.

Dans le cas de l'IC, une nécessité de renforcer la coordination entre la ville et l'hôpital est primordiale. En effet, 50% des séjours hospitaliers sont potentiellement évitables et 13% des patients hospitalisés sont réhospitalisés dont la moitié dans les 3 mois suivant la sortie du premier séjour.

Un indicateur national dans le volet de « Pertinence des actes » du CAQES 2022 ciblant les réhospitalisations à 3 mois des patients pour décompensation d'IC est présenté. Il appuie l'importance accordée, par les institutions, sur la réévaluation de l'IC chez les patients diagnostiqués. En participant à la transition entre l'hôpital et le domicile, cet indicateur constituera un levier complémentaire au levier ambulatoire pour améliorer le parcours insuffisance cardiaque.(10) (11)

I.2.4 Ma santé 2022

Ma Santé 2022 va poursuivre l'organisation des parcours de soin, en créant des outils de territoires pour promouvoir une prise en charge globale et pluridisciplinaire.

Elle va promouvoir entre autres un financement au forfait pour la prise en charge à l'hôpital des pathologies chroniques, qui s'étendra par la suite à la prise en charge en ville, dans le but de mettre en place une meilleure coordination ville-hôpital.(12)

Cette réforme du financement est importante, car elle permet d'orienter la réflexion autour du paiement à l'acte, et proposerait une rémunération au forfait pour certaines pathologies chroniques, ainsi que des primes à la qualité.

Elle essaie d'adapter le système, par son financement, à la prise en charge de pathologies chroniques, et éviter la redondance d'actes inutiles, ou de consultations ponctuelles.

La réforme comporte 5 modalités :

- Le paiement au suivi du patient, adapté aux pathologies chroniques
- Le paiement à la qualité et la pertinence
- Le paiement pour la structuration de service, avec une adaptation particulière au domaine de la psychiatrie, pour lequel l'accès aux soins nécessite d'être amélioré
- Le paiement groupé à la séquence de soins, qui a pour but de favoriser la coopération des acteurs
- Une part de paiement à l'acte et aux séjours, pour les épisodes aigus.(13)

Elle va également déployer 1000 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) qui permettent de mieux coordonner les actions des professionnels de santé, et ainsi structurer les parcours de santé.

Les CPTS sont composées de professionnels de santé regroupés en équipes de soins primaires, d'acteurs de premier ou de deuxième recours et d'acteurs médico-sociaux et sociaux. Les membres de la CPTS formalisent alors un projet de santé qui sera transmis à l'Agence Régionale de Santé (ARS).(14)

La loi définit une nouvelle organisation déclinée en trois niveaux :

- Les soins de proximité, qui seront dispensés dans les hôpitaux de proximité
- Les soins spécialisés, dispensés par les médecins spécialistes et hospitaliers
- Les soins ultraspecialisés, qui nécessitent des compétences particulières et qui seront concentrés dans certains établissements seulement (Centres Hospitaliers Universitaires, Centre de Lutte Contre le Cancer...)

Cette nouvelle organisation est dépendante des ARS, qui définiront des projets de santé régionaux ou territoriaux, dont le but est de réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé, d'améliorer l'accès des personnes démunies à la prévention et aux soins, de renforcer la coordination, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales, ainsi que d'organiser des parcours de santé, notamment pour les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie.(14)

Enfin, la loi Ma Santé 2022 compte s'appuyer sur les services offerts par le numérique, dans le but de faciliter et de mieux coordonner l'activité des professionnels de santé.

Il s'agit d'outils tels que la prescription dématérialisée, la télémédecine et le télé soins pour les professionnels paramédicaux.

Chaque français bénéficie normalement d'un espace numérique de santé depuis la fin de l'année 2022, Mon espace santé. Les données de santé devront être traitées et analysées dans le but d'optimiser la prise en charge en facilitant d'échange d'information.

Tous les usagers qui disposaient déjà d'un DMP avant le 1er juillet 2021 retrouvent automatiquement leur dossier et leurs données de santé qui y sont stockées dès l'activation de Mon espace santé.

I.3 L'insuffisance cardiaque

L'IC est une pathologie intéressante à étudier lorsqu'on réfléchit aux problématiques de santé publique.

Il s'agit d'une maladie fréquente et grave, à forts enjeux de santé publique : elle toucherait en France entre 2,3% et 3,6% de la population adulte, et 10% des personnes de plus de 70 ans, ce qui représente plus d'un million de personnes.

L'IC en quelques chiffres clés :

- 120 000 nouveaux cas par an, un chiffre en augmentation depuis 4 ans (+ 25 %)
- plus de 1000 personnes hospitalisées par an (L'IC représente la 1ère cause d'hospitalisation après 65 ans)
- plus de 70 000 décès par an.(15)

Par ailleurs, malgré ces chiffres édifiants, il est estimé qu'entre 400 000 et 700 000 personnes seraient non diagnostiquées (données SFC).

D'un point de vue financier, entre 2012 et 2017, les dépenses affectées aux maladies cardio-vasculaires ont augmenté de plus de 2 milliards d'euros et plus de 565 000 personnes supplémentaires ont été prises en charge pour ces maladies.

Aujourd'hui, 12,6% des dépenses de notre système de santé sont imputables aux maladies cardio-vasculaires, et elles représentent le poste le plus important de dépenses au sein de la consommation de biens et services médicaux hors prévention).(16)

En 2017, 140 milliards d'euros ont été remboursés par le régime général pour la prise en charge de près de 57,6 millions de personnes : l'insuffisance cardiaque représente 2,3 milliards d'euros de ces dépenses.

Ces dépenses augmentent en lien avec le vieillissement de la population et du nombre de personnes concernées par les pathologies chroniques.

I.3.1 Étiologies

La cause principale de l'IC est une cardiopathie ischémique, dont l'infarctus du myocarde est le plus fréquent. Les lésions causées sont irréversibles et sont responsables d'un dysfonctionnement du cœur. Une angine de poitrine grave peut également se compliquer d'IC.

La deuxième cause est l'hypertension artérielle, qui lorsqu'elle n'est pas contrôlée, peut être responsable d'un affaiblissement du muscle cardiaque, qui conduit à une insuffisance cardiaque.

On peut identifier d'autres causes plus rares :

- Troubles du rythme et de la conduction, dont la Fibrillation Auriculaire (FA)
- Anomalies des valves cardiaques
- Mycardiopathies génétiques, post-infectieuse, iatrogénique, post-radiothérapie thoracique, dues à une consommation excessive d'alcool ou de drogues
- Maladie des poumons : BPCO, hypertension artérielle pulmonaire
- Hyperthyroïdie, lupus (15)

I.3.2 Les étapes de la prise en charge de la maladie

Le diagnostic

La première étape pour prendre en charge une IC est le diagnostic et pour cela, deux conditions sont nécessaires :

- Que le patient soit alerté par les signes cliniques et aille consulter
- Que le professionnel de santé envisage ce diagnostic

Les signes cliniques évocateurs de l'IC sont les suivants : essoufflement au repos ou à l'effort, orthopnée, toux nocturne, fatigue, difficulté à réaliser les activités quotidiennes.

Une électrocardiographie Doppler permet de confirmer le diagnostic. Elle peut être réalisée par le médecin traitant s'il est équipé, dans le cas contraire, il doit orienter le patient vers un cardiologue spécialiste qui réalisera l'examen.(15)

La prise en charge

Une fois le diagnostic établi, un bilan clinique et une évaluation de la sévérité de la maladie va permettre de définir le pronostic et la prise en charge adaptée.

L'annonce du diagnostic est un moment particulier : il sera différent selon le stade et le pronostic mais il prendra aussi en compte la représentation que se fait le patient de la maladie, son comportement et celui de son entourage. Philippe Muller, représentant de l'association de patients Soutien à l'insuffisance cardiaque : « *Il faut bien se rendre compte que le diagnostic nous plonge dans un état de sidération qui peut durer longtemps. Nous devons réaliser un changement profond de notre mode de vie. C'est cela qui nous préoccupe, plus que les recommandations, souvent reçues comme des injonctions !* » (17)

En ce qui concerne les recommandations, la prise en charge de l'IC est principalement médicamenteuse et consiste en un traitement pharmacologique symptomatique. Voir Annexe 1. Les objectifs sont (18):

- Améliorer la qualité de vie
- Soulager les symptômes (essoufflement, fatigue, œdèmes, etc.)
- Gérer au mieux les activités de la vie quotidienne
- Réduire la mortalité et ralentir la progression de la maladie.
- Prévenir les épisodes de décompensation et réduire le nombre et la durée des hospitalisations.

On estime à environ 60% de cas d'IC qui sont à fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) réduite ($\leq 40\%$), ou modérément réduite ($41\% \leq FEVG \leq 49\%$). (19)

Le traitement standard est constitué de :

- d'un Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion (IEC) ou d'un Antagoniste des Récepteurs à l'Angiotensine II (ARA II) en cas d'intolérance aux IEC
- un bêtabloquant chez les patients cliniquement stables, à dose progressive
- un antagoniste des récepteurs aux minéralo-corticoïdes (ARM) et inhibiteurs des récepteurs du SGLT2 (glifozines)
- un diurétique (en cas de signes de congestion).

Il est également recommandé de proposer les vaccinations antigrippale tous les ans, antipneumococcique tous les 5 ans, anti-Covid 19, ainsi que de prendre en charge les pathologies potentiellement associées, telles qu'une carence martiale, une maladie coronaire, une hypertension artérielle, ou une fibrillation auriculaire.

L'évaluation des besoins du patient est réalisée pour définir des modalités de suivi. La prise en charge non médicamenteuse doit prendre en compte les conséquences de la pathologie sur les activités quotidiennes, sur les comorbidités qui sont associées, sur les attentes du patient, sur sa capacité à moduler son mode de vie, et les freins à une prise en charge qui peuvent survenir.

L'éducation thérapeutique est extrêmement utile dans ce type de prise en charge : l'IC est une pathologie grave, chronique et contraignante pour les patients. Il est nécessaire de connaître l'état préalable du patient concernant ses habitudes alimentaires, ses activités physiques et ses potentiels troubles psychiques, pour pouvoir l'informer et l'orienter correctement dans sa prise en charge.

L'éducation thérapeutique comporte des informations sur (20) :

- l'insuffisance cardiaque et ses symptômes
- les thérapeutiques prescrites, les effets indésirables possibles du traitement, la planification des examens de routine ou de dépistage de complications éventuelles et les résultats de ces examens

- les traitements à interrompre dans la mesure du possible et les médicaments à éviter (suppléments potassiques, AINS, inhibiteurs calciques).

Il est important de concilier la prise en charge médicamenteuse avec une adaptation du mode de vie, comprenant l'apprentissage de règles nutritionnelles et les gestes techniques (autosurveillance du poids hebdomadaire, de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle), la pratique d'une activité physique régulière et adaptée, ainsi que la maîtrise du poids (notamment en cas d'obésité) et la suppression du tabac. (20)

Un des risques de l'IC chronique est l'épisode aigu : la décompensation. C'est ce risque qui conduit le patient à être hospitalisé, voir ré hospitalisé. La prévention de la décompensation est un enjeu majeur de la prise en charge, du point de vue de la qualité de vie du patient, et d'une maîtrise des coûts car les hospitalisations coûtent très cher, particulièrement si le sujet est âgé, poly pathologique, et risque une hospitalisation longue. La prise en charge doit être pluridisciplinaire.

Le pharmacien d'officine a un rôle à jouer en tant que professionnel de santé de proximité, dans le dépistage, le suivi des personnes à risque, ainsi que le suivi médicamenteux. Les traitements à mettre en place sont complexes et nécessitent une titration régulière pour optimiser les effets médicamenteux. Ce suivi est favorisé par une collaboration entre les différents acteurs de santé.

1.4 Le pharmacien d'officine dans le parcours de soin IC

Le pharmacien d'officine joue un rôle primordial dans la prise en charge des pathologies chroniques.

La pharmacie d'officine, par sa proximité avec les patients, est une porte d'entrée accessible au système de soins, et fait du pharmacien un acteur incontournable de la coordination des soins.

De plus, le rôle du pharmacien est en perpétuel évolution, dans le but de répondre au mieux aux besoins du système de santé et des patients.

Tout d'abord, dans la loi HPST apparaissent les notions relatives au conseil pharmaceutique dans le premier recours aux soins, et également les nouvelles missions du pharmacien qui sont les suivantes : « Au regard des nouveautés législatives, l'équipe officinale pourra prendre en charge le patient en coordination avec les autres professionnels de santé :

- En participant à la prévention, au dépistage, aux missions d'information dans le cadre de la protection sociale,
- En tant que professionnels de santé de premiers recours,
- En s'investissant dans le suivi des traitements des patients chroniques,

- En s'investissant dans l'éducation thérapeutique des patients, les programmes d'aide à l'observance et d'évaluation des traitements (éducation sanitaire)
- En sortie d'Hospitalisation (coordination Hôpital-Ville et extension à la ville des OMEDIT).
- Au sein des EHPAD
- Dans le cadre du MAD et du HAD
- En concourant à la pharmacovigilance (veille sanitaire)
- En étant un poste avancé de premiers secours »

Article 38 relatif au rôle du pharmacien d'officine et à ses nouvelles missions, loi HPST 2009.

Ces nouvelles missions valorisent et structurent le rôle du pharmacien dans le parcours de santé, notamment par les missions de prévention et d'entretien, qui favorisent la prise en charge globale et en amont.

Dans les dernières actualités, une convention majeure organisant les rapports entre l'AM et les pharmaciens d'officine a été signée en mars 2022. Ce texte pérennise dans un premier temps le rôle qu'a joué le pharmacien au cours de la crise sanitaire, notamment en matière de vaccination et de prévention. Il reprend également l'implémentation numérique dans la pratique pharmaceutique, avec l'espace numérique de santé et la e-prescription.

Enfin, la convention renforce le rôle du pharmacien dans la coordination interprofessionnelle, lui permettant de contribuer à l'accompagnement en sortie d'hospitalisation et de coconstruire un parcours sans rupture.(21)

La reconnaissance et notamment l'encadrement légal du rôle du pharmacien dans le parcours de santé est primordial. Dans un contexte de démographie médicale qui ne cesse de chuter, s'appuyer sur les ressources humaines disponibles, et les compétences de chacun pourrait permettre de répondre aux mieux aux besoins actuels.

Dans le cadre de l'IC, l'AM encadre le rôle du pharmacien d'officine comme suit :

- Dans le dépistage : vigilance dans l'apparition des signes d'alerte, et une vigilance particulière dédiée aux personnes de 60 ans et plus, porteuses d'une insuffisance cardiaque connue ; porteuses d'une maladie cardiovasculaire à risque fréquent de constitution d'une IC ; porteuses d'une maladie non cardiovasculaire à risque fréquent de constitution d'une IC.
- Dans le suivi du patient, dans le but de suivre son évolution pour prévenir les décompensations. Le pharmacien joue un rôle d'information en ce qui concerne la prévention, notamment dans le conseil concernant les vaccinations adéquates. Il doit enfin identifier et réduire le risque iatrogène, et penser au bilan partagé de médication pour les patients éligibles.(22)

II. Méthode

Ce travail repose sur des données de la littérature et des études qualitatives.

Je me suis appuyée dans un premier temps sur les données institutionnelles mises en ligne par le ministère de la Santé et des solidarités, pour avoir une base de connaissances sur les notions de parcours et les mesures mises en place pour les promouvoir. Il me fallait comprendre les objectifs des politiques de santé en matière d'organisation de l'offre de soin et d'objectifs financiers, enjeux principaux de la mise en place de parcours.

A la suite de cela, j'ai étudié la littérature afin d'acquérir un regard critique sur les parcours de santé. J'ai consulté de nombreux ouvrages mis en ligne sur le portail web Cairn, qui rassemble des revues et ouvrages en sciences humaines et sociales. L'objectif était en effet d'aborder l'aspect sociologique des parcours, du fait de la vision globale qu'ils cherchent à appréhender pour une meilleure prise en charge des patients, au-delà de l'aspect purement médical.

Ayant réalisé mon stage dans l'industrie pharmaceutique, sur le sujet du parcours de soin en IC, j'ai pu être sensibilisée à l'organisation des soins en parcours, notamment au niveau hospitalier.

J'ai interrogé un cardiologue libéral, un médecin traitant, un pharmacien d'officine impliqué dans une CPTS, et un responsable d'association de patients, que j'ai inclus dans mon analyse des parcours.

Ces éléments, associés à l'étude de la littérature, m'ont permis d'accéder à une vision plus concrète des parcours de santé et de soin, et m'ont permis d'en faire une critique plus éclairée.

III. Le système des parcours en France

Afin d'introduire la description des parcours de soin en France, et particulièrement celui de l'IC, nous pouvons nous appuyer sur ce schéma de l'AM. Celui-ci décrit les étapes du parcours et identifie les points critiques.

Le pharmacien, officinal ou clinicien, intervient à chaque étape de ce parcours, et pourra participer à l'évaluation et à la résolution des points de rupture.

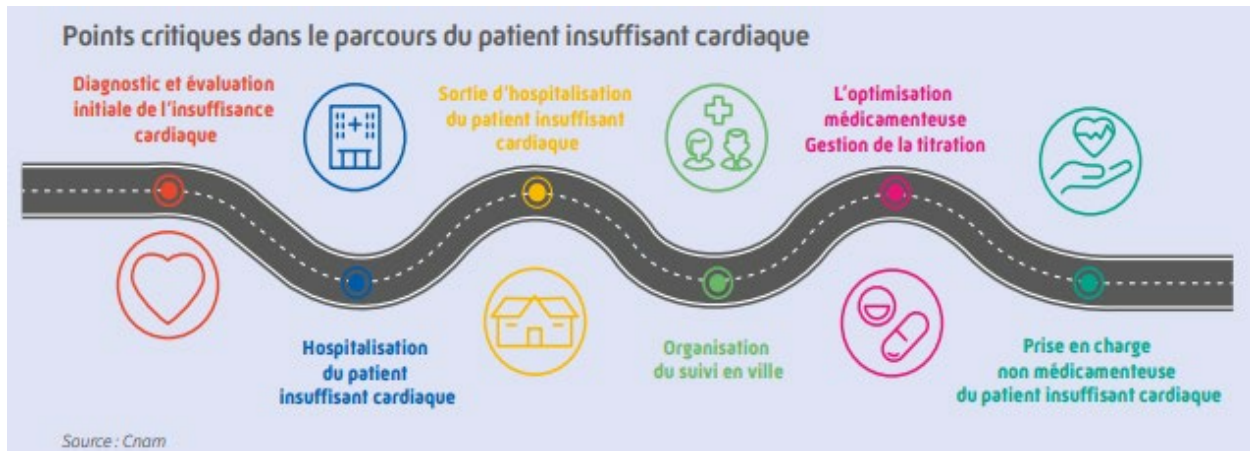


Image 2 : Points critiques dans le parcours du patient insuffisant cardiaque, CNAM

Le premier point critique est relatif à la première étape du parcours que représente le diagnostic, associé au dépistage et à l'orientation du patient. Nous verrons que le pharmacien d'officine y joue un rôle clé.

Le deuxième point critique se situe au moment de l'hospitalisation pour décompensation. L'hospitalisation peut être le démarrage du parcours de soin si le diagnostic n'a pas été réalisé en amont. C'est à cette étape qu'intervient le pharmacien clinicien, avec la mise en place de la conciliation médicamenteuse d'optimisation thérapeutique associée à un travail pluridisciplinaire.

La sortie d'hospitalisation représente un troisième point critique, et implique également le pharmacien clinicien, pour son rôle dans l'éducation thérapeutique du patient, et la conduite de l'entretien pharmaceutique de sortie.

L'objectif est de préparer au mieux le retour en ville. Le pharmacien peut participer à la coordination ville-hôpital, notamment en envoyant la synthèse de la conciliation médicamenteuse au pharmacien d'officine et au médecin traitant.

En effet, le relai ville-hôpital constitue le dernier point de rupture. Le pharmacien d'officine est parmi les premiers professionnels de santé sollicités à la sortie d'hospitalisation, afin de délivrer son traitement au patient. Il est par ailleurs désormais intégré au Programme de Retour A Domicile (PRADO), et voit son action dans le suivi du patient renforcée par la mise en place des nouvelles missions du pharmacien que nous décrivons.

Le pharmacien d'officine a également la possibilité aujourd'hui de rejoindre des structures de coordination et de mises en place de projets telles que les CPTS, ou les MSP. Il est au cœur du parcours de soin du patient IC, en ville comme à l'hôpital, et est impliqué chaque étape de celui-ci.

Pour donner suite à l'analyse de ce schéma, il apparaît que les moments de transition sont les points fragiles des parcours de soin. La collaboration entre professionnels et le décroisement sont indispensables pour améliorer la résolution de ces points critiques.

Nous détaillerons dans cette partie les différents acteurs impliqués dans le parcours, en ville, à l'hôpital et les autres, ainsi que les outils organisationnels du parcours.

Les acteurs ont comme objectif d'identifier les points critiques du parcours sur un territoire donné, et tenter d'y répondre en utilisant les outils à leur disposition, ou en mettant en place de nouveaux projets de façon collaborative.

Nous détaillerons particulièrement le rôle du pharmacien dans ce système.

III.1 Les acteurs des parcours

II.2.1 Les acteurs en ville

La prise en charge ambulatoire a comme objectif de dépister précocement les épisodes de décompensation afin de les traiter rapidement et d'éviter l'hospitalisation.

La prise en charge optimisée et collaborative en ville est primordiale, quand on sait qu'un tiers des hospitalisations pour ICA sont dues à des ruptures de traitement, de suivi ou à une mauvaise observance des règles hygiéno-diététiques et seraient donc évitables.(20)

Le Médecin Traitant

Comme détaillé en introduction, le médecin traitant est un acteur central du parcours de soin. Il n'est pas obligatoire que le médecin traitant soit le médecin généraliste, mais c'est majoritairement le cas en France.

Il représente le soin de premier recours, et la porte d'entrée des patients d'un parcours de soin coordonné. Il pourra notamment orienter le patient vers un spécialiste si besoin de confirmer un diagnostic, ou dans le but de favoriser une prise en charge coordonnée.

Dans le cas de l'IC, le médecin traitant joue un rôle précis dans le repérage des principaux symptômes, dans l'adressage du patient au cardiologue, dans la prise en charge et dans la surveillance de l'évolution de la pathologie chez les patients diagnostiqués.

Ces prérogatives nécessitent cependant un suivi régulier des patients, entre 2 et 12 fois par an selon la gravité de l'IC selon l'AM, ce qui permettrait de repérer la survenue de symptômes non détectés par le patient, ou encore la diminution des capacités physiques, pouvant être signes d'une décompensation de la pathologie.(23)

Dans le cas où le patient est hospitalisé pour décompensation cardiaque, le médecin traitant joue alors un rôle prédominant dans la coordination des soins de ville, dans l'optimisation des traitements, et dans le suivi régulier du patient.

Il est central notamment dans la mise en place du PRADO que nous détaillerons. La première consultation de médecine générale et la première visite infirmière à domicile ont lieu dans les sept jours qui suivent la sortie d'hospitalisation.

Le médecin traitant coordonne les actions de prises en charge, et la collaboration pluridisciplinaires avec :

- les infirmiers, qui prodiguent les soins, contrôlent la prise des médicaments et participent à l'éducation du patient

- le pharmacien d'officine qui délivre les médicaments et les dispositifs médicaux
- le cardiologue qui évalue le patient un mois après sa sortie.

Il décidera de la fréquence des consultations de médecine générale, et de la nécessité de consultations cardiologiques complémentaires.(24)

Le médecin traitant peut également participer au suivi des patients par télésurveillance sous réserve d'avoir réalisé un Diplôme Universitaire d'IC, en association avec le spécialiste et en maîtrisant l'interprétation des données de télésurveillance.(23)

Dans le cadre de l'optimisation du parcours de soin, le médecin traitant peut élaborer un Plan Personnalisé de Santé (PPS) voir Annexe 2. Il s'agit d'un plan élaboré par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans le cadre de la mise en œuvre des expérimentation « personnes âgées en risque de perte d'autonomie ».

Le PPS peut être établi lorsque les personnes âgées sont en situation de grande fragilité et/ou atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques, et pour lesquelles un travail formalisé entre acteurs de proximité est nécessaire. Il est établi à la suite d'une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne.

Les points clés listés par la HAS pour la réalisation d'un PPS sont :

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

Le PPS reflète la volonté d'organiser les soins autour des besoins du patient, avec la prise en compte des multiples facteurs existants, notamment sociaux.

Le PPS peut également constituer une aide à l'organisation pour le professionnel de santé qui l'établit, notamment en proposant :

- Un formulaire de recueil d'informations générales sur la personne et ses contacts utiles
- Un plan d'action : de soins et d'aides
- Une check-list de problèmes pouvant survenir, afin d'aider les professionnels à s'accorder sur la manière de les traiter et une aide pour les identifier.(25)

Le référent est l'acteur chargé du suivi du PPS. Le référent est légitimement le médecin traitant, mais s'il ne le souhaite pas, il peut déléguer cette fonction à un des acteurs du trinôme de proximité : le médecin traitant, un infirmier diplômé d'état libéral, et un pharmacien d'officine. Un membre de la coordination d'appui peut également être désigné si besoin.

Le cardiologue libéral

Le cardiologue libéral joue un rôle clé à plusieurs étapes de la prise en charge du patient IC et dans son parcours de soin.

Il travaille en étroite collaboration avec les autres acteurs du parcours, notamment avec le médecin généraliste pour réaliser les premiers examens qui sont nécessaires au diagnostic et à l'évaluation des patients, et collaborera également avec les cardiologues hospitaliers.

Selon le stade de l'IC, son implication est plus ou moins importante. Le suivi est plus rapproché en cas d'IC avancée, en cas de cardiopathie associée et chez les patients à haut risque. Il vient en appui du médecin traitant en cas de modification de l'état clinique ou du traitement, notamment pour envisager une association médicamenteuse triple ou l'implantation de dispositifs intracardiaques. Lors des consultations, il réalise et/ou interprète ECG et échocardiographie Doppler.(20)

En parallèle, il est également en mesure de déterminer la cause de la survenue de l'IC, et peut orienter le patient à faire des investigations plus poussées. Enfin, il est responsable du suivi et de l'optimisation des traitements médicamenteux.

Dans le parcours de soin, le cardiologue a pour rôle d'accueillir les patients nécessitant un avis spécialisé rapide, tout en considérant la pénurie de praticiens qui rend difficile ces consultations urgentes.

Lorsque le patient sort d'une hospitalisation pour décompensation, il doit normalement rencontrer le cardiologue un mois après sa sortie, lequel décidera selon l'état du patient, de la fréquence des consultations. En collaboration avec le médecin traitant, le cardiologue va surveiller et gérer les effets indésirables du traitement, ainsi que tout état cardiologique complexe et ainsi adapter un plan d'action en cas d'aggravation aiguë du patient.

Les enjeux du cardiologue dans le parcours de soin IC sont multiples, et nécessitent un suivi encadré et organisé, pour favoriser la prise en charge pluridisciplinaire.(26)

Le pharmacien d'officine

Nous avons introduit plus haut le rôle du pharmacien dans le système de santé, et notamment son évolution encadrée par des textes de lois et des accords entre l'AM et les pharmaciens.

Le pharmacien d'officine représente un relai d'information accessible par tous, favorisant les échanges et optimisant de ce fait la prise en charge.

Missions générales

Le pharmacien d'officine du patient est au centre du parcours de soins médicamenteux. Sa connaissance du parcours de vie du patient, les données collectées au sein de son logiciel de gestion officinal (historique des dispensations, copie des ordonnances), ainsi que celles issues du dossier pharmaceutique, lui permettent de suivre sur le long terme le parcours de soins médicamenteux du patient. Il a accès au dossier pharmaceutique du patient, via sa carte vitale, lui permettant de consulter son historique en termes de traitement, et la possibilité d'identifier de potentielles interactions médicamenteuses, de suivre la survenue d'effets indésirables, et d'interroger le patient sur son observance au traitement.

La conciliation médicamenteuse en ambulatoire est comparable à celle développées par le pharmacien clinicien lors de l'hospitalisation. On peut distinguer plusieurs étapes e fonction de l'épisode de soins auquel va être confronté le patient (27):

- l'entrée du patient dans le parcours coordonné : recherche active d'informations sur les médicaments du patient, associée ou non au bilan de médication ; réalisation du bilan médicamenteux et analyse pharmaceutique associée ; information du prescripteur et du patient (démarche uniquement proactive) avec traçabilité dans son projet personnalisé de santé
- à chaque nouvelle dispensation : recherche active d'informations sur les modifications de traitement. Elle s'appuie en premier lieu sur la consultation du dossier pharmaceutique et du logiciel de gestion officinale, un entretien dirigé avec le patient et l'ordonnance générant la dispensation ; entretien collaboratif éventuel avec le médecin en cas de divergences identifiées ; actualisation de la prescription médicamenteuse et du projet personnalisé de santé ; transmission des informations au patient avec remise du bilan médicamenteux actualisé
- lors d'une hospitalisation : communication du bilan médicamenteux actualisé aux professionnels de santé hospitaliers lors de l'hospitalisation du patient

Le pharmacien peut renseigner précisément le patient sur les modalités de prise de traitement, sur les effets indésirables, les modalités de conservation des produits, et si besoin, rédiger un plan de posologie, voir Annexe 3, ou encore préparer un pilulier.

Enfin, dans le cadre du suivi, il a la possibilité de contacter le médecin traitant ou le cardiologue, et peut réaliser sur préconisation de l'équipe médicale hospitalière une dispensation de médicaments à domicile et/ou un accompagnement pharmaceutique dans le cadre du Prado.
(24) (28)

Prévention et surveillance de l'IC (22)

Le pharmacien d'officine peut, par ses contacts fréquents avec les patients, participer au dépistage de l'IC, et au suivi de son évolution, notamment par la connaissance, la détection et la sensibilisation auprès de leurs patients aux quatre signaux d'alerte : EPOF

E : Essoufflement inhabituel (à l'effort puis au repos)

P : Prise de Poids rapide (+2 à 3 kg en moins d'une semaine)

O : Œdèmes des membres inférieurs

F : Fatigue excessive (récemment accrue lors des activités de la vie quotidienne)

En effet, ces signes évocateurs d'une IC sont mal connus de la population, et cela entraîne une perte de chance pour les patients qui ne seraient de ce fait pas diagnostiqués, ou bien tardivement, affectant considérablement leur qualité de vie et leur chance de survie.

En 2022 l'AM a lancé une campagne nationale de sensibilisation à destination des patients dans le but de faire connaître l'IC et les signaux d'alerte, afin d'inciter les patients à consulter.

L'AM a également lancé une campagne de sensibilisation à destination des professionnels de santé cette fois, et particulièrement des pharmaciens d'officine, avec la mise à disposition d'outils d'aide à la pratique et à la détection. Un second volet de cette campagne, axé sur les bons réflexes à adopter pour les patients insuffisants cardiaques, est prévu pour 2023.

En étant formé à la reconnaissance de ces signes, ainsi qu'à la sensibilisation de leurs patients, le pharmacien peut participer au diagnostic précoce, et par conséquent à une réponse clinique adaptée dès la reconnaissance des premiers signes de décompensation. En cas de survenue ou d'aggravation d'un ou plusieurs de ces symptômes, il doit conseiller au patient de prévenir au plus vite son médecin traitant.

En plus de la détection d'EPOF, le pharmacien d'officine peut également peut rappeler aux patients IC les règles d'hygiène de vie à respecter pour prévenir les décompensations cardiaques: EPON

E : Exercice régulier (faire de l'activité physique quotidiennement)

P : Prendre son poids, se peser régulièrement pour prévenir les décompensations cardiaques

O : Observance, bien suivre son traitement et aller aux rendez-vous médicaux

N : Ne pas saler son alimentation pour éviter la rétention d'eau et de sel.

Outils à disposition du pharmacien

Le pharmacien d'officine a la possibilité de mettre en place un Bilan Partagé de Médication (BPM).

Le BPM contient :

- Un entretien de recueil des informations (historique, résultats biologiques...),
- Une analyse des traitements
- La transmission aux prescripteurs pour optimiser la prise en charge des patients insuffisants cardiaques et lutter contre l'iatrogénie (effets indésirables des médicaments) et leur permettre d'avoir un retour sur la perception et l'acceptation du traitement.(28)

L'objectif du BPM est d'optimiser la coordination des acteurs, la prise en charge pluridisciplinaires et ainsi permettre de diminuer des durées d'hospitalisation et de réduire les ré-hospitalisations.

En terme d'organisation, le pharmacien peut rejoindre des équipes de soins pluriprofessionnels sur son territoire, que sont les CPTS ou les MSP. De ce fait, ils sont intégrés aux réflexions autour de projets qui peuvent avoir pour objectif d'améliorer les parcours de soin, en fonction des enjeux territoriaux de la CPTS dont ils dépendent, et permettent de représenter la profession pharmaceutique au sein de projets coordonnés.

En faisant cela, cela ouvre la possibilité de proposer deux autres services que sont :

- La téléconsultation : une consultation à distance avec le médecin traitant du patient ou, s'il n'est pas disponible, avec un médecin du territoire pour répondre à une situation médicale urgente.
- le rôle de pharmacien correspondant : désigné par le patient lui-même, son rôle sera de renouveler les traitements chroniques sans dépasser la durée de validité d'une ordonnance (12 mois) ou d'ajuster les posologies en accord avec le médecin traitant, et en ayant réalisé une formation spécifique au préalable. Voir annexe 4

Pharmacien correspondant

Le pharmacien correspondant est un pharmacien titulaire d'une officine et il appartient à la même organisation d'exercice coordonné que le médecin traitant. Il est désigné par le patient et déclaré à l'AM. Le pharmacien doit également en informer le médecin traitant.

La rémunération des missions inhérentes au pharmacien correspondant est encadrée par la convention nationale des pharmaciens d'officine de mars 2022. Cette rémunération est réservée aux pharmaciens exerçant dans des officines situées dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins c'est-à-dire les zones d'intervention prioritaire et les zones d'action complémentaire.

La rémunération du pharmacien correspondant va être calculée sur une année civile pour un patient pour lequel il a effectué au moins une mission du pharmacien correspondant.

Ce montant est dégressif, selon les paliers suivants :

- de 1 à 100 patients pour lequel le pharmacien a effectué au moins une mission du pharmacien correspondant au cours de l'année civile : 2 € TTC par patient ;
- au-delà de 100 patients pour lequel le pharmacien a effectué au moins une mission du pharmacien correspondant au cours de l'année civile : 1 € TTC par patient.

Cette rémunération est limitée à 500 € TTC par an, tous patients confondus. Elle est versée dans le cadre de la rémunération sur objectif pour la modernisation des échanges numériques et l'accès aux soins.(29)

Ainsi, le pharmacien voit son rôle renforcé dans le parcours de soins avec pour objectif, pour le patient IC, une meilleure prise en charge.

Les organisations dédiées aux pharmaciens et à l'évolution du métier

Il existe des associations dédiées au rôle du pharmacien d'officine et à l'évolution de ses missions : les Unions Régionales des Professionnels de Santé Pharmaciens (URPS).

Ces associations sont en lien avec des institutions, telles que le Conseil de l'Ordre des pharmaciens, les Syndicats pharmaceutiques, les ARS etc.

Les URPS participent notamment à (30):

1. A la préparation et à la mise en œuvre du projet régional de santé ;
2. A l'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins, en vue notamment de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins ;
3. A l'organisation de l'exercice professionnel, notamment en ce qui concerne la permanence des soins, la continuité des soins et les nouveaux modes d'exercice ;

4. A des actions dans le domaine des soins, de la prévention, de la veille sanitaire, de la gestion des crises sanitaires, de la promotion de la santé et de l'éducation thérapeutique ;
5. A la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux de santé, les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé, ou des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins mentionnés à l'article L. 4135-4 ;
6. Au déploiement et à l'utilisation des systèmes de communication et d'information partagés ;
7. A la mise en œuvre du développement professionnel continu.



Image 3 : Missions de l'URPS pharmaciens IDF

Ces associations mènent des actions sur des thématiques variées, et notamment sur le suivi des pathologies chroniques.

L'URPS Ile de France a par exemple mis en place une carte de coordination de soins, permettant à chaque patient d'avoir sur un même document les coordonnées de ses professionnels de santé, élaborée en coopération avec les URPS infirmiers et médecins.

Le bénéfice est double : pour les patients, particulièrement les patients âgés, qui du fait de leur nombreux praticiens, ambulatoires, hospitaliers, médicaux, paramédicaux, pourraient avoir du mal à s'y retrouver ; pour les professionnels de santé, pour qui cette carte leur indiquant les praticiens impliqués dans le parcours de soin du patient favoriserait leur interaction.

Toujours au sein de l'URPS IDF, un projet en attente de financement intitulé « Télésanté et suivi des maladies chroniques » a pour objectif d'améliorer la prise en charge globale des patients et d'éviter les complications dues à l'hypertension artérielle, en améliorant le bon usage des médicaments et l'observance, en optimisant la pharmacovigilance, et en mettant en place une coopération entre pharmaciens et médecins via des moyens de communications adaptés.

Ces organismes sont très importants dans la considération de la place du pharmacien d'officine dans le système de santé et dans le parcours de soin, et promeuvent des actions, des formations et des évènements en collaborations avec les URPS d'autres professions.

Impact du pharmacien dans la prise en charge de l'IC

Une étude conduite en 2018 par l'unité de recherche en pratique pharmaceutique, le CHU de Saint-Justine et la faculté de pharmacie de Montréal, met en évidence l'impact positif de la prise en charge des patients souffrant d'IC par le pharmacien d'officine.

- Une diminution significative du pourcentage de patients ayant au moins une divergence ou erreur de prescription
- Une diminution significative du nombre de réanimations non planifiées après 18 mois de suivi dans le groupe intervention
- Une diminution du nombre significatif de jours d'hospitalisation après 18 mois de suivi
- Une amélioration significative de l'observance après 30 jours
- Et enfin une amélioration significative du score au questionnaire évaluant les connaissances de patients dans la maladie et les traitements.(31)

Le pharmacien est un réel acteur de la prise en charge des patients atteints d'IC, et l'évolution de son métier et des missions dédiées aux pathologies chroniques accentuent d'autant plus cette place primordiale dans le parcours de santé des patients.

Les IPA

L'infirmier de Pratique Avancée (IPA) est un métier au cœur du plan d'action de la réforme Ma santé 2022. Son rôle est d'organiser les prises en charge au long cours, et prévoir les différentes étapes du soin, de l'hôpital au domicile, en promouvant la prévention et l'éducation thérapeutique du patient.(32)

Le Conseil International des Infirmiers le définit comme : « Un infirmier qui exerce en pratique avancée est un infirmier diplômé qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier sera autorisée à exercer »

L'IPA doit pouvoir participer au travail interprofessionnel, discuter du cas de ses patients avec l'équipe dédiée, et aider à rédiger un protocole de soin organisationnel.

Un des objectifs pourra être également de libérer du temps médical, en prenant en charge des patients confiés par les médecins. Il pourra alors procéder au suivi régulier des patients dans les domaines du dépistage, de la prévention, du renouvellement de traitement médicamenteux et dans la prescription d'examen complémentaires.(33)

Les IPA ont la possibilité de travailler avec une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin en centre de santé, ou en assistance d'un médecin spécialiste en ville, ou bien dans le secteur sanitaire ou médico-social.



Image 4 : Source Innov-cardio – L’Infirmier en pratique avancé en cardiologie – Syndicat National des Cardiologues - 2021

La profession d’IPA existe depuis peu de temps, et les missions associées sont encore peu connues des professionnels de santé.

L’IPA peut par exemple participer à la télésurveillance soit dans le cadre de ses compétences propres, soit dans le cadre d’un protocole de coopération entre professionnels de santé, soit dans le cadre de la pratique avancée.(23)

Malgré des bénéfices attendus évidents, les IPA rencontrent parfois des difficultés à faire intégrer ce nouveau métier dans les projets d’établissements.(34)

Une collaboration doit être établie entre l’IPA et le cardiologue, dans le but d’améliorer la coordination des soins et favoriser le travail interprofessionnel et pluridisciplinaire. Il s’agit d’une

complémentarité de compétences, qui illustre très bien les enjeux de la prise en charge multidisciplinaire, mais aussi la complexité de sa mise en place.

II.2.2 Les acteurs hospitaliers

Comme nous l'avons décrit plus tôt, l'IC est une pathologie à risque d'épisode aigu, la décompensation, laquelle peut entraîner une hospitalisation.

Ainsi, l'IC est une pathologie qui est prise en charge en ville, mais également à l'hôpital, nécessitant une coordination entre les acteurs, afin d'éviter les ruptures de parcours aux points de transition, notamment l'hospitalisation et le relai ville-hôpital.

Nous détaillerons dans cette partie les principaux acteurs hospitaliers impliqués.

Le cardiologue hospitalier

Le cardiologue hospitalier va prendre en charge le patient qui arrive à l'hôpital pour décompensation soit via le service d'urgence, soit via les professionnels de santé en ville (médecin traitant, cardiologue ou pharmacien qui peuvent orienter le patient vers l'hôpital si besoin).

En fonction du besoin du patient lors de son hospitalisation, c'est le cardiologue spécialisé en IC et cardiomyopathies qui va coordonner les soins et le suivi ambulatoire du patient.

En fonction de la sévérité de la maladie, le patient pourra être amené à le consulter une fois ou deux par an, sur décision du cardiologue traitant. D'autres cardiologues spécialisés peuvent intervenir dans les soins hospitaliers, tels que le rythmologue, le cardiologue interventionnel, ou encore les cardiologues spécialisés en valvulopathies ou en imagerie médicale.

La prescription initiale du traitement peut être réalisée par le cardiologue hospitalier si le diagnostic est effectué lors de ce séjour, et s'il s'agit d'une hospitalisation pour décompensation, le traitement initial peut être réévaluer.(35)

Le cardiologue doit préparer la sortie d'hospitalisation du patient, et particulièrement son retour en ville, en organisant les consultations avec le médecin traitant, le cardiologue libéral, les infirmiers libéraux, ou encore peut proposer au patient de l'intégrer dans un programme PRADO.

Il s'assure de la transmission des informations essentielles à une prise en charge de qualité, telles que :

- Recueil des données, tenue du dossier médical et transmission d'informations, notamment sur le niveau d'information fournie relative au diagnostic

- Partage des données de l'évaluation initiale et des évaluations réalisées à intervalle régulier dans le cadre du suivi médical et du suivi éducatif du patient
- Définition des objectifs de la prise en charge, des interventions et des acteurs impliqués, et adaptation dans le cadre du suivi
- Repérage des difficultés psychologiques et sociales, des besoins d'accompagnement, et orientation vers un psychologue, un travailleur social
- Remise au patient hospitalisé d'un document de sortie le jour-même de la sortie contenant toutes les informations nécessaires à la continuité du suivi.(20)

L'organisation de cette sortie d'hospitalisation est coordonnée par le cardiologue, mais reste un travail pluridisciplinaire, pouvant rassembler plusieurs professionnels de santé hospitaliers, tels que le gériatre, le pharmacien, le diététicien, l'infirmier, le cadre de santé, le médecin des Soins de Suite et Réadaptation, le kinésithérapeute etc.

Il est primordial que le patient ait le maximum d'informations lui permettant de comprendre sa pathologie, ses traitements, de prendre le temps de bien réaliser l'éducation thérapeutique, voir Annexe 5. La HAS indique qu'une heure d'éducation individuelle dispensée par une infirmière à la sortie de l'hôpital permettrait une réduction du risque de décès ou de ré-hospitalisation à 3 mois de 35 %.(36)

La bonne organisation de la sortie d'hospitalisation doit permettre une coordination ville-hôpital optimisée, et également aider les professionnels de santé de ville dans le relai de la prise en charge des patients.

[Le pharmacien hospitalier](#)

Le pharmacien hospitalier peut être présent à deux niveaux au sein de la structure de soin : il peut être responsable de la pharmacie à usage interne, ou bien être pharmacien clinicien et travailler au sein des services.

C'est ce rôle que nous décrivons dans cette partie, puisque le pharmacien clinicien travaille pour la prise en charge du patient hospitalisé en collaboration avec les praticiens hospitaliers, tels que les cardiologues, les gériatres et les infirmiers, notamment dans la préparation de la sortie du patient.

Ses missions principales sont l'analyse pharmaceutique et le conseil, la conciliation médicamenteuse et la réalisation du bilan de médication et du plan pharmaceutique personnalisé à la sortie d'hospitalisation.

La démarche générale de pharmacie clinique hospitalière est similaire à celle réalisée en officine : elle comprend le recueil d'information auprès du patient, l'analyse des problématiques potentielles liées à la thérapie médicamenteuse, les conseils de bon usage, et l'éducation du

patient associé à son suivi thérapeutique. Ces éléments sont intimement liés à l'intégration de l'équipe pharmaceutique au sein du service.(37)

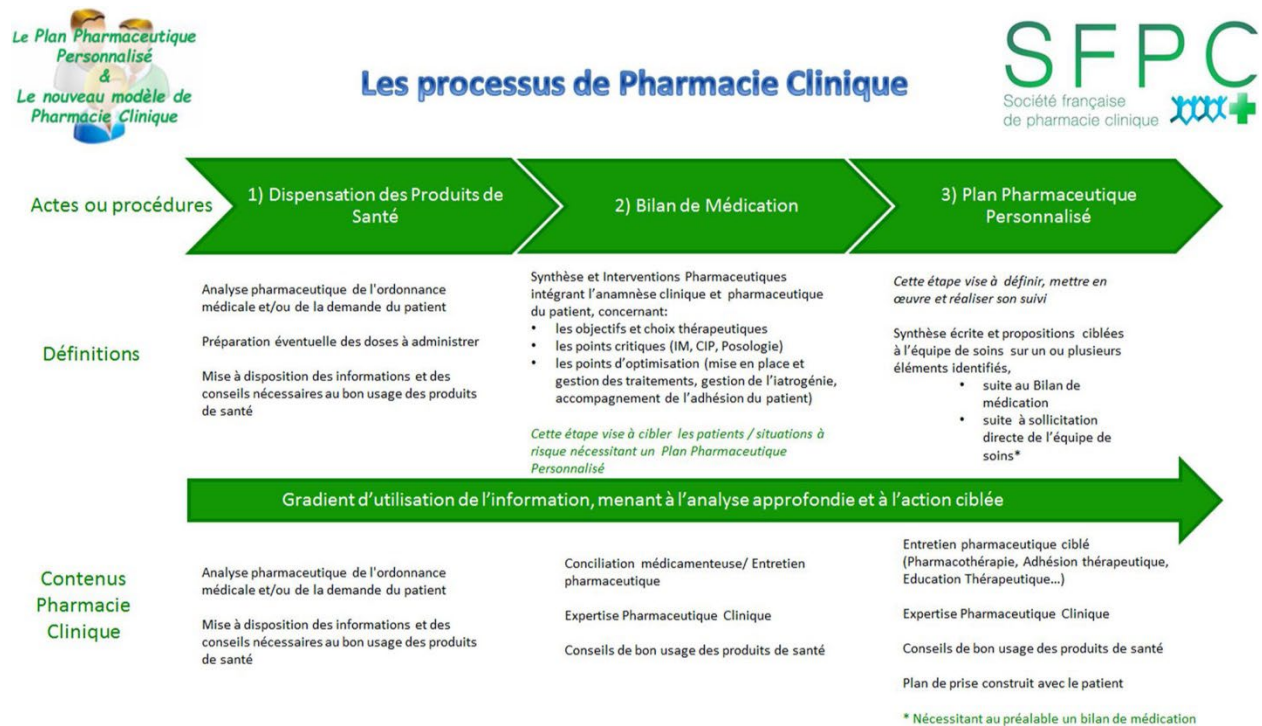


Image 5 : Le processus de pharmacie clinique, Société Française de pharmacie clinique

Ces actes réalisés par le pharmacien hospitalier ont un fort impact sur la prise en charge du patient et particulièrement sur sa compréhension des traitements délivrés à la suite de l'hospitalisation. L'enjeu principal est la mise en place d'un relai hôpital-ville optimal.

Une étude réalisée en 2022 a étudié l'impact du pharmacien hospitalier dans la prise en charge de l'IC en gériatrie, notamment sur l'activité de révision d'ordonnance du traitement de l'IC en collaboration avec les prescripteurs. Les résultats montrent une absence de différence significative entre le nombre de modifications médicales et pharmaceutiques, démontrant de l'importance et de la complémentarité des deux disciplines. Il est mis en évidence que la réalisation de conciliation de sortie pour ces patients permettrait de favoriser le lien ville-hôpital, et d'assurer le suivi des modifications faites à l'hôpital sur le traitement par les MT.(38)

Une autre étude évalue l'apport du pharmacien clinicien intégré à l'équipe de gériatrie hospitalière sur la prise en charge médicamenteuse des patients âgés à risque de chutes. Le pharmacien et le gériatre formulent, après conciliation médicamenteuse, des interventions médico-pharmaceutiques soumises aux praticiens hospitaliers et transmises aux médecins généralistes, aux pharmaciens d'officine et aux infirmiers à domicile. La conclusion de l'étude est

que la vision pharmacologique associée à l'expertise du gériatre sécurise la prise en charge médicamenteuse des patients âgés à l'hôpital et en ville.(39)

Ces éléments nous permettent de mettre en évidence le rôle du pharmacien dans la prise en charge optimisée des patients âgés, et également de son importance dans le relai ville-hôpital.

II.2.3 Autres acteurs

D'autres acteurs sont considérés comme des protagonistes du système de santé, sans appartenir au secteur médical. Nous décrivons dans cette partie les associations de patients et les industries du médicament, impliquées chacune à différents niveaux du parcours de santé.

D'autres acteurs sont par ailleurs parties prenantes de l'organisation des parcours de santé, tels que la CNAM, et les Sociétés Savantes et syndicats.

Les associations de patients

Dans le contexte de réorganisation du système de soin selon des parcours de santé, les politiques de santé souhaitent replacer le patient au cœur des réflexions sur les prises en charge, pour que le système s'adapte à eux, et non plus eux au système.

Cette intégration du patient au centre des considérations peut être se faire par le développement de la démocratie sanitaire, c'est-à-dire par la participation citoyenne aux politiques de santé. Elle est définie comme l'ensemble des droits régissant les relations entre les différents groupements d'acteurs qui interfèrent dans l'organisation, la réalisation, le paiement et l'objet des soins ou de la prise en charge.

Les associations de patients tiennent un rôle prédominant dans la démocratie sanitaire, et dans l'élévation de la voix des usagers au niveau des instances dirigeantes. Elles permettent de ce fait de recentrer les objectifs de santé autour du patient, et cherchent à améliorer autant que possible leur prise en charge, et de transmettre leur réalité et les difficultés rencontrées à différentes étapes de leur parcours.

Depuis les années 1990, le rôle des usagers prend plus d'ampleur, jusqu'à jouer un rôle décisionnel aujourd'hui. Dans ces années se constituent les associations de patients, leurs représentants d'usagers, et depuis peu le patient expert.

Le représentant d'utilisateur a pour rôle de représenter l'intégralité des personnes protégées par la CNAM dans les établissements de santé. Il s'occupe d'assurer la qualité des soins, et sert de médiation entre les patients et les instances diverses. C'est le ministre ou le directeur de l'ARS, qui, sur proposition des associations sollicitées, désigne les représentants des usagers. La

désignation par le ministre concerne les instances de santé publique ou hospitalière de niveau national. La désignation par le directeur de l'ARS concerne les instances de santé publique ou hospitalière de niveau régional.

La présence de représentants d'usagers dans les instances est essentielle pour faire vivre la démocratie sanitaire et contribuer à la définition des politiques de santé au niveau régional comme national.(40)

En effet, au niveau de la HAS par exemple, leur présence permet de porter la voix des usagers sur la certification et sur l'évaluation des médicaments, et donc sur la prise en charge des patients. (41)

Les représentants d'usagers permettent le renforcement des droits collectifs et individuels, l'ouverture sur un nouvel espace de dialogue, et permettent ainsi de mettre en lumière l'importance des notions de transparence de la part des instances, ce qui est propice à l'instauration d'une relation de confiance entre les patients et les décideurs.(42)

Les associations de patients illustrent très bien l'élargissement de la problématique que pose la santé, qui dépasse largement le cadre du secteur sanitaire, et touche des enjeux sociaux et politiques.

Elles jouent un rôle initial d'accompagnement des patients, d'information, de soutien, et constituent une aide non négligeable en termes de réponse sociale, juridique voire financière. Elles ont participé à la prise de conscience de l'importance de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des patients, et permettent ainsi de pallier certaines insuffisances du système de santé actuel en France.(43)

On assiste à une extension notable de leur champ d'intervention et de leur implication dans les décisions de politique de santé. On rappellera à cet effet, la place qui leur est réservée dans la Conférence Nationale de Santé, les conseils d'administration d'hôpitaux, la promulgation des droits du malade, et leur participation dans les instances de recherche médicale.

La représentativité des associations de patients concerne également la place qu'elle occupe dans la médecine de ville. En effet, une des principales actions de ces associations réside dans la mise en place d'éducation thérapeutique.(43)

Mais celle-ci est encore réservée aux établissements de santé, alors que la médecine de ville constitue un élément à part entière du système de soin, et de plus peut être plus accessible pour certains patients par rapport aux déplacements à l'hôpital.

On observe par exemple dans la prise en charge du cancer, un déplacement vers la médecine et la pharmacie de ville.

Il y a désormais une intégration de la conciliation des traitements médicamenteux dans le parcours de soins du patient ambulatoire sous anticancéreux oral à une collaboration étroite avec les soins primaires (médecin traitant, pharmacien de ville, infirmière libérale).(41)

Cette évolution rend le parcours de soins des patients plus complexe du fait notamment d'un suivi partagé entre l'hôpital et la ville, qui nécessite de renforcer l'information et l'éducation thérapeutique du patient ainsi que l'organisation du suivi et la coordination des professionnels de santé selon des modalités adaptées afin d'optimiser et de sécuriser les prises en charge.

Participer à un élargissement de la pratique de l'éducation thérapeutique vers la ville pourrait constituer une prochaine action pour les associations de patients.

Concernant leurs actions passées, les associations de patients ont su montrer leur importance et leur rôle clé dans l'amélioration de la prise en charge et de la vie au quotidien des patients. Un exemple extrêmement marquant avec la Prep, où le plaidoyer de l'association Aides, qui a fait grandir la vision des cas individuels au niveau collectif, a réussi, par leur présence dans les instances décisionnelles, à démocratiser le traitement, obtenir son remboursement et sa large prescription.

L'association a de plus réussi à démontrer l'impact de la maladie, et le risque de contamination présent dans la vie quotidienne des patients, l'importance de la prévention, du dépistage et de l'accompagnement des usagers.(44)

Les associations de patients peuvent être un moyen de faire entendre la voix des patients dans un système qui doit être adapté, mais qui présente parfois tant de complexités et d'incohérences, qu'il est difficile pour les patients d'y naviguer.

Conjuguer le principe de la démocratie sanitaire aux notions de parcours pourrait permettre d'améliorer la place du patient et son évolution dans le système de santé.

Dans le cadre de l'IC, il existe plusieurs associations de patients, telles que SIC, l'association pour le Soutien à l'IC, l'Association Vie et Cœur, ou encore l'Alliance du Cœur.

Elles vont avoir comme objectif d'adapter les principes de démocratie sanitaire à cette pathologie, notamment en aidant les patients à faire entendre leur voix, mais aussi en les accompagnant dans les différentes étapes du parcours, telles que le diagnostic, l'entrée dans la maladie, la sortie d'hospitalisation, l'équilibre vie professionnelle-vie personnelle, et dans la diffusion d'informations essentielles pour une meilleure compréhension de l'affectation et de son suivi. Les associations de patients sont des protagonistes à part entière du parcours de soin des patients IC, et sont impliqués dans de nombreux projets avec les autorités compétentes (ARS, HAS) et les industries de santé.

L'industrie pharmaceutique

L'industrie pharmaceutique, en tant qu'acteur à part entière du système de santé, s'intéresse aux parcours de santé et de soin. Bien que non concernés par les politiques de santé car acteurs du privé, mais conscients de l'impact organisationnel des innovations thérapeutiques, les laboratoires pharmaceutiques souhaitent être intégrés dans les considérations de parcours.

Leur objectif : participer à une meilleure connaissance des problématiques de parcours à différents niveaux organisationnels (hôpital, ville, expérience patient, accès aux examens, coordination ville-hôpital, réseau de santé...), et améliorer les parcours pour mener les patients à la meilleure prise en charge médicamenteuse.

Ainsi, les laboratoires vont s'impliquer au niveau organisationnel, dans le secteur hospitalier ou en ville. Ils définissent leur rôle comme « facilitateur », créateur de dynamique d'équipe et de gestion de projets menés par des professionnels de santé. Ces projets peuvent être réalisés en lien avec les ARS.

Le laboratoire MSD par exemple accompagne les projets de parcours en oncologie dans le secteur hospitalier depuis 2015, grâce à une équipe dédiée. Ils analysent la coordination des professionnels de santé dans la prise en charge, et l'expérience patient.

Ils peuvent participer au montage de projets d'améliorations de la prise en charge, comme la mise en place d'un hôpital de jour, la coordination entre la ville et l'hôpital...(45)

MSD a également développé un site internet à destination de praticiens, où sont partagés des outils pratiques et techniques d'organisation pour le secteur hospitalier.

Le laboratoire Novartis joue un rôle équivalent dans le domaine de l'IC. Les équipes sont dédiées soit au secteur hospitalier, soit au secteur de la médecine de ville, en collaboration notamment avec les CPTS.

Ils sont en relation avec les équipes directrices des hôpitaux, et aident les professionnels de santé à analyser le parcours qu'ils proposent à leurs patients, à identifier les points de rupture, et proposent des projets pour y répondre, en lien notamment avec les ARS.

C'est un rôle nouveau qu'investigative l'industrie pharmaceutique, qui se détache de sa fonction de promotion médicamenteuse. Elle participe à l'analyse fine des parcours de soin, dans le but de modéliser spécifiquement des pathologies et des lieux de parcours, pour développer des solutions de santé adaptées aux besoins des malades mais aussi des professionnels de santé et des institutions.(46)

L'industrie pharmaceutique développe des partenariats avec les régions par l'intermédiaire des équipes d'affaires publiques, et par l'intermédiaire des Responsables Grands Comptes. Ces équipes sont dédiées à la gestion des marchés hospitaliers, notamment au niveau régional.

Ainsi, des liens se sont développés entre industries pharmaceutiques et ARS pour mettre en place des projets régionaux. Cette collaboration soutient une volonté de décloisonner les secteurs de soins au niveau des territoires, et s'inscrit dans la dynamique de parcours.(47)

En effet, les actions menées au niveau régional sont au cœur des dernières réformes de l'organisation structurelle de l'offre de soin en France. L'échelon régional permettrait de réduire les inégalités territoriales, de contenir les dépenses et d'adapter les défis structurels aux réalités locales. Les ARS représentent des acteurs très importants dans la structuration de l'offre de soin, et de ce fait, sont des collaborateurs de choix pour les industriels de la santé qui souhaitent participer à ces projets.

Cependant, la régionalisation des décisions et la gestion par les ARS ne donnent pas de pouvoir décisionnel aux laboratoires pharmaceutiques, qui sont absents des instances locales de décision. Ceci démontre une volonté de séparer l'évaluation scientifique des appréciations économiques.

Malgré cela, l'influence des laboratoires est présente dans certaines régions, où ils tiennent un rôle de soutien institutionnel, ou subventionnent des projets en collaboration avec les centres hospitaliers, les ARS, et parfois les agglomérations. Ils sont en mesure de participer à la réflexion sur des projets de santé, par leur connaissance du terrain, et par la veille et la transmission d'informations qu'ils sont en mesure de réaliser.

L'industrie pharmaceutique travaille aussi avec des associations de patients sur des projets divers, qui concernent des médicaments et des dispositifs médicaux.

Les laboratoires peuvent être considérés comme partie prenante de la santé publique au travers des actions et projets qu'ils sont susceptibles de conduire, notamment au niveau local.

De ce fait, l'industrie pharmaceutique, par son interaction avec les différents acteurs de santé et sa connaissance du maillage régional, peut agir avec une transversalité qui peut être bénéfique dans la recherche de décloisonnement et de coordination entre les acteurs.

[Coordination entre les acteurs : exemples de projets](#)

Nous l'avons décrit, beaucoup d'acteurs du système de santé agissent pour l'optimisation du parcours de soin en IC. L'enjeu autour de ces différentes structures, organisations et protagonistes reste la coopération et la collaboration, dans le but de décloisonner les domaines d'activité de chacun.

Un projet intéressant en ce sens fut la réunion de formation des pharmaciens d'officine à l'IC, conduit par l'acteur industriel Novartis (soutien institutionnel), l'URPS Ile-De-France, la filiale FINC/PHINC 94, et un cardiologue hospitalier du CH Henri Mondor.

L'évènement fut préparé en amont entre les collaborateurs Novartis et les représentants de l'URPS et de la filière, afin de déterminer quels enjeux et priorités nécessitaient une intervention dédiée. Le sujet de l'IC, et particulièrement du rôle du pharmacien d'officine dans sa prise en charge fut retenu. Le formation des pharmaciens d'officine est un enjeu pour permettre sa prise de position légitime dans le parcours de soin.

Ainsi, le cardiologue hospitalier est intervenu auprès de pharmaciens d'officine conviés par le biais de l'annuaire des pharmaciens de l'URPS. Il a repris les notions physiopathologiques de l'IC, détailler les traitements et dernières recommandations, axé la discussion autour du rôle du pharmacien.

Un replay de cette réunion est disponible sur le site de la filière, permettant à tous les pharmaciens d'officine de le visualiser et de se former individuellement sur ce sujet.

La collaboration entre tous ces acteurs, ayant permis d'identifier des points critiques dans le parcours, et proposant une mise en commun des partages d'expérience, et de la formation continue, est très inspirante.(48)

Un autre exemple est un projet à destination des pharmaciens d'officine mené par le laboratoire Novartis, dont l'objectif est de sensibiliser les pharmaciens aux signes EPOF, aux conseils hygiéno-diététiques, pour une meilleure prise en charge à l'officine.

Le projet consiste en un déploiement de campagnes emailing successives rappelant les signes EPOF et règles hygiéno-diététiques EPON (campagne juillet 2023 : Comment bien vivre son insuffisance cardiaque en été avec la chaleur voir Annexe 6), et rappelant l'orientation vers le médecin traitant ou le cardiologue en cas de signes évocateurs. Ils proposent également des liens vers des vidéos d'information sur l'IC réalisées par des professionnels de santé, comme des cardiologues.

Des pop-ups ont également été programmés, via le logiciel officinal LGPI, pour survenir lorsque des médicaments relatifs au traitement de l'IC sont délivrés par le pharmacien, et sensibiliser le pharmacien sur la prise en charge de l'IC.

Ces différents projets mettent en évidence l'importance de la collaboration entre les acteurs industriels, les associations, les médecins et les pharmaciens, pour améliorer la connaissance de l'IC et de sa prise en charge, notamment chez les pharmaciens d'officine.

III.2 Les outils à disposition

III.3.1 L'organisation des soins sur le territoire

L'organisation des soins sur le territoire est un enjeu primordial pour la mise en place d'un parcours qui soit cohérent, et pour identifier au mieux les points de rupture qui peuvent survenir lors de la prise en charge de l'IC. L'objectif est la coordination et le décloisonnement entre les différents domaines impliqués (ambulatoires, hospitalier, social...), et de gagner en lisibilité pour les patients et les professionnels de santé impliqués.

Les réseaux et filières de soin

Des outils d'aide à la mise en place d'un parcours optimisé pour le patient ont été mis en place : il s'agit des réseaux et filières de santé, créés en parallèle des Groupements Hospitaliers de Territoire depuis 2016. Ils sont encadrés législativement par le Code de la Santé Publique (CSP).

La filière de soin fait référence à la trajectoire du patient entre les différents niveaux de soins. Un réseau est constitué de l'ensemble des filières.(49)

Le réseau est défini selon le CSP comme ayant comme objectif « de favoriser l'accès aux soins, la coordination la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires. (...) Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins (...). Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. Afin de remplir leurs missions, les réseaux de santé peuvent se constituer en groupements de coopération sanitaire, groupements d'intérêt économique, groupements d'intérêt public ou associations. »

Les acteurs et les objectifs des réseaux et filières de soins sont cohérents avec ceux des parcours de soin et de santé. Ils sont des outils à la mise en place d'un parcours de santé optimal.

Les filières de soin spécifiques à l'IC sont nombreuses, et pour la plupart très actives.

Par exemple, la filière FINC/PHINC 94 regroupe de nombreux services de cardiologie hospitaliers, mais aussi les services de pharmacie des mêmes hôpitaux, et le président de l'association URPS pharmacie d'IDF. Comme nous l'avons détaillé dans la partie Acteurs des parcours, ils participent à la mise en place d'évènements de formation et d'information, pour favoriser les partages d'expérience entre les différents acteurs du secteur sanitaire, sur des sujets tels que la

télémédecine, la gériatrie, l'HDJ, l'éducation thérapeutique, et le rôle des pharmaciens dans les parcours.

Les réseaux voient leur efficacité évaluée par des critères d'évaluation qui sont inscrits au CSP. Ces critères évaluent : le fonctionnement du réseau, l'intégration des usagers et des professionnels dans le réseau, la qualité des soins effectués au bénéfice du patient, et le coût du réseau. (49) Il existait environ 700 réseaux de santé en 2016.

Un bilan de l'efficacité des réseaux a été réalisé par la Direction Générale de l'offre de soins en 2012, et il a été établi qu'ils avaient besoin d'évoluer.(50)

On a pu identifier que le médecin coordinateur avait besoin d'un appui pour orienter au mieux son patient, notamment dans le secteur médico-social. Les réseaux doivent désormais servir d'appui aux médecins traitants et équipes de soins de premier recours.

De plus, les critères d'évaluation, notamment concernant l'indicateur synthétique de qualité, montrent que 43% des réseaux avaient un score inférieur à 5 /10 et que 10% d'entre eux avaient un score entre 0 et 2/10.

Enfin, le coût alloué à la mise en place des réseaux est variable, ce qui conduit à redéfinir leur champ d'action et à les inscrire dans une démarche globale d'organisation de la coordination des parcours, conduite par les ARS, en collaboration avec les autres acteurs, et en intégrant les secteurs sociaux et médico-sociaux.(50)

Les points critiques des réseaux ainsi identifiés conduisent à la définition de nouveaux objectifs qui visent à perfectionner leur rôle dans l'offre de soin, pour améliorer la coopération et orienter au mieux les moyens financiers vers les structures qui répondent aux missions attendues.

Il faudrait également harmoniser les pratiques et les coûts des différents réseaux, et accompagner leur évolution vers un réel appui à la coordination.

Malgré cela, comme nous l'avons mentionné plus haut, des filières et réseaux de soins sont très actifs sur certains territoires, et participent à l'optimisation des parcours de santé.

La principale conséquence de la volonté de faire évoluer ces systèmes sera, après une phase d'adaptation entre 2017 et 2019 de mono à pluri thématique, une transformation en Plateforme Territoriale d'Appui (PTA).

La PTA est un dispositif structurel qui permettrait d'apporter des solutions répondant aux problématiques de prise en charge de patients polys pathologiques, en réduisant les pertes de chances pour les patients et les pertes de ressources en réduisant notamment le nombre de journée d'hospitalisation.(51)

Plusieurs dispositifs à l'instar des PTA, peuvent venir en appui des parcours de santé de la population au sein d'un même territoire, sur des problématiques différentes, ce qui peut rendre le système peu lisible pour les usagers.

Il s'agit par exemple des Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), ou encore des Coordinations Territoriales d'Appui (CTA).

Ainsi est créé le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC), un dispositif unique résultant de l'unification des différents outils.

Les DAC

L'objectif principal des DAC est d'apporter des réponses aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux qui font face à des patients dans des situations complexes.

Les DAC, comme toute organisation qui s'occupe des parcours de santé, sont composés d'une équipe pluriprofessionnelle (médecins, infirmiers, travailleurs-sociaux...).

Ils sont soutien de l'organisation du parcours de santé, et tentent d'accompagner les professionnels dans l'orientation et la prise en charge coordonnée du patient.

Par exemple, ils peuvent informer les PDS sur les ressources administratives disponibles sur le territoire, les faire bénéficier d'une assistance technique pour orienter directement les patients vers les structures ou professionnels adéquats, mettre en place une coordination spécifique pour les prises en charge complexe, avec notamment la mise en place d'un plan d'action personnalisé, et une aide à la gestion des situations complexes avec une analyse dédiée aux dysfonctionnements éventuels.

Les DAC peuvent également répondre à des demandes provenant des patients eux-mêmes et de leurs proches aidants, notamment s'ils intègrent des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC).

Par exemple, ils peuvent transmettre aux patients des informations, des conseils de prévention et de supports pour mettre en place leur propre parcours, répondant à leurs besoins spécifiques. Ils peuvent également les orienter vers les professionnels les plus adaptés à leurs besoins, et participer à la mise en place d'un PPS.(52)

Les DAC peuvent organiser enfin un observatoire des parcours de santé complexes sur le territoire pour repérer les principales sources de ruptures et pour améliorer le partage de pratiques entre professionnels et les parcours.

Ils assurent par ailleurs une juste représentation des acteurs médico-sociaux, médico-sociaux et sanitaires, en intégrant également des représentants des usagers, du Conseil départemental et des CPTS, favorisant ainsi la mise en place des parcours de santé pluridisciplinaires.(53)



Image 6 : Le dispositif d'appui à la coordination, Ministère de la Santé et des Solidarités

Les CPTS

Nous les avons défini dans la première partie : les CPTS sont un outil central de la restructuration des soins primaires.

Elles ont trois objectifs et missions (54) :

- Favoriser l'accès aux soins
- Promouvoir la prévention
- Développer les parcours de santé.

Elles cherchent à améliorer l'organisation des soins de ville, afin de faire répondre aux enjeux du virage ambulatoire, en tenant compte des caractéristiques du territoire en question, et ont également comme but de développer et d'optimiser l'exercice coordonné entre la ville et l'hôpital.

Tout professionnel de santé peut être impliqué dans une CPTS, ainsi que des structures d'exercice coordonné, telles que les MSP, les Equipes de Soins Spécialisées (ESS), les établissements de santé et hôpitaux de proximité, les structures médico-sociales, et les DAC.

Les projets qui seront menés sont décidés conjointement par la CPTS, l'ARS et la CPAM du territoire, qui les financera.

Afin de bénéficier de financements de la part de la CPAM, les CPTS doivent être éligibles au contrat prévu par l'Accord Conventionnel Interprofessionnel des CPTS, et donc avoir élaboré un projet de santé qui soit validé par l'ARS.

Les bénéfices d'une CPTS sont multiples, et s'inscrivent largement dans l'optimisation des parcours de soin. Elles favoriseraient notamment le décloisonnement des soins, le partage d'expérience entre acteurs du système de santé, ayant pour conséquence l'amélioration des connaissances des pratiques et enjeux de chacun.

Au niveau territorial, les bénéfices des projets menés par les CPTS peuvent être de lutter contre les déserts médicaux, améliorer les relations entre acteurs de soins d'un même territoire, améliorer leur qualité de vie professionnelle et enfin renforcer la dynamique entre la ville et l'hôpital.(55)

Nous détaillerons dans la partie Etude qualitative des acteurs du terrain le rôle du pharmacien d'officine dans les CPTS, avec l'entretien d'une pharmacienne de Carcassonne.

Maison de Santé Pluridisciplinaire

Les MSP sont des structures qui regroupent plusieurs professionnels de spécialités et de domaines variés : médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens, exerçant essentiellement en libéral. Des projets de santé sont élaborés par les professionnels, et doivent attester de leur exercice coordonné. Les projets sont contractualisés avec l'ARS, pour établir des objectifs et des moyens financiers.

L'enjeu est d'améliorer l'accès aux soins au niveau territorial, et la coordination des acteurs dans la prise en charge, particulièrement les soins non programmés, et s'inscrit parfaitement dans la dynamique de parcours.

Elles permettraient de plus de lutter contre la désertification médicale en rendant l'exercice plus attractifs pour les acteurs des soins primaires, particulièrement les médecins généralistes, à même de devenir médecins traitants pour coordonner les parcours.

Il a été montré que les zones sous dotées en médecins connaissent une augmentation du nombre de médecins généralistes depuis l'implantation de MSP sur le territoire, surtout en zone périurbaine. En zone rurale cependant, elles permettraient de ralentir la dégradation de l'offre médicale.(56)

Cela implique de réfléchir aux mesures d'amélioration de l'offre de soins au niveau territoriale en prenant en compte les spécificités de chacune.

Les MSP peuvent également favoriser la délégation de tâches aux autres professionnels de santé (vaccination pour les pharmaciens, surveillance pour les IPA...), et libérer du temps médical.(25)

Pour assurer la pérennisation du projet, l'ARS Hauts-de France recommande une composition minimale de 6 à 7 professionnels de soins primaires. Lors de la phase d'opportunité du projet, l'ancrage territorial doit être recherché par une information a minima de l'ensemble des professionnels de santé du territoire ; l'ARS accorde une attention particulière sur l'association la plus large des professionnels de 1er recours du territoire de développement de la maison de santé et notamment sur l'intégration des pharmaciens dans le projet, l'implantation d'une officine de pharmacie étant réglementée

En effet, les pharmaciens, qui assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours et, le cas échéant, de second recours, peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé.(57)

Équipe de Soins Spécialisées cardiologie(58)

Nouveauté au sein des organisations territoriales de la médecine libérale, l'Équipe de Soins Spécialisés (ESS) a été introduite dans la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé.

Leurs objectifs sont les suivants :

- Apporter une visibilité et une structuration de l'offre de spécialité sur le territoire
- Participer à la prise en charge coordonnée entre les acteurs de soins des 1er, 2° et 3°recours, des parcours de soins et de santé
- Désenclaver les territoires et de permettre l'accès, en tous points des territoires, à l'expertise, à la qualité et à la sécurité des prises en charge que ce soit en présentiel ou en distanciel avec le même service rendu
- Apporter une réponse adaptée aux besoins de santé des territoires sur l'ensemble des thématiques suivantes : dépistage, diagnostic, adressage, suivi, observance au long cours et continuité des soins.

Les missions obligatoires des ESS sont d'améliorer l'égal accès aux soins de spécialité en termes géographiques et financier, et de coordonner et sécurisé les prises en charge dans une logique de parcours.

Par ailleurs, les missions selon les besoins du territoire en question peuvent être variées, notamment :

- Promouvoir et soutenir les politiques de santé publique
- Contribuer au déploiement de bonnes pratiques
- Proposer des lieux d'accueil et de formation pour les professionnels de santé
- Assurer les prises en charge ambulatoires des patients, notamment les personnes vulnérables ou isolées
- Expérimenter et promouvoir de nouveaux modes de prise en charge

Les ESS complètent les Équipes de Soins Primaires ESP et les CPTS et collaborent également avec les DAC. Les ESS s'organisent sur un vaste territoire, pouvant correspondre à plusieurs CPTS et DAC, avec une responsabilité axée sur les pathologies de leur spécialité.

III.3.2 Le Programme de Retour A Domicile (PRADO)

Dans le but de répondre aux enjeux concernant la qualité de vie du patient, et de favoriser les prises en charge courtes avec un retour à domicile rapide (virage ambulatoire), l'AM a mis en place le PRADO, un dispositif d'appui qui offre un accompagnement personnalisé aux patients en sortie d'hospitalisation.

Il a pour objectif de préserver, voire améliorer la qualité de vie du patient ainsi que la qualité de la prise en charge en ville, et de diminuer la durée moyenne de séjour. Il serait de plus un outil pertinent dans la diminution des ré hospitalisations et des rechutes.(59)

L'équipe hospitalière qui va considérer un patient comme éligible au programme, va faire intervenir un conseiller de l'AM, qui présentera la possibilité au patient d'organiser son retour à domicile.

Le médecin traitant du patient, ainsi que les autres membres de l'équipe de soins primaires qui auront la charge du patient à sa sortie de l'hôpital, vont être contacté par l'AM, ce qui permettra de planifier les rendez-vous à la sortie d'hospitalisation.

Ce programme a été créé en 2010, et a d'abord été destiné aux sorties de maternité. Il a par la suite été étendu aux sorties d'hospitalisations pour un motif chirurgical, puis de décompensation cardiaque, d'exacerbation de BPCO, et pour un Accident Vasculaire Cérébral. Et depuis 2020, les personnes qui sont âgées de 75 ans et plus peuvent être éligibles au programme PRADO peu importe le motif de leur hospitalisation.(59)

Un carnet de suivi peut être remis au patient, pour faciliter la transmission des informations aux différents professionnels de santé, entre la ville et l'hôpital.

Dans le cas de l'insuffisance cardiaque :

Un infirmier spécialisé passe une fois par semaine au domicile du patient, pour une durée qui dépend du stade de sévérité NHYA, et qui varie entre 2 et 6 mois. L'infirmier est chargé de surveiller les constantes du patient, de s'assurer du bon suivi des conseils d'éducation thérapeutiques, des règles hygiéno-diététiques, et de l'observance.

En cas d'aggravation de l'état du patient, il pourra prévenir le médecin traitant.(60)

On voit dans cette démarche une volonté de conserver une continuité dans les soins, pour éviter les ruptures de parcours. Ce programme permet également d'apporter une aide non négligeable aux patients qui seraient en difficulté pour s'organiser, connaître et prévoir les différents soins dont il aurait besoin, particulièrement utile chez des patients âgés, en perte d'autonomie, handicapés, ou ayant peu de connaissances du système de santé et de leur prise en charge à titre individuelle.

Pourtant, malgré un objectif très louable, le programme PRADO montre des difficultés à réduire le taux de ré hospitalisations : dans une évaluation externe par les sociétés EY, PKCS et Public health expertise, le taux de ré hospitalisations pour IC à 30 jours était plus important chez les patients du programme PRADO, que chez les patients du groupe témoin.(5)

En revanche, des améliorations dans la qualité des soins, dans la réduction de la mortalité et dans la coordination entre professionnels de santé en ville et à l'hôpital semblent être apportées depuis la mise en place de ce programme.

III.3.4 Le numérique en santé

L'utilisation du numérique aujourd'hui cherche à répondre à de plus en plus de besoins organisationnels et de compétences dans de nombreux domaines.

Le secteur de la santé aurait beaucoup à gagner en mettant à son service des outils digitaux, tels que la télémédecine, les logiciels de prise en rendez-vous en ligne, les espaces numériques de santé, et le DMP.

La télémédecine

La télémédecine, telle qu'envisagée par les politiques de santé, serait un enjeu clé de l'amélioration de l'accès aux soins de tous les assurés sur tout le territoire.

Elle regroupe plusieurs catégories d'activités :

- La téléconsultation : établir un diagnostic, ou assurer un suivi à distance

- La régulation médicale : apporter des réponses médicales aux Samu et au centre 15 sur le terrain
- La télé expertise : demander l'avis d'un expert
- La télésurveillance : recueillir les données d'un patient sur son lieu de vie, et ajuster sa prise en charge au besoin
- La téléassistance médicale : guider à distance la réalisation d'un acte.(61)

La télémédecine constituerait un outil pertinent dans le parcours de santé en apportant une réponse aux besoins de la population habitant dans des territoires isolés, ou rencontrant des difficultés pour se déplacer (handicap, problème de transport, familles nombreuses...). Cela permettrait de plus de limiter le coût des transports sanitaires. Elle permettrait de garantir une continuité dans les soins, et pallier également la pénurie de médecins.

Elle pourrait également permettre une simplification du travail des soignants, tant dans la consultation que dans l'organisation des soins, par exemple en évitant que lors d'un évènement de santé, le patient aille aux urgences, alors qu'il pourrait consulter son médecin traitant ou spécialiste.

Dans le cas d'un établissement médico-social comme un EHPAD, la téléconsultation ne génère pas forcément de réticence de la part des patients pourtant âgés, et permet l'échange entre le médecin et l'équipe soignante du patient, ce qui n'est pas possible lorsque le patient se déplace.(62)

Elle pourrait également être une alternative à l'HAD, en permettant d'établir un lien entre le médecin traitant et l'équipe pluridisciplinaire en charge du patient, ou encore en évitant au médecin de se déplacer pour consulter, ce qui représente un gain de temps.

La télésurveillance

La télésurveillance est très présente dans les discussions autour de la prise en charge de l'IC.

Il s'agit d'un acte de télémédecine défini à l'article R. 6316-1 du Code de la santé publique : elle « a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ».

La télésurveillance médicale fait l'objet depuis 2014 d'un financement au titre des Expérimentations de la Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours en Santé (ETAPES). L'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a reconduit

l'expérimentation ETAPES pour une durée de 4 ans. L'enjeu était d'encourager et de soutenir financièrement le déploiement de projets de télésurveillance sur l'ensemble du territoire.

À ce jour, l'élaboration des référentiels de télésurveillance est conduite dans les 5 aires thérapeutiques concernées par le dispositif expérimental ETAPES : patients insuffisants respiratoires chroniques, patients insuffisants cardiaques chroniques, patients insuffisants rénaux chroniques, patients diabétiques, patients porteurs de prothèses cardiaques implantables à visée thérapeutique.(23)

Cinq groupements hospitaliers universitaires de région parisienne étaient en expérimentation depuis décembre 2019, pour la mise en place de télésurveillance et le développement de la coopération avec la médecine libérale via les CPTS, et dont l'objectif est de diminuer le nombre annuel de jours cumulés en hospitalisation conventionnelle de 20%. Des forfaits par patients sont établis en fonction de la gravité de leur IC, ainsi que des forfaits ETAPES.(63)

Depuis 2022, l'article 36 de la loi de financement de la Sécurité Sociale a créé un modèle de prise en charge de droit commun spécifique à la télésurveillance. Désormais, et ce depuis le 1^{er} juillet 2023, l'expérimentation ETAPES a pris fin, et la télésurveillance est passée dans le droit commun. Cela consiste en l'association entre la rémunération du suivi médical réalisé par un opérateur de télésurveillance et celle du dispositif médical numérique associé.(64)

Qu'est-ce qu'un opérateur de télésurveillance ? Il s'agit des équipes soignantes qui réalisent l'activité de télésurveillance encadrées par le Ministère de la Santé. Les opérateurs doivent déclarer les activités de télésurveillance pour permettre la prise en charge par l'AM.

La déclaration se fait à l'ARS, et doit décrire le volet administratif (identité, coordonnées, identifiants de la structure) et organisationnel (professionnels qui vont intervenir, activités confiées, dispositions pour assurer la continuité des soins...) de l'activité de télésurveillance.

Une fois la déclaration faite, l'opérateur peut choisir un dispositif numérique et contractualiser avec un exploitant dans une liste de Dispositifs Médicaux Numériques (DMN) référencés voir Annexe 7.(65)

Les DMN de télésurveillance sont des dispositifs médicaux numériques qui ont pour fonction de collecter, d'analyser et de transmettre des données physiologiques, cliniques ou psychologiques et d'émettre des alertes lorsque certaines de ces données dépassent des seuils prédéfinis et, le cas échéant, des accessoires de collecte associés, lorsqu'ils ne sont ni implantables ni invasifs et qu'ils sont sans visée thérapeutique. Ces dispositifs médicaux numériques permettent d'exporter les données traitées dans des formats et dans une nomenclature interopérables, appropriés et garantissant l'accès direct aux données et comportent, le cas échéant, des interfaces permettant l'échange de données avec des dispositifs ou accessoires de collecte des paramètres vitaux du patient.

Les patients éligibles sont les patients souffrant d'insuffisance cardiaque chronique, quels que soient le type et l'étiologie de la maladie et remplissant une des deux conditions suivantes :

- Hospitalisation au cours des 12 derniers mois pour une poussée d'insuffisance cardiaque.
- Actuellement en classe NYHA 2 ou plus avec un taux de peptides natriurétiques élevé (BNP > 100 pg/mL ou NT pro BNP > 1000 pg/mL).

Les patients non éligibles :

- Impossibilité physique ou psychique pour le patient ou l'aidant d'utiliser le DM numérique de télésurveillance médicale et/ou ses accessoires de collecte selon le jugement du médecin désirant inclure le patient dans le projet de télésurveillance médicale
- Refus du patient à la transmission des données nécessaires à la mise en œuvre du contrôle de l'utilisation effective du DMN et à l'obtention de résultats individualisés ou nationaux d'utilisation en vie réelle
- Refus du patient d'avoir un accompagnement thérapeutique.

D'autres professionnels impliqués dans le parcours de soin du patient peuvent intervenir à la demande du médecin télésurveillance dans le parcours du patient insuffisant cardiaque chronique (gériatre, diététicien, pharmacien d'officine, biologiste, assistants sociaux, psychologue, éducateur d'activité physique adaptée, masseur-kinésithérapeute, etc.).

En revanche, tous les professionnels de santé en charge de la télésurveillance doivent être formés à la pratique d'une télésurveillance et à la cardiologie :

- Ils doivent être formés au DMN et aux accessoires de collecte qu'ils utilisent.
- Ils doivent être capables de distinguer les éléments artéfactuels des alertes ou signes cliniques véritables.
- Au moins un des membres de l'équipe de télésurveillance au contact direct des patients dans le cadre d'une activité de télésurveillance, et idéalement l'ensemble de l'équipe, doit être formé à l'éducation thérapeutique (formation minimale de 40h conformément au décret du 2 août 2010 ou d'un DU d'éducation thérapeutique ou de la validation d'un programme DPC portant sur l'éducation thérapeutique).

La France est le premier pays de l'Union Européenne à instaurer un cadre pérenne de remboursement par l'AM de la télésurveillance médicale apportant un bénéfice clinique ou améliorant l'organisation des soins.(23)(64)

La télémédecine pourrait s'avérer extrêmement efficace pour certaines pathologies chroniques, et il est nécessaire de bien accompagner sa mise en place, en formant les professionnels de santé à son usage, en garantissant la sécurité des données, et en veillant à ce que le patient soit satisfait de cet accès aux soins.

Elle semble d'autant plus adaptée aux maladies chroniques, car elle serait plus aisément utilisable dans un contexte de suivi que dans un contexte d'évènement aigu.

Le DMP

Le DMP est l'un des premiers outils proposés par les politiques de santé pour mettre en place un parcours de soin coordonné. Il s'agit d'un carnet de santé numérique qui conserve et sécurise les informations de santé du patient, comme les allergies, les traitements, les examens.

Son rôle devait être de faciliter l'organisation des soins et de fluidifier l'échange d'informations concernant le patient entre professionnels de santé, au-delà même de la médecine de ville. La loi prévoyait que chaque professionnel y renseigne les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à une prise en charge coordonnée et efficiente.(66)

Le DMP va de ce fait être intégré sur prérogative de la loi Ma Santé 2022 par un espace numérique de santé : Mon espace santé.

Celui-ci rassemble à la fois un dossier médical partagé consultable par les professionnels de santé et le patient, mais également une messagerie sécurisée pour les échanges entre les professionnels de santé et le patient, et un agenda de santé. (67)

Il s'agit là d'un potentiel outil précieux dans la mise en place des parcours de soin mais aussi de santé : un patient dont le suivi est organisé et lisible par les différents acteurs du système de soins verra ses chances d'être mieux pris en charge optimisées.

De plus, le patient pourrait se sentir rassuré d'avoir ses informations de santé consignées, faciles à retrouver et à transmettre. Il sera également aidé dans l'organisation de son parcours de santé.

Pour éviter qu'à l'image du DMP, l'espace numérique de santé soit très peu utilisé, il sera nécessaire de bien informer les soignants, et de leur démontrer l'intérêt qu'ils pourront trouver à utiliser cet outil, et trouver les bons canaux de communication pour en informer aussi les usagers.

Prise de rendez-vous en ligne

Dans le but de faciliter l'organisation des soins, le canal digital est aussi utilisé pour simplifier la prise de rendez-vous médicaux en ligne. Les systèmes et sites internet se multiplient, et présentent plusieurs avantages. En effet, ils permettent tout d'abord de gagner du temps dans la prise de rendez-vous. De plus, ils permettraient aux personnes réticentes à assumer les raisons de leur besoin de consultation à passer plus facilement le cap, par rapport à une prise de rendez-vous téléphonique. Les systèmes ont également une option de rappel pour les rendez-vous, ce

qui permet de limiter les oublis, rappels d'autant plus importants chez certains spécialistes dont les délais d'attente pour un rendez-vous sont très longs.

Il est également possible sur certaines plateformes de télécharger les résultats d'examens en amont du rendez-vous. Certaines d'entre elles proposent des téléconsultations en plus de la prise de rendez-vous (par exemple sur Doctolib).

Il y a en revanche des aspects critiquables à cette pratique : la facilité de prise de rendez-vous conduit parfois à une facilité d'annulation ou de non venue des patients aux rendez-vous, ce qui crée des désorganisations dans les plannings des médecins déjà compliqués à gérer.

De plus, l'utilisation de ces plateformes peut s'avérer plus difficile pour les personnes âgées qui ne sont pas forcément à l'aise avec le digital de façon générale.

Malgré cela, il semble que ce genre d'outils numériques favorisent le rapprochement des patients au système de santé, en facilitant le contact avec les professionnels de santé, et donc la construction d'un parcours de santé.

IV. Le point de vue des usagers

Afin de poursuivre l'état des lieux des parcours, nous pouvons nous intéresser au point de vue des patients vis-à-vis de l'accessibilité au système de soin.

Identifier les freins à l'intégration des parcours, ce que l'on peut qualifier aussi de renoncement aux soins, peut nous aider à établir si les politiques de santé en matière de parcours répondent aux problématiques principales identifiées chez les patients. Des études ont été menées sur ces sujets, et ont permis de mettre en évidence plusieurs facteurs de renoncement aux soins.

Il est difficile d'appréhender les parcours de soin par des méthodes quantitatives, car ils sont complexes et résultent de nombreux facteurs individuels.(68)

Les parcours sont structurés par différentes formes de contraintes, et démontrent une dynamique propre à chacun à chaque nouvel évènement de santé.

Le renoncement aux soins a quant à lui un caractère complexe car il est multifactoriel.

La santé, parfois considéré comme le bien et le droit le plus précieux, se trouve pourtant au carrefour entre plusieurs aspects de la vie d'une personne : évènement professionnels, émotionnels, financiers, de la vie en général...(69)

Il sera donc nécessaire d'apprécier toutes ces caractéristiques de la vie d'une personne, afin de trouver les moyens les plus adéquats de lui permettre d'être acteur de son parcours de santé.

Le phénomène de renoncement aux soins ne s'identifie pas seulement au niveau des comportements des patients, mais est relatif à leurs conditions de vie. La lutte pour la santé passe de ce fait par une lutte contre les inégalités.

Il s'agit d'un enjeu autour de l'accessibilité territoriale et financière, qui comprend la lutte contre le renoncement aux soins, leurs coûts, la démographie médicale, les freins liés à la compréhension du système par les patients...(69)

On peut définir le renoncement aux soins comme un ensemble de situations où les personnes n'accèdent pas à certains soins dont elles auraient besoin.

Elles n'adressent pas une partie voire la totalité de leurs demandes au système de santé, ou bien une fois les démarches engagées, elles ne continuent pas dans leur parcours.

Le facteur socio-économique est prédominant dans la dynamique de renoncement aux soins, mais il s'accompagne aussi de facteurs concernant les conditions de vie, les ruptures et intégrations sociales, les représentations de la santé, les caractéristiques psychologiques, et le manque de connaissances et informations sur les droits dont peuvent bénéficier les patients.(70)

IV.1 Renoncement aux soins

IV.1.1 Le facteur financier

Le facteur socio-économique est la raison la plus souvent évoquée par les patients concernant leur non-recours au système de santé.(69)

Des études ont identifié que le renoncement aux soins était justifié pour un nombre non négligeable de patients (60% sur plus de 40 000 personnes interrogées au cours de l'enquête) par un reste à charge trop important.(70)

Certains soins et consultations nécessitent en effet une avance des frais, c'est le cas notamment pour les consultations de secteurs 2, qui représentent une majorité de consultations de spécialistes. Ces consultations qui ne sont pas entièrement remboursées par l'AM, peuvent être prise en charge en partie par une mutuelle de santé, à laquelle il faut préalablement souscrire.

Une telle anticipation n'est pas forcément possible pour des personnes ou des familles dont la situation financière est déjà critique.

Une incertitude concernant le coût de certains soins est également à l'origine d'une réticence financière à la consultation.(70)

IV.1.2 Le non-recours aux aides

Le reste à charge peut être amoindri par la souscription à une mutuelle de santé, ou bien par la demande d'aides, telles que la Couverture Maladie Universelle (CMU) ou à l'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS), deux services de protection sociale qui ont récemment fusionnés pour constituer la Complémentaire Santé Solidaire (CSS).

L'absence de complémentaire santé est identifiée comme un acteur favorisant au renoncement aux soins. Pourtant, des études ont montré qu'une partie des personnes éligibles à ces aides n'en font pas la demande.

C'est un exemple parmi d'autres de la méconnaissance es patients concernant leurs droits en matière de santé

Lorsque l'ACS était encore en place, trois types de facteurs avaient été identifiés comme pouvant expliquer la non-perception de cette aide :

- La non-connaissance, conséquence d'un manque d'information
- La non-demande, qui peut s'expliquer soit par un choix : une aide pas assez avantageuse pour le patient, ou par contrainte : démarches trop complexes, ou peur de la stigmatisation

- La non-perception, le patient qui fait une demande mais ne perçoit pas l'aide.(70)

IV.1.3 Le facteur socio-culturel

Un lien entre santé et environnement socio-culturel a été mis en évidence, et cela peut affecter la capacité du patient à recueillir les informations nécessaires pour demander une prestation.

En effet, les coûts liés à la demande d'aide (demande d'informations et conditions d'éligibilité, formulaire de demande à remplir, justificatifs nécessaires à rassembler, complexité administrative...) sont ressentis immédiatement, alors que les bénéfices liés à l'aide ne seront ressentis que plus tard, à la survenue d'un évènement de santé.

Cet environnement socioculturel peut être responsable d'une certaine représentation de la médecine et du corps médical. En effet, dans une étude conduite sur des jeunes en situation de précarité, un rapport distancié avec la médecine a été identifié, mettant en exergue un ressenti de manque de légitimité de la part des patients sur le sujet de leur santé. Un déficit de connaissance en matière de santé les rend moins aptes à mettre en place des actions visant à entretenir leur santé.(71)

Le rapport au système de santé est différent pour chacun, et varie selon les cultures, les milieux socio-économiques et professionnels, et selon l'âge. Il est cependant important de comprendre ce qui régit les relations entre patients et système de santé, pour adapter au mieux l'offre de soin. Cela dit, on comprend que malgré la volonté de mettre au point des parcours de santé pour tous, les expériences de chacun sont personnelles et rendent leur parcours spécifique et complexe.

IV.2. Étude qualitative des acteurs de terrain

Dans le but d'évaluer l'impact concret des politiques de parcours, j'ai eu l'occasion pour ce travail d'interroger différents acteurs des parcours de santé et de soin.

Méthode

L'échantillon étant restreint, nous nous limiterons à une analyse qualitative des expériences et ressentis des acteurs du système de santé interrogés.

Tous ne sont pas représentés dans cette analyse, mais nous aurons le point de vue d'une pharmacienne d'officine membre d'une CPTS, d'un représentant d'une association de patients, d'un médecin traitant, d'un cardiologue spécialiste en exercice mixte (libéral et au sein d'un SSR cardiologie à l'hôpital), et le point de vue de l'industrie pharmaceutique (Laboratoire Novartis).

Le pharmacien CPTS

J'ai eu l'occasion de discuter le 7 juillet 2023 avec Mme Pascale Fozza, pharmacienne titulaire d'une officine à Carcassonne. Elle est également membre de la nouvelle CPTS du territoire, dont le projet en cours d'élaboration concerne la prise en charge de l'IC sur le territoire.

Afin de mettre en place de nouveaux projets pour cette CPTS, une trentaine d'acteurs étaient présents sur trois réunions successives, notamment : des cardiologues hospitaliers, des représentants de la CPAM de l'Aude, des cadres de santé de l'hôpital, des infirmiers Prado, un diététicien, un responsable d'associations de patients, un représentant de chez Novartis, et une pharmacienne d'officine, Mme Fozza.

La première réunion avait pour objectif d'identifier les points de rupture du parcours de soin du patient IC, selon le domaine d'expertise de chacun des acteurs. Ces échanges ont également permis aux protagonistes d'échanger sur leur pratique, de partager leurs expériences, et d'améliorer leur connaissance sur les domaines qui ne sont pas forcément les leur.

Certains points critiques ont été identifiés à l'issue de ces discussions, comme la sortie de l'hospitalisation :

- difficulté à faire parvenir le courrier au MT
- ordonnance prescrite pour 1 mois par le cardiologue hospitalier à faire renouveler par le MT, ce qui entraîne parfois un arrêt de traitement au bout de 30 jours
- la non-compréhension du patient concernant sa pathologie, entraînant des de la non-observance ou des erreurs dans les consignes (pesée, suivi des constantes...)

En ce qui concerne le rôle du pharmacien d'officine, il semble prendre de plus en plus d'importance, et ne plus avoir uniquement une place de « bout de chaîne » de délivrance des traitements. En effet, certains patients se confient à leur pharmacien d'officine, qui peut alors discuter avec eux de la pathologie, de leurs traitements, les former à la surveillance des signes EPOF, EPON etc.

Dans sa pharmacie, Mme Fozza propose également de faire le lien direct avec le cardiologue spécialiste si le patient exprime ou ressent le besoin de consulter, car un manque crucial de MT dans la région fait que certains patients n'ont pas de MT pour coordonner leur parcours et réaliser leur suivi.

Le rôle de pharmacien référent du parcours de soin pourrait prendre son sens dans des territoires comme celui-ci. C'est d'ailleurs une demande que Mme Fozza reçoit régulièrement de la part des patients.

Un courrier adressé aux pharmaciens à la sortie d'hospitalisation pourrait être une idée d'amélioration de la coordination ville-hôpital, du fait de la difficulté du suivi médical en ville, et du fait également de la place importante que le pharmacien d'officine peut occuper dans le parcours.

Enfin, pour être les plus à même à accompagner les patients dans leur parcours et leur délivrer les informations les plus pertinentes, les pharmaciens d'officine doivent être formés à l'IC, à la physiopathologie, aux traitements, et à la prise en charge pluridisciplinaire. Pour ce dernier point, l'accès aux messageries sécurisées en place pour favoriser la communication entre professionnels de santé devrait être ouvert aux pharmaciens d'officine, car des difficultés dans la prise de contact avec les médecins sont présentes.

Les associations de patients

Le rôle des associations de patients, comme on l'a vu précédemment, est de faire entendre la voix des usagers, et de déployer des services à la personne pour compenser un manque de dilution dans les services mis en place par les politiques de santé.

J'ai conduit un entretien avec le président de l'association Alliance du Cœur, M. Philippe Thebault, le 26 novembre 2021.

En rapport direct avec les patients, cette association de patients décrit son rôle premier dans l'accompagnement des malades, particulièrement dans des moments où ils peuvent se sentir perdus voir délaissés par le système de santé, en sortie d'hospitalisation pour décompensation par exemple.

Elle met en place des groupes de parole, des lignes téléphoniques, et se déploie sur le terrain pour apporter des réponses aux patients. Les conseils, les réflexes à mettre en place ont été expérimentés et essayés par des patients, ce qui crée un réel partage d'expérience, pouvant se révéler très impactant.

Concernant ses projets : elle est proche des sociétés savantes et de professeurs spécialisés en cardiologie, et a co-écrit des documents contenant des recommandations pour les patients avec le Syndicat Français de Cardiologie (SFC). Elle collabore également avec des patients experts en cardiologie.

Elle travaille actuellement sur des projets de télésurveillance, enjeu majeur du suivi des patients en sortie d'hospitalisation, en collaboration avec la HAS et la CNAM.

Alliance du cœur organise des évènements, des ateliers de dépistage et d'informations, et des conférences médicales. Étant une union nationale d'associations, son champ d'action peut être local (départemental ou régional) ou national.

Elle organise de plus des émissions télévisées pour promouvoir les règles hygiéno-diététiques auprès des patients. Elle utilise des canaux différents du secteur médical pour sensibiliser, prévenir et accompagner les patients.

Elle souhaiterait cependant avoir plus d'espace de parole et d'interlocuteurs pour pouvoir faire remonter les informations sur les ressentis patients.

Concernant leur interaction avec les autres acteurs du parcours, l'association travaille beaucoup avec les industries pharmaceutiques et les institutions, où elle tient un rôle de consultant, ce qui leur permet de construire des projets en adéquation avec les besoins des patients.

Le rôle et le poids du patient évolue dans les projets, ils sont de ce fait plus consultés et écoutés.

Elle rappelle de plus l'importance souvent sous-estimée du pharmacien d'officine, le qualifiant comme le professionnel le plus en contact avec les patients, avant même le médecin généraliste.

[Le cardiologue spécialiste](#)

J'ai pu discuter avec un cardiologue, le Dr. Thierry Maurin, le 02 décembre 2021, dont l'activité est mixte : une pratique libérale en cabinet et une activité en SSR sur l'hôpital de Perpignan.

En tant que professionnel de santé, plusieurs aspects de son témoignage étaient cohérents avec l'étude de ce travail, par exemple, que les DMP étaient très peu utilisés, du fait notamment d'un problème avec l'adaptation au logiciel de travail du cabinet, et d'un manque d'utilisation de cet outil de la part des autres médecins. Les pharmaciens en revanche en ont une utilisation plus régulière.

Une très forte collaboration est présente entre les médecins traitants et les cardiologues libéraux, avec un échange de courrier via messagerie sécurisée Apicrypt, qui permet l'échange d'informations sur les patients. Un aller-retour médecin traitant – cardiologue – médecin traitant est fréquent, avec une intégration des patients envoyés par le médecin coordinateur dans les plannings pourtant chargés des spécialistes de ville.

De même pour les patients en sortie d'hospitalisation, une très forte fiabilité dans la réception des comptes rendus d'hospitalisation est un point positif de la collaboration ville-hôpital.

En revanche, une réelle dégradation de ce circuit de professionnel de santé est à noter depuis la diminution du nombre de médecins généralistes en région, ce qui limite le temps médical, et entraîne une altération de la première réponse que représentent les soins de premier recours. Les patients dans l'incapacité de joindre ou de consulter leur médecin traitant tentent donc d'interagir avec le spécialiste directement, qui se retrouve dans l'incapacité de répondre positivement à leur requête, faute d'adressage médical et de temps.

Le manque de médecins et d'infirmiers est une problématique très concrète pour les spécialistes exerçant actuellement dans cette région, dont la population de personnes âgées est importante (32,6% de personnes âgées de plus de 60 ans, contre 25,9% au niveau national).

Le médecin traitant

Je souhaitais discuter avec un médecin traitant car ils sont les principaux intéressés dans la gestion des parcours de soin, notamment dans l'aspect de coordination.

J'ai pu discuter avec le Dr. Yann Rossard, médecin généraliste installé depuis 5 ans à côté de Perpignan.

Pour lui, le manque de médecins, et de soignants en règle générale, est une problématique qui constitue la base des difficultés d'organisation et de coordination des soins.

Les IPA sont peu répandus en Occitanie, et concernant le seul qu'il a eu l'occasion de rencontrer, il émet quelques remarques. Dans ce cas précis, le rôle véritable de l'IPA semblait être de récupérer les actes et consultations délégués par le médecin plus que de réaliser un réel suivi. Dans le même temps, le suivi par le médecin était moins régulier et plus brouillon car beaucoup plus espacé dans le temps. Une vraie redéfinition des champs d'activité des deux acteurs semble nécessaire selon lui.

Malgré le manque de temps, il fait tout de même remarquer que la profession a conscience du rôle social du médecin généraliste : les entretiens avec la famille sont fréquents, ainsi que les appels aux assistants sociaux si besoin, par le biais d'infirmier ou d'aide-soignant, en bref, de nombreux interlocuteurs sont présents pour aider à une prise en charge globale.

Concernant les outils du parcours, il reconnaît la difficulté d'utilisation du DMP, et remet aussi en question sa pertinence. Pour lui, il est nécessaire pour que les informations soient utiles et surtout utilisables par les autres professionnels de santé. Pour cela, le médecin traitant doit jouer un rôle de pierre angulaire pour gérer ce dossier. Un surplus d'informations sur le patient par exemple âgé, ne paraît pas pertinent, et peut emboliser le dossier. Cependant, le manque de temps est indéniable, et la gestion des DMP en demande beaucoup, ce qui peut rendre difficile cette action.

Son avis sur l'efficacité des CPTS n'est pas tranché. En tant que professionnel de santé sur le terrain, il émet certaines réticences concernant cette façon de faire plutôt bureaucratique. Il serait plutôt pour la constitution d'un réseau médical et paramédical, avec des réunions permettant des interactions physiques, de « mettre des noms sur des visages ».

Concernant la collaboration entre les acteurs, notamment entre l'hôpital et la ville, un manque d'organisation est à relever selon lui. Les courriers de sortie d'hospitalisation sont mieux

qu'avant, mais arrivent parfois avec du retard. Les consultations en ambulatoire ne sont pas réalisées par des spécialistes, et le manque de personnel soignant fait que les services arrivent rapidement à saturation, ce qui impacte la communication et la coordination.

Il y a cependant des numéros directs où joindre les praticiens hospitaliers, permettant d'accéder à un canal d'échange entre professionnels de santé.

Sa conclusion est que l'important dans la réorganisation des soins pour améliorer les parcours est la décentralisation. Ce serait également de recréer de la proximité et du lien entre les acteurs, et entre professionnels et patients. Pour cela, un rapprochement sur un même lieu physique semble très pertinent (MSP). Il évoque de plus l'importance d'éduquer les patients à une « consommation de soins raisonnée », ce qui permettrait selon lui de redéfinir le terme d'urgence médicale et de participer à l'amointrissement de la saturation des urgences.

L'industrie pharmaceutique

Au cours de mon expérience dans l'équipe de parcours de soin IC chez le laboratoire Novartis, j'ai eu l'occasion de travailler avec des praticiens hospitaliers de différentes structures au niveau national.

Le laboratoire avait participé à la réalisation d'une étude REZICA, dont l'objectif était d'analyser le parcours pré et intra hospitalier de l'IC.

Cette étude a permis à Novartis de mettre au point un outil de diagnostic de parcours, à remplir par les praticiens, qui recense les informations sur les patients, de leur entrée à leur sortie d'hospitalisation (filières suivies par les patients pour arriver à l'hôpital, services par lesquels ils sont passés, traitement prescrit, accès aux examens notamment l'échocardiographie...).

Une fois le diagnostic effectué, les résultats (et non les données relatives aux patients) sont analysés avec l'équipe terrain du laboratoire. Les services hospitaliers concernés (cardiologie, urgence, gériatrie, médecine interne...) forment des groupes de réflexion, pour discuter des solutions à mettre en place pour résoudre les points de rupture du parcours.

Cinq solutions ont été élaborées pour répondre aux principaux points critiques :

- Améliorer la coordination entre la ville et l'hôpital
- Mettre en place un hôpital de jour
- Favoriser la communication inter services (particulièrement entre la cardiologie et la gériatrie)
- Mettre en place une filière de soins IC
- Développer des solutions telles que la télésurveillance.

L'équipe terrain Novartis a la charge d'accompagner la mise en place des projets, en accord avec la direction de l'hôpital, et peut être accompagnée d'un responsable des institutions ou des affaires publiques, et du délégué hospitalier.

Le relationnel avec les professionnels de santé est primordial dans la construction de ce type de projets, ainsi que la connaissance des spécificités territoriales de la structure en question.

Des évènements autour du parcours de soin IC sont organisés par le laboratoire, en collaboration avec des Key Opinion Leader (KOL), très fréquemment sollicités par les industries de santé pour appuyer leur communication auprès des professionnels de santé.

Le laboratoire investigate également le parcours de soin des patients IC en ville, en utilisant les outils du parcours tels que les CPTS.

Il s'agit d'une nouvelle implication du laboratoire dans le système de santé, qui malgré une volonté d'optimiser l'organisation des soins, ne laisse pas de côté l'objectif business. Même si l'approche est organisationnelle, le laboratoire a intérêt à mettre en place des stratégies pour que les bonnes thérapeutiques soient distribuées aux patients qui en ont besoin. Le parcours de soin concerne aussi l'accès aux traitements.

V. Discussion

V.I Le décloisonnement du système

Il est nécessaire de diagnostiquer le cloisonnement actuel qui constitue notre système de santé, et d'en appréhender les conséquences sur les soins aux patients.

Le cloisonnement peut résider entre les domaines composant le système de santé dans sa globalité : sanitaire, médico-social et social, mais se voir également en intra-sectoriel, entre les services en intra-hospitalier ou entre la ville et l'hôpital par exemple. La division du travail ne cesse de se complexifier, avec un développement des savoirs qui conduit à une hyperspécialisation, et ce particulièrement en médecine, et une utilisation de technologies de plus en plus sophistiquées.

En ce qui concerne les patients et leurs aidants, l'accès aux informations et aux services proposés par le système est complexe et peut être décourageant.

Il y a de plus un cloisonnement administratif entre les services, qui a pour conséquence des délais d'attente très longs pour des obtenir aides financières, ou des places d'hébergement.(72)

Le décloisonnement pourrait améliorer la prise en charge des patients en simplifiant la navigation du patient entre les secteurs du système de soin, et en optimisant le travail collaboratif.

Un décloisonnement permettrait également d'étendre les prises en charge aux populations vivant dans une zone géographique isolée, d'augmenter le capital santé, et de rendre plus cohérent l'intervention des aidants. Il s'agit d'un enjeu primordial car les patients les plus exposés aux méfaits du cloisonnement du système de santé sont aussi les plus fragiles, et sont ceux qui ont servi à identifier les champs d'intervention visés par les politiques de parcours : les personnes souffrant d'un handicap, les personnes âgées et les malades chroniques.(73)

De plus, la précarité économique dans cette population déjà fragile aggrave la qualité de vie en causant des ruptures de parcours.

Le décloisonnement peut être accompagné d'un cadre législatif, comme avec la loi Touraine(74), ou Ma Santé 2022, et en mobilisant plusieurs ressources telles que les CPTS, les MSP, les DAC, les filières et réseaux de soin etc. en prenant soin d'assurer la représentativité de chaque secteur, pour une prise en charge globale et complète.

V.2 Les outils à disposition

Nous avons constaté que de nombreux outils organisationnels, institutionnels, législatifs ont été mis en place ces dernières années pour optimiser le parcours de soin des patients IC.

Pour rappel, ils ont pour objectif d'améliorer la coordination et la collaboration entre les acteurs, et de favoriser un parcours de santé lisible et accessible au patient.

Il est intéressant de noter que ces structures et organisations, telles que les CPTS, les MSP, les DAC, et les filières sont pluridisciplinaires. Il apparaît primordial d'avoir une représentativité de chaque domaine : médical, sanitaire, médico-social, afin de favoriser les échanges et le partage d'expérience, pour fluidifier le parcours de santé.

En ce qui concerne l'impact du PRADO, nous avons constaté que les résultats concernant la diminution du taux de ré hospitalisations étaient peu satisfaisants. De plus, lors des échanges avec les acteurs du terrain au cours de l'étude qualitative, ceux-ci ont partagé leurs impressions : peu de patients sont intégrés à ce programme, et peu de professionnels de santé en ont connaissance, ou bien ils ne savent pas comment l'initier. Ces impressions sont en partie confirmées par les chiffres du PRADO 2022 : 19 500 patients IC intégrés à ce programme, ce qui représente 16% des patients atteints d'IC annuellement.(75)

Cela met en évidence l'importance de mettre en place une communication autour des projets en place et ceux à venir, et de donner de la visibilité à des outils préexistants, parfois méconnus des acteurs du système de santé et des patients.

La présence du pharmacien d'officine dans ces structures démontre l'importance de la profession dans la prise en charge du patient, et dans la réflexion autour de projets communs. Le rôle du pharmacien doit être valorisé dans la prise en charge du patient IC en ville et à l'hôpital.

En ce qui concerne les outils numériques, nous pouvons dans un premier temps analyser l'efficacité du DMP. Mis en œuvre en 2004, seulement 260 000 DMP étaient ouverts fin 2012.(76)

Ce retard a été préjudiciable au médecin traitant sensé coordonner tous les soins relatifs à ses patients. Une seconde relance de lancement a été faite en 2018 permettant d'ouvrir 10.000.000 DMP supplémentaires. Cependant, les professionnels de santé devant mettre à jour ce dossier n'ont pas été financièrement incités à le faire et les usagers sont souvent perplexes quant à son utilité.

Le DMP semble être un exemple d'une divergence entre les recommandations des politiques de santé, et la leur intégration dans la pratique quotidienne sur le terrain. Il paraît important que la réalité du terrain soit remontée aux instances compétentes afin de pouvoir adapter les outils.

De plus, cette expérience met en évidence la problématique autour du manque de temps médical, particulièrement chez le médecin généraliste et/ou traitant. Selon les législations il est la porte

d'entrée dans le système de soin, le coordinateur et le principal responsable du suivi des patients. Dans un contexte de pénurie médicale et d'augmentation de l'incidence des pathologies chroniques qui nécessitent un suivi fréquent et rapproché, il est indéniable qu'il est difficile pour les médecins généralistes à répondre à toutes les missions qui lui sont confiées.

Le rôle du pharmacien d'officine, et notamment du pharmacien correspondant permettrait un partage des tâches et des missions tout en libérant du temps médical. Il apparaît de ce fait que la coordination des acteurs est un enjeu primordial dans l'optimisation du parcours de soin.

V.3 La coordination des acteurs

Le décloisonnement du système de santé doit être appréhendé conjointement à une meilleure coordination entre les acteurs.

On peut établir une distinction entre deux notions proches qui sont la coordination et la coopération. La coordination concerne les moyens mis en œuvre pour faire le lien entre plusieurs parties d'une organisation de travail, ici les acteurs du parcours (professionnels de santé, du social, médico-social).

La coopération concerne les échanges entre acteurs, par écrit ou à l'oral. On coordonne les actions et on coopère entre individus.(77)

Il paraît nécessaire d'adopter une vision transversale en ce qui concerne la coopération entre professionnels, et de fluidifier la communication et le partage d'informations.

Sur un plan quantitatif, si on regarde les événements graves liés aux soins (Rapport de 2018 de la HAS), et notamment les causes profondes identifiées sur 820 déclarations, on retrouve deux grandes catégories de défaillances :

- Dans la gestion de l'information : communication, informations écrites dans le dossier patient, transmissions et alertes
- Dans la coordination des professionnels : répartition des tâches, encadrement, demande de soutien.

On peut noter que la communication entre professionnels est la première cause de défaillance de l'équipe.(78)

Dans le cas de l'IC, des points de rupture dans le parcours de soin des patients ont été identifiés: d'après le rapport de la CPAM 2021, seuls 30% des patients réhospitalisés avaient eu un contact avec un cardiologue avant leur réadmission, et 15% des patients n'avaient eu aucun contact avec le système de soins dans les 2 mois qui ont suivi leur hospitalisation.

En ce qui concerne la coopération à l'hôpital, l'hyperspécialisation des acteurs du secteur médical peut rendre également la coopération complexe entre services (urgences, cardiologie,

gériatrie...). On perçoit une certaine étanchéité des cultures professionnelles propres au milieu sanitaire et aux milieux médico-sociaux et sociaux. Nous avons détaillé par exemple le rôle du pharmacien clinicien dans la prise en charge du patient à l'hôpital, et notamment dans la préparation de sa sortie et du relai ville-hôpital. Le développement et l'intégration du pharmacien clinicien dans la prise en charge aigue de l'IC favorise le travail pluridisciplinaire et une prise en charge optimale, notamment en ce qui concerne le traitement médicamenteux et l'éducation thérapeutique du patient.

L'envoi des courriers de sortie au médecin traitant, au cardiologue et au pharmacien d'officine semble être une procédure intéressante, d'une part pour replacer le pharmacien au cœur de la prise en charge, mais également pour participer à solutionner le point critique fondamental de la coordination ville-hôpital.

Dans le contexte de virage ambulatoire et de prise en charge et prévention en ville, le pharmacien d'officine joue un rôle clé. Il est l'un des premiers professionnels de santé sollicité à la sortie de l'hospitalisation, faisant de lui un interlocuteur privilégié pour les patients, et également un acteur primordial dans la transmission d'informations importantes pour le patient sur sa pathologie, ses traitements, le suivi de la maladie... Il peut participer à la transmission d'informations du patient jusqu'aux médecins. La mise en place d'une messagerie sécurisée permettant au pharmacien d'officine d'échanger directement avec le cardiologue ou le médecin traitant pourrait être une piste de réflexion pour favoriser cette collaboration entre professionnels de ville. Les patients ont parfois plus de facilité à se confier à leur pharmacien qu'à leur médecin, du fait de l'accessibilité de l'officine (horaire d'ouverture, pas de prise de rendez-vous...) et de la proximité qu'il peut y avoir entre un pharmacien et son patient.

Par ailleurs, un des enjeux de la prise en charge de l'IC est la connaissance et la reconnaissance de cette pathologie par les patients et par les professionnels de santé. Il est à noter que la formation des pharmaciens en ce sens est essentielle. Les organisations telles que les URPS ou les filières de santé participent à la formation continue des pharmaciens d'officine. L'intervention des institutions et des industries de santé pour sensibiliser et former les pharmaciens à l'IC est également impactante. Selon la pharmacienne interrogée, les pharmaciens intégrés dans ces organisations telles que les URPS ou les CPTS sont plus à même d'accéder à ces connaissances et sont d'autant plus sensibilisés.

Les campagnes de sensibilisation grand public et professionnels de santé déployées par le ministère de la Santé ou par les industriels semblent avoir un impact non négligeable sur la connaissance et la reconnaissance de l'IC. Il est intéressant de noter que certaines de ces campagnes sont dédiées spécifiquement aux pharmaciens d'officine, valorisant leur rôle et leur travail dans le parcours de soin.

En ce qui concerne la compensation financière du temps pharmaceutique dédiée, nous avons vu que le pharmacien peut être rémunéré dans son rôle de pharmacien correspondant. Le bilan de médication est également rémunéré selon une grille précise disponible sur le site de l'AM, avec une rémunération décroissante au fur et à mesure des années, en prenant en compte les changements dans les traitements.(79) Il est à noter que les entretiens pharmaceutiques ne concernent pas à l'heure actuelle les traitements chroniques pour IC. Ceux-ci sont pourtant au cœur de la prise en charge du patient IC, complexes, ré évalués par le cardiologue, et peuvent être, dans le cas du pharmacien correspondant, sous la responsabilité du pharmacien. Il pourrait être intéressant, dans le cadre de l'intégration des pathologies chroniques telles que l'IC au cœur des réflexions, notamment avec la loi Ma santé 2022, d'évaluer la nécessité d'intégrer cette pathologie aux entretiens pharmaceutiques.

La valorisation financière est un aspect important, et il paraît évident que l'enjeu autour du temps médical et pharmaceutique que nécessite la prise en charge du patient IC nécessite qu'on y apporte des solutions adaptées.

V.4 Renoncement aux soins

Le renoncement aux soins peut être responsable de rupture dans le parcours de santé des patients, ou encore dans le suivi et la prévention de la survenue de pathologies chroniques ou d'épisodes aigus. De nombreuses raisons pour le non-recours au système de soin sont évoquées: délais pour avoir un rendez-vous trop important, éloignement géographique par rapport aux offres de soin, méconnaissance et incompréhension concernant le système social et de santé...(69)

En résumé, on peut relever sept facteurs constituant des freins au recours au système de santé pour les patients :

- Le facteur financier
- Les facteurs relatifs à la compréhension et à la connaissance du système de santé
- Les facteurs de temps (délais d'attente de rendez-vous ou prise en charge)
- Les facteurs relatifs à la relation entre les patients et le corps médical
- Les facteurs concernant la géographie et l'accessibilité territoriale
- Les facteurs qui concernent les comportements individuels des patients
- Les facteurs relatifs à leur condition de vie générale

De plus, nous évoluons aujourd'hui dans un système de santé qui a été pensé et a longtemps fonctionné pour répondre de façon très efficace aux épisodes aigus. Or l'augmentation de l'incidence de nombreuses pathologies chroniques implique de repenser ce système, avec par

exemple la promotion du virage ambulatoire. Cette organisation structurelle peut impacter l'accès aux soins pour les patients, particulièrement ceux qui, dans le cas par exemple de l'IC, doivent avoir un suivi précoce de leur état de santé, et pour qui il est nécessaire de maintenir un continuum de prévention et de soin.

Le cloisonnement entre les différents secteurs sociaux et sanitaire (ville-hôpital) impacte la qualité des prises en charge des patients dont le parcours s'inscrit dans ces secteurs, particulièrement dans des territoires où l'offre de soin est inégalement répartie voire absente. Il s'agit là des déserts médicaux, mais pas seulement : dans les zones urbaines, les départs à la retraite de médecins sont continus, et la prévalence de médecins de secteurs 2 dans certaines zones rendent l'accès aux soins très difficile pour certains ménages.

Il est nécessaire de comprendre ce qui est commun et ce qui est spécifique selon les populations, en prenant en compte la réalité des territoires, mais également les différents types de soins.

Le pharmacien d'officine peut être un acteur privilégié pour répondre à ces problématiques. Il est un interlocuteur appartenant à la sphère soignante, et peut transmettre des informations utiles aux patients concernant les aides qu'il peut percevoir, les praticiens qu'il peut contacter, pour renforcer l'éducation thérapeutique etc. Il peut répondre aux facteurs financier et temporel, du fait que l'entretien avec le pharmacien au comptoir ne soit pas rémunéré au même titre qu'une consultation, et qu'il est sans rendez-vous. La pharmacie d'officine est parfois plus accessible que les hôpitaux ou les cabinets médicaux dans certaines zones rurales ou périurbaines, répondant ainsi au facteur concernant la géographie et l'accessibilité territoriale

Il peut également répondre au facteur relatif à la relation entre les patients et le corps médical, comme nous l'avons évoqué plus haut. Selon l'entretien conduit avec la pharmacienne, certains patients se sentiraient plus à l'aise de communiquer avec leur pharmacien que leur médecin.

VI. Conclusion

En conclusion, le rôle du pharmacien d'officine dans le parcours de soin du patient insuffisant cardiaque est indéniablement crucial. En tant qu'acteur de proximité, le pharmacien joue un rôle essentiel dans la détection précoce, la prévention des décompensations et la coordination des soins pour les patients atteints d'IC. Sa participation s'inscrit dans un cadre plus vaste de transformation du système de santé, visant à décloisonner les secteurs, à améliorer la coordination et à favoriser l'accès aux soins.

À travers les différentes lois et initiatives mises en place, le rôle du pharmacien a été élargi pour inclure des missions de prévention, d'éducation thérapeutique et de suivi des patients chroniques. Son expertise en matière de médicaments et sa proximité avec les patients en font un interlocuteur privilégié pour le dépistage, le suivi à long terme et la gestion des traitements. Le pharmacien d'officine peut détecter les signes précurseurs d'une décompensation de l'IC, conseiller sur les changements de mode de vie et optimiser les traitements médicamenteux.

Dans un contexte où les pathologies chroniques, comme l'IC, représentent un enjeu majeur pour le système de santé, le pharmacien apporte une dimension essentielle à la coordination des soins. Sa collaboration avec les médecins traitants, les cardiologues, les équipes hospitalières et les réseaux de santé contribue à une prise en charge globale et harmonieuse des patients.

Cependant, des défis persistent, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins pour les populations vulnérables et le renoncement aux traitements en raison de contraintes financières et socio-culturelles. Pour relever ces défis, il est crucial que le rôle du pharmacien d'officine soit pleinement reconnu et valorisé au sein du système de santé. Les politiques de santé doivent continuer à promouvoir la collaboration interprofessionnelle, le décloisonnement des secteurs et l'intégration des nouvelles technologies pour améliorer les parcours de soins, tout en tenant compte des spécificités de chaque patient et en garantissant l'équité d'accès aux soins pour tous.

Bibliographie

1. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 1 nov 2021]. Parcours de santé, de soins et de vie. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
2. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1).
3. ARS. L'organisation des parcours de soins, de santé, de vie [Internet]. [cité 2 nov 2021]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/lorganisation-des-parcours-de-soins-de-sante-de-vie-0>
4. «Notre système de santé souffre d'un cloisonnement multiple » [Internet]. [cité 29 juill 2023]. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/idees/article/2018/01/17/notre-systeme-de-sante-souffre-d-un-cloisonnement-multiple_5242657_3232.html
5. Rapport charges et produits 2022 [Internet]. [cité 21 nov 2021]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2021-07_rapport-propositions-pour-2022_assurance-maladie_3.pdf
6. Assurance maladie : 5,4 millions de patients n'ont pas de médecin traitant - Le Parisien [Internet]. [cité 29 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.leparisien.fr/economie/assurance-maladie-5-4-millions-de-patients-n-ont-pas-de-medecin-traitant-09-01-2020-8232696.php>
7. Ministère de la santé et des solidarités. PARCOURS DE SOINS COORDONNES. 2009;8.
8. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009.
9. Plaquette_HPST_grand_public-2.pdf [Internet]. [cité 7 nov 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette_HPST_grand_public-2.pdf
10. Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES) [Internet]. 2023 [cité 20 août 2023]. Disponible sur: <https://www.occitanie.ars.sante.fr/contrat-damelioration-de-la-qualite-et-de-leffizienz-des-soins-caques>
11. Le Contrat [Internet]. 2021 [cité 20 août 2023]. Disponible sur: <https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/le-contrat>
12. Ma Santé 2022 - Dossier de presse [Internet]. [cité 8 nov 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
13. Ministère des Solidarités et de la santé M des S et de la. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 8 nov 2021]. Réformer le financement pour encourager qualité et coopération. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/article/reformer-le-financement-pour-encourager-qualite-et-cooperation>

14. Lexique des parcours - Ministère de la santé et des solidarités [Internet]. [cité 2 nov 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf
15. Insuffisance cardiaque : définition et causes [Internet]. [cité 22 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/insuffisance-cardiaque/definition-causes>
16. 2021-07_rapport-propositions-pour-2022_assurance-maladie_3.pdf [Internet]. [cité 20 août 2023]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2021-07_rapport-propositions-pour-2022_assurance-maladie_3.pdf
17. CMGF 2022 - Insuffisance cardiaque : la nécessité impérieuse de la collaboration généraliste-cardiologue | Univadis [Internet]. [cité 20 août 2023]. CMGF 2022 - Insuffisance cardiaque : la nécessité impérieuse de la collaboration généraliste-cardiologue. Disponible sur: <https://www.univadis.fr/viewarticle/cmgf-2022-insuffisance-cardiaque-la-necessite-imperieuse-de-la-collaboration-generaliste-cardiologue>
18. VIDAL [Internet]. [cité 20 août 2023]. Recommandations Insuffisance cardiaque chronique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/insuffisance-cardiaque-chronique-1584.html>
19. Insuffisance cardiaque chronique - La maladie | Recommandations | VIDAL Campus [Internet]. [cité 20 août 2023]. Disponible sur: https://campus.vidal.fr/recommandations/1584/insuffisance_cardiaque_chronique/la_maladie/
20. HAS - Guide du parcours de soin IC [Internet]. [cité 20 août 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_ic_web.pdf
21. Convention nationale [Internet]. [cité 20 août 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-referance/textes-conventionnels/convention-nationale>
22. Insuffisance cardiaque : diagnostic et surveillance [Internet]. [cité 20 août 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/sante-prevention/insuffisance-cardiaque/insuffisance-cardiaque-diagnostic-precoce-indispensable>
23. Télésurveillance médicale du patient insuffisant cardiaque chronique. 2022;
24. Memo Prado_suivi_en_ville_apres_decompensation_organisation generale.pdf [Internet]. [cité 20 août 2023]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/Memo%20Prado_suivi_en_ville_apres_decompensation_organisation%20generale.pdf
25. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 20 août 2023]. Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa

26. Le cardiologue de ville [Internet]. Vaincre l'Insuffisance Cardiaque. [cité 20 août 2023]. Disponible sur: <https://vaincrelinsuffisancecardiaque.org/je-suis-cardiologue/>
27. Nice CRC. SFPC Mémo Conciliation des traitements médicamenteux.
28. Le pharmacien [Internet]. Vaincre l'Insuffisance Cardiaque. [cité 20 août 2023]. Disponible sur: <https://vaincrelinsuffisancecardiaque.org/je-suis-pharmacien/>
29. Pharmacien correspondant [Internet]. [cité 20 août 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/acces-soins/pharmacien-correspondant>
30. URPS-Pharmaciens-IDF [Internet]. 2023 [cité 20 août 2023]. URPS Pharmaciens IDF. Disponible sur: <https://www.urps-pharmaciens-idf.fr/>
31. JACCHA01. Quels sont les rôles et retombées du pharmacien dans la prévention et la prise en charge de l'insuffisance cardiaque? [Internet]. URPP. 2022 [cité 20 août 2023]. Disponible sur: <https://urppchusj.com/2022/06/09/impactpharmacieiv-insuffisance-cardiaque/>
32. Newsletter "L'infirmière en pratique avancée" | Société Française de Cardiologie [Internet]. [cité 21 nov 2021]. Disponible sur: <https://sfcadio.fr/actualite/newsletter-linfirmiere-en-pratique-avancee>
33. Devenir infirmier(e) en pratique avancée [Internet]. [cité 21 nov 2021]. Disponible sur: <http://www.iledefrance.paps.sante.fr/devenir-infirmiere-en-pratique-avancee>
34. INNOV'CARDIO - IPA en cardiologie - SNC [Internet]. [cité 20 août 2023]. Disponible sur: https://0e57931e-e241-49a3-b0ab-5cc4582d204d.usrfiles.com/ugd/2950aa_c0f8fccfdc2a4079bbd7e6a91f971bad.pdf
35. Le cardiologue hospitalier [Internet]. Vaincre l'Insuffisance Cardiaque. [cité 20 août 2023]. Disponible sur: <https://vaincrelinsuffisancecardiaque.org/le-cardiologue-hospitalier/>
36. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 20 août 2023]. Education thérapeutique dans l'insuffisance cardiaque. HAS, décembre 2011. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/fc_2874863/fr/portail-has-professionnels?redirect=https%3A%2F%2Fwww.has-sante.fr%2Fjcms%2Fc_1168954%2Ffr%2Feducation-therapeutique-dans-l-insuffisance-cardiaque%3Fpreview%3Dtrue&jsp=front%2Flogin.jsp
37. Allenet B, Juste M, Mouchoux C, Collomp R, Pourrat X, Varin R, et al. De la dispensation au plan pharmaceutique personnalisé : vers un modèle intégratif de pharmacie clinique. Pharm Hosp Clin. mars 2019;54(1):56-63.
38. Messenger M, Wiart M, Dablemont A, Charlet B, Decourcelles V, Coviaux F, et al. Impact du pharmacien hospitalier dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque en gériatrie. Pharm Clin. 1 déc 2022;57(4):e4.
39. Petit M, Portier JJ, Ladaique A, Mozziconacci B, Lamand V, Le Garlantezec P, et al.

Coopération médecin–pharmacien clinicien au sein d’une équipe mobile de gériatrie hospitalière et développement du lien hôpital–ville. Pharm Clin. 1 sept 2022;57(3):234-42.

40. DGOS. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 17 nov 2021]. Comment devenir représentant des usagers ? Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/les-usagers-et-leurs-representants/article/comment-devenir-representant-des-usagers>

41. HAS - Conciliation des traitements médicamenteux lors du suivi du patient atteint de cancer sous anticancéreux oraux [Internet]. [cité 17 nov 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/ctm_suivi_patient_atteint_de_cancer_sous_anticoncancereux_oraux_gh_sud_hcl.pdf

42. HAS - Guide à destination des représentants d’usagers [Internet]. [cité 17 nov 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-09/guide_representantsusagers_certification.pdf

43. Lecimbre E, Gagnayre R, Deccache A, d’Ivernois JF. Le rôle des associations de patients dans le développement de l’éducation thérapeutique en France. Sante Publique (Bucur). 2002;14(4):389-401.

44. AIDES - Rapport d’activité 2015 [Internet]. [cité 20 août 2023]. Disponible sur: https://www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/AIDESRA15-2_0.pdf

45. FNIM FN de l’Information M. Fédération Nationale de l’Information Médicale. 2021 [cité 16 nov 2021]. Parcours de soins : où en est-on ? Disponible sur: <http://www.lafnim.com/actualites/parcours-de-soins-ou-en-est-on-206.htm>

46. Marty I. L’industrie pharmaceutique à la recherche de partenariats entre acteurs du système de santé [Internet]. Dunod; 2014 [cité 16 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/ars-mode-d-emploi--9782100705948-page-229.htm>

47. Santos CD, Soulas C. Place et enjeux des laboratoires pharmaceutiques dans l’organisation régionale de l’offre de soins en France : pour une approche exploratoire des évolutions liées à la loi HPST. Manag Avenir. 29 mai 2015;77(3):93-111.

48. finc-phinc94 [Internet]. [cité 20 août 2023]. Les professionnels Pharmaciens. Disponible sur: <https://www.finc-phinc94.fr/pro-pharmaciens>

49. Bonnet X, Ponchon F. Fiche 41. Les parcours, réseaux de santé et filières de soins. Fondamentaux. 2018;7:223-8.

50. Guide_reseaux_de_sante-2.pdf [Internet]. [cité 23 nov 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante-2.pdf

51. Sebai J. Les plateformes territoriales d’appui : une réforme partielle de plus pour répondre au défi de la prise en charge ambulatoire des patients complexes ? Trib Sante.

2018;58(1):103-13.

52. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 20 août 2023]. Tout comprendre des dispositifs d'appui à la coordination. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-dispositifs-d-appui-a-la-coordination-dac/article/tout-comprendre-des-dispositifs-d-appui-a-la-coordination>

53. Les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) [Internet]. 2023 [cité 20 août 2023]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/les-dispositifs-dappui-la-coordination-dac>

54. Bontemps A. Accompagner la structuration des soins primaires après la Covid-19 : un nécessaire renversement du fonctionnement des institutions publiques de la santé. Regards. 2020;57(1):225-41.

55. Constitution d'une CPTS [Internet]. [cité 20 août 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/organisation-d-exercice-coordonne/constitution-d-une-cpts>

56. Chevillard G. Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? :8.

57. Cahier des charges régional des MSP - 2018 [Internet]. [cité 20 août 2023]. Disponible sur: https://www.urps-pharmaciens-hdf.fr/adn/uploads/5adef33785a33_2018-03-12-cahier-des-charges-regional-des-msp-version-1-hautsdefrance.pdf

58. Fiche n°6 – Innov Cardio – ESS [Internet]. [cité 20 août 2023]. Disponible sur: https://2950aa17-e01e-4be5-b105-0b7cff0ce5c5.usrfiles.com/ugd/2950aa_f5b01d45a4404859b5b11d8e2286ac6d.pdf

59. Minonzio J. Le programme de retour à domicile (Prado) de l'Assurance maladie : faciliter les parcours de soins. Inf Soc. 18 déc 2020;201(1):66-66.

60. Health Data Hub [Internet]. [cité 21 nov 2021]. PRADO_IC2 : Évaluation du programme d'aide au retour à domicile des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque, dans une cohorte de patients de l'hôpital Paris Saint-Joseph. Disponible sur: <https://www.health-data-hub.fr/projets/pradoic2-evaluation-du-programme-daide-au-retour-domicile-des-patients-hospitalises-pour>

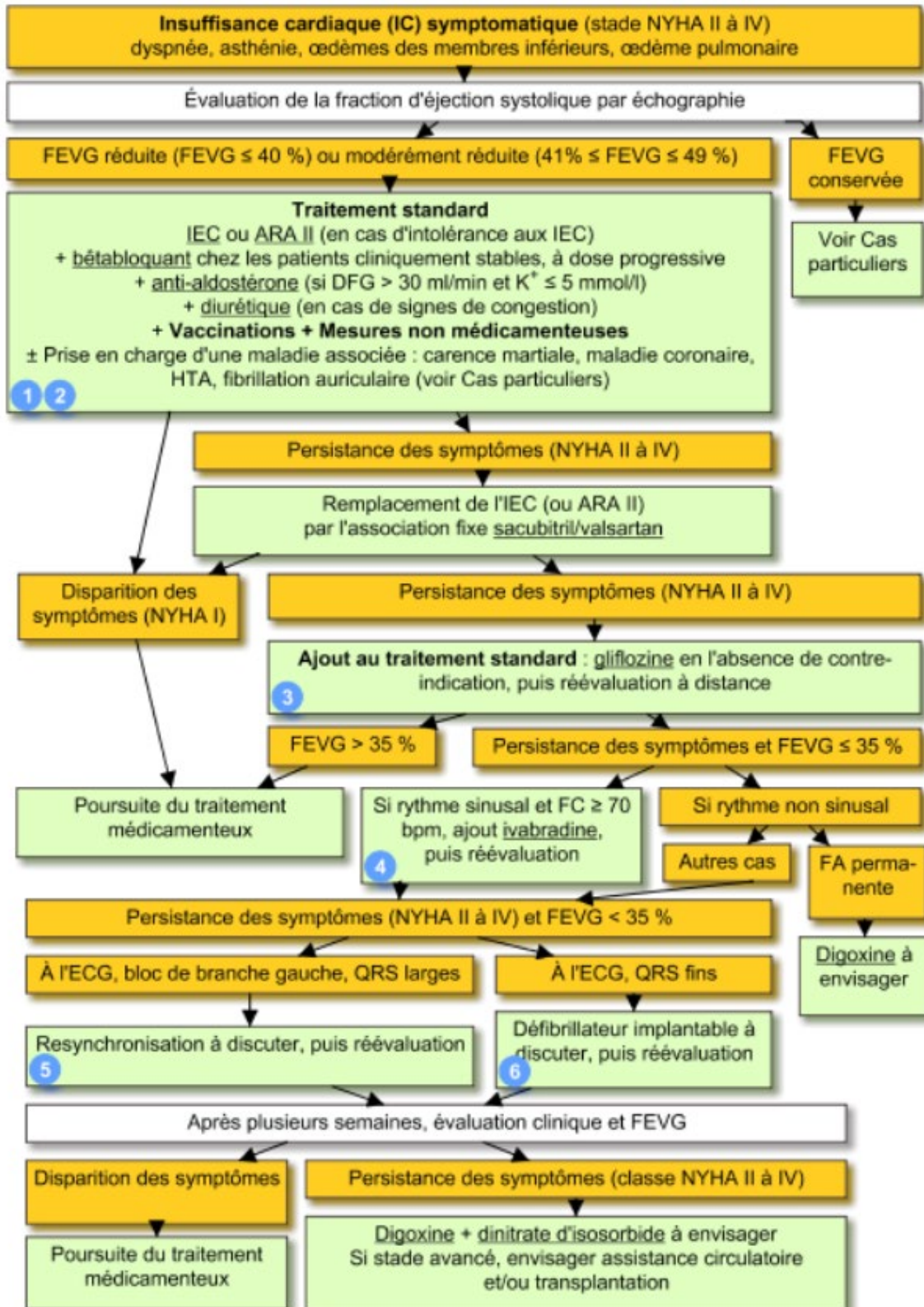
61. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 20 août 2023]. La télémédecine au service du parcours de soin. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-brevs/article/la-telemedecine-au-service-du-parcours-de-soin>

62. Babinet O, Bagnis Cl. La télémédecine améliore-t-elle l'accès aux soins ? Debats Sante Soc. 2020;49-60.

63. Lancement d'une expérimentation de parcours des patients insuffisants cardiaques sévères à l'AP-HP [Internet]. [cité 28 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.cardio-online.fr/Actualites/Depeches/Lancement-d-une-experimentation-de-parcours-des-patients-insuffisants-cardiaques-severes-a-l-AP-HP>
64. A D, A D. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 20 août 2023]. Télésurveillance - Signature d'un accord entre le ministère de la Santé et de la Prévention et les représentants d'exploitants de dispositifs médicaux numériques de télésurveillance médicale. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/telesurveillance-signature-d-un-accord-entre-le-ministere-de-la-sante-et-de-la>
65. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 20 août 2023]. Vous êtes opérateur de télésurveillance ? Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-acces-de-tous-a-des-soins-a-distance/la-tele-surveillance-11332/article/vous-etes-operateur-de-tele-surveillance>
66. Le DMP en pratique [Internet]. [cité 20 août 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/dossier-medical-partage/dmp-en-pratique>
67. Mon espace santé sera disponible en janvier 2022 [Internet]. [cité 22 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15264>
68. Desprès C. Parcours de soins en situation de précarité : entre détermination et individualisation. *Sante Publique (Bucur)*. 19 sept 2018;1(HS1):157-63.
69. Colloque renoncement accès aux soins - Assurance Maladie et Odenore [Internet]. [cité 20 août 2023]. Disponible sur: https://odenore.msh-alpes.fr/sites/odenore/files/Mediatheque/Documents_pdf/colloque-renoncement-acces-aux-soins-actes-synthetiques.pdf
70. Revil H. Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire. *Regards*. 11 sept 2018;53(1):29-41.
71. Charpentier A, Drean L, Rugambage N. L'évaluation de l'impact d'expérimentations en matière d'accès et de recours aux soins des jeunes dans le cadre du Fonds d'expérimentation pour la jeunesse. *Regards*. 11 sept 2018;53(1):91-103.
72. Bloch MA, Hénaut L. De la coordination aux parcours : un changement de paradigme. *Sante Soc*. 2014;113-34.
73. Guirimand N, Mazereau P, Leplège A. Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social [Internet]. 2018 [cité 4 nov 2021]. Disponible sur: https://www.cairn.info/les-nouveaux-enjeux-du-secteur-social-et-medico--9791034603985.htm?ora.z_ref=cairnSearchAutocomplete
74. Dossier de presse - Loi de modernisation de notre système de santé - 2018 [Internet]. [cité 20 août 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116_dp_loi-de-sante.pdf

75. Prado, le service de retour à domicile [Internet]. [cité 20 août 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>
76. La Cour des Comptes. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie. 2013;32.
77. Minvielle É. Les parcours de santé apporteront-ils des améliorations économiques et qualitatives ? Pour le savoir, il faut mener des évaluations des initiatives réalisées. 2014;4.
78. HAS - Rapport annuel d'activité sur les évènements indésirables graves associés à des soins 2018 [Internet]. [cité 17 nov 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/rapport_annuel_eigs_2018_vd-avecinfo.pdf
79. Bilan de médication - Accompagnement des patients chroniques [Internet]. [cité 20 août 2023]. Disponible sur: https://www.cpam21.fr/EnDirectPS/Pharma/2018/2018-05-24_bilan_de_medication.pdf

Insuffisance cardiaque chronique



MODÈLE DE PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ

Chaque PPS est composé d'un recto-verso, et d'une check-list de problèmes en annexe:

- * **Recto** : un formulaire de recueil d'informations générales sur la personne et ses contacts utiles ;
- * **Verso** : un plan d'actions (plan de soins et plan d'aides) tenant souvent sur 1 page. Le volet social (plan d'aides) est distinct du volet soins, dans le cas où la personne souhaite que les informations d'ordre sanitaire la concernant ne soient pas partagées avec les acteurs sociaux.
- * **Annexe** : une **check-list de problèmes** sur une page permettant de s'accorder entre professionnels sur les problèmes à traiter. Certains problèmes qui méritent d'être mieux explorés peuvent être notés avec un « ? » ; les points d'étape réalisés par le référent permettent de suivre la réalisation et les résultats des actions selon les critères choisis et de les réajuster si nécessaire. Le réajustement est décidé avec les autres acteurs concernés sans donner lieu systématiquement à une réunion à plusieurs, sauf exception.

Cette check-list de problèmes est accompagnée d'un tableau comportant des exemples d'actions en regard des problèmes.

| | | | | | | | |
|--|--|------------------------------------|-------------------|---|---|-------------------------|-----------------------------------|
| La personne et ses contacts utiles | | | | Nom : | | | |
| | | | | Prénom : | | | |
| | | | | Date de naissance : | | / / | S ex e |
| Numéro du PPS | | Date de la version en cours |/...../..... | ALD | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui nombre ALD _____ | |
| Référent du PPS | Profession : | | | Nom : | | | |
| Informations sur la personne | | | | Numéro de sécurité sociale | | | |
| Adresse de la personne | | | | Code Postal | | | |
| Aidant | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – Nombre Nom(s) : | <i>Tel</i> | <i>email</i> | Recherche d'hébergement en cours | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| Référents familiaux / amicaux | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Nombre : Nom(s) : | <i>Tel</i> | <i>email</i> | APA | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Classe GIR (1 à 6) | | |
| Personne de confiance | | <i>Tel</i> | <i>email</i> | Directives anticipées | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| Caisse de retraite | Nom : <input type="checkbox"/> pension <input type="checkbox"/> pension de réversion <input type="checkbox"/> ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées) | | | Mutuelle | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui nom de la mutuelle : | | |
| Consentement à l'échange d'informations contenues dans le cadre de la démarche Paerpa <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | | | | | |

| Contacts utiles | | | | | |
|--|--|--|---|------------------|--------------|
| Niveau d'information <i>(cf. fiche jointe)</i> | Catégorie professionnelle | Nom/Prénom du professionnel ou nom de l'organisme | Accès aux informations <i>Oui/Non</i> | Téléphone | Email |
| Niveau 1 | <i>Médecin traitant</i> | | | | |
| | <i>Infirmier(s)</i> | | | | |
| | <i>Pharmacien</i> | | | | |
| | <i>Kinésithérapeute</i> | | | | |
| | <i>Ergothérapeute</i> | | | | |
| | <i>Gériatre</i> | | | | |
| | <i>Autre spécialiste</i> | | | | |
| Niveau 2 | <i>Assistant social</i> | | | | |
| | <i>Coordination territoriale d'appui</i> | | | | |
| Niveau 3 | <i>Professionnel d'aide à la vie quotidienne (hors professionnel de santé)</i> | | | | |
| | <i>Autre (préciser le niveau d'informations 1, 2, ou 3)</i> | | | | |

| | | | | |
|--------------------|--|---|---------------------|--|
| La personne | | Date d'initiation du PPS/...../..... | Nom : | |
| | | | Prénom : | |
| | | | Date de naissance : | |
| Numéro du PPS | | Préférences de la personne | | |
| Réfèrent du PPS | | Priorité actuelle de la personne | | |

| Plan d'aides | | | | | |
|--|--------------------|------------------------------|--------------|-----------------------------------|---|
| <i>Problèmes classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist)</i> | Objectifs partagés | Libellé des actions dont ETP | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats | Bilan d'étape Date : / / Atteinte des résultats et commentaires |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| Plan de soins | | | | | |
|--|--------------------|------------------------------|--------------|-----------------------------------|---|
| <i>Problèmes classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist)</i> | Objectifs partagés | Libellé des actions dont ETP | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats | Bilan d'étape Date : / / Atteinte des résultats et commentaires |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Annexe : check-list d'aide à l'identification des priorités des professionnels (oui / non / ?)

Date : / /

| | Suivi | | Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables) | Suivi | |
|---|------------|-----------------|---|-----------------|-----------------|
| | Initiation | Point d'étape 1 | | Point d'étape 2 | Point d'étape 1 |
| Problèmes liés aux médicaments | | | | | |
| - accident iatrogène | | | - difficultés à prendre soin de soi | | |
| - automédication à risque | | | - difficultés à utiliser le téléphone - difficultés à s'occuper soi-même de la prise des médicaments | | |
| - prise de traitement à risque de iatrogénie grave (diurétiques, psychotropes, antithrombotiques, hypoglycémiant) | | | - difficultés à voyager seul | | |
| - problème d'observance | | | - difficultés à gérer son budget | | |
| - adaptation par la personne des traitements (AVK, diurétiques, et hypoglycémiant) | | | - refus de soins et d'aides - situations de maltraitance, quelle qu'en soit la cause | | |
| | | | Aidant en difficulté (épuisé, fragile...) | | |
| | | | Incapacités dans les activités de base de la vie quotidienne | | |
| Organisation du suivi | | | - soins personnels/toilette | | |
| - pas de déplacement à domicile du médecin traitant | | | - habillement | | |
| - multiples intervenants | | | - aller aux toilettes | | |
| - investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques nombreux ou complexes | | | - continence | | |
| | | | - locomotion | | |
| | | | - repas | | |
| Problèmes de mobilité | | | Isolément | | |
| - risque de chute | | | - faiblesse du réseau familial ou social | | |
| - chute(s) | | | - isolement géographique | | |
| - phobie post-chute | | | - isolement ressenti | | |
| - problèmes de mobilité à domicile | | | - isolement culturel | | |
| - problèmes de mobilité à l'extérieur | | | Précarité | | |
| | | | - financière | | |
| Troubles nutritionnels / Difficultés à avoir une alimentation adaptée | | | - habitat | | |
| Troubles de l'humeur | | | - énergétique | | |

| Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables) | Exemples d'actions |
|---|---|
| Problèmes liés aux médicaments* : - accident iatrogène - automédication à risque - prise de traitement à risque de iatrogénie grave (psychotropes et/ou diurétiques/ et ou anti thrombotique et/ou hypoglycémiant) - problème d'observance - adaptation des traitements (AVK, diurétiques, et hypoglycémiant) | -prise sécurisée par un tiers - mise en place d'un pilulier - éducation thérapeutique globale (situations à risque/signes d'alerte/stratégies pour diminuer les oublis) - Si adaptation des traitements souhaitée par la personne, éducation thérapeutique ciblée sur les modalités d'adaptation des traitements en toute sécurité |
| Organisation du suivi - pas de déplacement à domicile du médecin traitant - multiples intervenants - investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques nombreuses ou complexes | -prise sécurisée des rendez-vous (biologie, imagerie, consultation, consultation mémoire,...) - programmation des transports sanitaires - carnet de suivi..... |
| Problèmes de mobilité - risque de chute* - chute(s) - phobie post chute - problèmes de mobilité à domicile - problèmes de mobilité à l'extérieur | - favoriser l'activité physique au quotidien - exercice physique adapté dont ETP spécifique - rééducation - prise en charge des problèmes podologiques - mise en place d'aides (pour les courses, le ménage...) - ETP autour de troubles de la nutrition - correction des troubles sensoriels - aides techniques - adaptation du logement |
| Isolement - Isolement géographique - Faiblesse du réseau familial ou social - isolement ressenti - Isolement culturel | - correction des troubles sensoriels - prise en charge d'une dépression* - évaluation de troubles cognitifs - avis psychiatrique - renforcement/mise en place des aides (dont accompagnement à l'usage des moyens de communication) - soutien de l'aidant (hébergement temporaire, accueil de jour, formation des aidants) - actions de socialisation (orientation vers des actions de loisirs...) - mise en place d'un accompagnement social |

Logo
Etablissement

PLAN DE POSOLOGIE DES MEDICAMENTS

À la sortie du service :

Date de réalisation :



Ce document n'est pas une ordonnance, c'est un support pour vous accompagner dans la prise de vos médicaments.

NOM : Prénom : Date de naissance :

Allergies médicamenteuses :

Régime alimentaire (à supprimer si non adapté) :

Date de sortie d'hospitalisation :

Réalisation :

- Conciliation médicamenteuse à l'admission et à la sortie
- Conciliation médicamenteuse à la sortie uniquement
- Absence de réalisation de conciliation médicamenteuse

| Médicaments  (DCI / noms de spécialité) | Horaires de prise | | | | Durée de traitement | Explication(s) | Commentaire(s) |
|--|--|---|---|--|---------------------|----------------|----------------|
| | Matin  | Midi  | Soir  | Coucher  | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

EN CAS D'OUBLI DE PRISE DE VOTRE TRAITEMENT :
Il ne faut jamais prendre en double votre médicament oublié en pensant que cela permettra de rattraper votre erreur !!! Vous risquez un surdosage. Pensez surtout à signaler cet oubli à votre médecin.

DE MEME, EN CAS DE DOUBLE PRISE, contactez votre médecin traitant le plus rapidement possible.

Liste des médicaments qui ont été arrêtés par les médecins du service :



⚠ Pensez à rapporter à votre pharmacie les médicaments qui ont été arrêtés par les médecins du service.

Pharmacien référent / Interne en pharmacie / PPH Médecin hospitalier

Annexe 4 : Déclaration de choix du pharmacien correspondant



N° 16166#01

DÉCLARATION DE CHOIX DU PHARMACIEN CORRESPONDANT

(articles L.5125-1-1 A et R.5125-33-5 du code de la santé publique (CSP))

IMPORTANT { inscrire les nom, prénom et adresse en majuscules
 { inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

Identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire des soins

| | |
|--|----------------------|
| L'assuré(e) | |
| Nom de famille <i>(de naissance)</i> <i>suivi du nom d'usage, s'il y a lieu</i> | <input type="text"/> |
| Prénom | <input type="text"/> |
| N° de sécurité sociale | <input type="text"/> |
| Le bénéficiaire des soins | |
| Nom de famille <i>(de naissance)</i> <i>suivi du nom d'usage, s'il y a lieu</i> | <input type="text"/> |
| Prénom | <input type="text"/> |
| Date de naissance | <input type="text"/> |
| Adresse de l'assuré(e) | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> |

Identification du pharmacien correspondant

| | |
|--|--|
| Raison sociale et adresse de la pharmacie | Nom et prénom du pharmacien correspondant titulaire de l'officine |
| | Nom <input type="text"/> |
| | Prénom <input type="text"/> |
| | Messagerie sécurisée de santé |
| N° de la structure (AM) <input type="text"/> | Identifiant (N° RPPS) <input type="text"/> |

Déclaration conjointe du bénéficiaire des soins et du pharmacien correspondant

Le bénéficiaire (ou son représentant) et le pharmacien correspondant s'engagent conjointement à respecter les dispositions de l'article L.5125-1-1 A du code de santé publique (CSP)

| Bénéficiaire des soins (et/ou parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs - voir notice) | Pharmacien correspondant |
|--|---|
| Je soussigné(e), M., Mme, | Je soussigné(e), Docteur |
| déclare choisir le pharmacien ci-dessus comme pharmacien correspondant | déclare être le pharmacien correspondant du bénéficiaire cité ci-dessus |
| Signature(s) <input type="text"/> | Signature <input type="text"/> |

Déclaration signée le

Merci d'envoyer la déclaration complétée et signée à votre caisse d'assurance maladie.

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des Données. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés. Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

S3744

Annexe 8. Points essentiels de l'éducation thérapeutique du patient ayant une IC

| Sujets éducationnels | Compétences et conduites adaptées |
|--|--|
| Définition et étiologie de l'IC | Comprendre les causes de l'IC et de survenue des symptômes |
| Symptômes et signes d'IC | Surveiller et reconnaître les signes et symptômes |
| | Se peser chaque jour et reconnaître une prise de poids rapide |
| | Savoir quand et comment contacter un soignant |
| | Prendre des diurétiques à la demande si pertinent et conseillé |
| Traitement pharmacologique | Comprendre les indications, les doses et les effets des médicaments |
| | Reconnaître les effets indésirables courants de chaque médicament prescrit |
| Modification des facteurs de risque | Comprendre l'importance de l'arrêt du tabac |
| | Surveiller la pression artérielle en cas d'HTA |
| | Obtenir un bon contrôle de la glycémie en cas de diabète |
| | Éviter l'obésité |
| Recommandations diététiques | Restriction sodée si prescrite |
| | Éviter un apport hydrique excessif |
| | Éviter l'alcool |
| | Surveiller et prévenir la malnutrition |
| Recommandations concernant l'activité physique | Vaincre les réticences à l'activité physique |
| | Comprendre les bénéfices de l'exercice |
| | Avoir un entraînement physique régulier |
| Activité sexuelle | Ne pas craindre les rapports sexuels et discuter des problèmes avec les professionnels de santé |
| | Comprendre les problèmes sexuels spécifiques et développer des stratégies permettant de les surmonter |
| Vaccination | Se faire vacciner contre la grippe et la pneumonie à pneumocoque |
| Troubles du sommeil et de la respiration | Adhérer à la prévention des FDR CVS tels que la perte de poids pour les obèses, l'arrêt du tabac et le sevrage d'alcool |
| | S'informer des options thérapeutiques si approprié |
| Observance | Comprendre l'importance du respect des recommandations thérapeutiques et d'une motivation soutenue à suivre le plan de soins |
| Aspects psychologiques | Comprendre que la dépression et les troubles cognitifs sont fréquents et que l'accompagnement social est important |
| | S'informer des options thérapeutiques si approprié |
| Pronostic | Comprendre l'importance des facteurs pronostiques et prendre des décisions réalistes |
| | Chercher un soutien psychosocial si approprié |

Sources :

European Society of Cardiology, Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJ, Ponikowski P, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Eur Heart J 2008;29(19):2388-442.

European Society of Cardiology. Self-care management of heart failure: practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. Eur J Heart Fail 2011;13(2):115-26.

La task force française sur l'éducation thérapeutique dans l'insuffisance cardiaque sous l'égide de la Société française de cardiologie a fait en 2011 des propositions d'objectifs éducatifs et d'outils dans l'IC, avec explications complémentaires pour le soignant : Jourdain P, Juillière Y. Therapeutic education in patients with chronic heart failure: proposal for a multiprofessional structured programme, by a French Task Force under the auspices of the French Society of Cardiology. Arch Cardiovasc Dis 2011;104(3):189-201.

Annexe 6 : Emailing à destination des pharmaciens, campagne Novartis juillet 2023



Chère, Cher Pharmacien,

Le cœur des patients atteints d'insuffisance cardiaque est plus vulnérable à la chaleur. Le travail du cœur s'accroissant, les symptômes EPOF[®] (Essoufflement, prise de Poids, Cédèmes, Fatigue) peuvent s'installer ou s'intensifier.



ESSEUFFLEMENT PRISE DE POIDS CÉDÈMES FATIGUE

Vous qui êtes au plus proche des patients, vous pouvez les conseiller afin que les risques de décompensation cardiaque soient limités et qu'ils puissent profiter de leur été.

2 min Découvrez en 2 minutes chrono les recommandations pour bien vivre son insuffisance cardiaque en été avec la chaleur du Dr Von Hunolstein, cardiologue au CHRU de Strasbourg.



Retrouvez un résumé des principaux conseils du Dr Von Hunolstein pour pouvoir facilement les diffuser à vos patients au comptoir.

COMMENT BIEN VIVRE SON INSUFFISANCE CARDIAQUE EN ÉTÉ AVEC LA CHALEUR ?

- Limiter ses déplacements ou son activité physique aux heures les plus chaudes, c'est-à-dire entre 11h et 16h
- Privilégier l'ombre, se protéger du soleil et porter des vêtements légers, amples et couvrants
- Rester bien hydraté :
 - Boire jusqu'à 1 litre de plus d'eau par jour qu'habituellement (garder son verre à portée de main pour y penser)
 - Éviter les boissons alcoolisées, caféinées et sucrées
- Manger équilibré :
 - Au moins 5 fruits et légumes frais par jour, riches en eau
 - Éviter les plats préparés, les aliments gras, salés et épicés
- Être acteur de sa santé : connaître et être vigilant sur les signes d'alerte EPOF (Essoufflement, prise de Poids, Cédèmes, Fatigue) qui nécessitent d'aller voir son médecin traitant dès qu'un ou plusieurs symptômes apparaissent, et ainsi limiter le risque d'hospitalisation de votre patient.

L'insuffisance cardiaque est un enjeu de santé publique, retrouvez toutes les ressources à disposition de vos patients et n'hésitez pas à les informer de notre site qui leur est dédié : SuisTonCoeur.fr



Bien cordialement,
Equipe Cardiologie Novartis

Source : "Livre blanc - Phléboty pour une prise en charge de l'IC et des cardiomyopathies", GICC-SFC, 2021

Chez Novartis, nous veillons à la protection de vos données personnelles. Toutes les informations concernant le traitement de ces données sont disponibles ici : www.novartis.fr/infos/infos-informations.
En résumé : Novartis Pharma SAS utilise les données collectées afin d'assurer la gestion de sa relation avec les professionnels de santé et répondre à ses obligations de transparence. Elles seront conservées le temps nécessaire à la gestion de cette relation. En cas de signalement d'un événement indésirable, nous vous invitons à lire la notice générale d'information sur les données personnelles www.novartis.fr/infos/infos et à vous conformer à votre obligation légale de fournir au préalable à la personne exposée les informations contenues dans cette notice. Dans le cadre du respect de notre obligation légale, les données seront conservées pour une durée conforme à la réglementation. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression de vos données personnelles, d'un droit de demander le cas échéant la portabilité, d'obtenir la limitation du traitement de vos données personnelles, de vous opposer à ce traitement, et de demander l'effacement de vos données après votre décès. Vous disposez également du droit de retirer votre consentement à tout moment. Toutefois, pour le traitement relatif à la transparence, vous ne disposez pas d'un droit d'opposition ou de suppression, ni de portabilité des données. Si vous souhaitez nous adresser une question au sujet de vos droits, vous pouvez écrire à : droit.information@novartis.com. Vous pouvez également soumettre une réclamation à notre délégué à la protection des données à global.privacy_officer@novartis.com, et auprès de la CNIL (<http://www.cnil.fr>) en cas de violation de vos droits.

271761 - Avril 2023 - © Novartis Pharma SAS

NOVARTIS | Reimagining Medicine



Chère, Cher Pharmacien,

Votre rôle est essentiel dans la surveillance et la reconnaissance des signes d'alerte d'aggravation de l'insuffisance cardiaque (IC), pour réduire les risques d'hospitalisation de vos patients. C'est pourquoi pour vous aider dans votre quotidien, une notification en fin de délivrance, conçue comme un pense-bête sur les signes EPOF (Essoufflement, prise de Poids, Cédèmes, Fatigue), apparaît dès lors que des traitements de l'IC auront été détectés dans l'ordonnance.



ESSEUFFLEMENT PRISE DE POIDS CÉDÈMES FATIGUE

En cas d'insuffisance cardiaque, il est recommandé pour vos patients de faire de l'exercice régulièrement en complément de leur traitement et d'une alimentation équilibrée.

Le printemps peut être une période propice pour encourager vos patients insuffisants cardiaques qui se présentent devant vous au comptoir, à continuer ou reprendre une remise en forme.

3 min Découvrez en 3 minutes chrono les recommandations du Dr Jérôme Costa, cardiologue au CHU de Reims, expliquant pourquoi et comment la pratique d'une activité physique fait partie intégrante de la prise en charge du patient insuffisant cardiaque.



Retrouvez un résumé des principaux conseils du Dr Costa à diffuser au comptoir à vos patients insuffisants cardiaques.

POURQUOI LES ENCOURAGER À BOUGER ET À FAIRE DE L'EXERCICE RÉGULIÈREMENT ?

- Sans activité physique régulière, la tonicité musculaire décline naturellement avec l'âge pour tout le monde, mais ce processus est amplifié en cas d'insuffisance cardiaque
- L'activité physique régulière a des effets bénéfiques et permet :
 - d'améliorer la qualité de vie des patients (réduction de la fatigue, meilleure qualité du sommeil, réduction du stress et de l'anxiété),
 - de réduire les hospitalisations liées à l'insuffisance cardiaque.

COMMENT CONJUGUER ACTIVITÉ PHYSIQUE ET INSUFFISANCE CARDIAQUE ?

- Pour un bénéfice optimal, l'activité physique doit être régulière, adaptée à l'état de santé du patient, l'âge et sa condition physique.
- Il est préférable de pratiquer une activité que l'on aime, et commencer doucement, à son rythme, pour aider à se sentir mieux.
- Il est recommandé de pratiquer 2h20 d'activité physique par semaine, pouvant être réparti en 3 sessions de 50 minutes ou 5 sessions de 30 minutes par exemple.
- L'idéal est d'associer deux types d'exercice : une activité d'endurance (marche par exemple) et du renforcement musculaire (séries de répétition de mouvements).

Les patients ne doivent pas hésiter à demander conseil à leur médecin traitant ou cardiologue pour pratiquer l'activité physique.

L'insuffisance cardiaque est un enjeu de santé publique, retrouvez toutes les ressources à disposition de vos patients et n'hésitez pas à les informer de notre site qui leur est dédié : SuisTonCoeur.fr



Bien cordialement,
Equipe Cardiologie Novartis

Source : "Livre blanc - Phléboty pour une prise en charge de l'IC et des cardiomyopathies", GICC-SFC, 2021

Chez Novartis, nous veillons à la protection de vos données personnelles. Toutes les informations concernant le traitement de ces données sont disponibles ici : www.novartis.fr/infos/infos-informations.
En résumé : Novartis Pharma SAS utilise les données collectées afin d'assurer la gestion de sa relation avec les professionnels de santé et répondre à ses obligations de transparence. Elles seront conservées le temps nécessaire à la gestion de cette relation. En cas de signalement d'un événement indésirable, nous vous invitons à lire la notice générale d'information sur les données personnelles www.novartis.fr/infos/infos et à vous conformer à votre obligation légale de fournir au préalable à la personne exposée les informations contenues dans cette notice. Dans le cadre du respect de notre obligation légale, les données seront conservées pour une durée conforme à la réglementation. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression de vos données personnelles, d'un droit de demander le cas échéant la portabilité, d'obtenir la limitation du traitement de vos données personnelles, de vous opposer à ce traitement, et de demander l'effacement de vos données après votre décès. Vous disposez également du droit de retirer votre consentement à tout moment. Toutefois, pour le traitement relatif à la transparence, vous ne disposez pas d'un droit d'opposition ou de suppression, ni de portabilité des données. Si vous souhaitez nous adresser une question au sujet de vos droits, vous pouvez écrire à : droit.information@novartis.com. Vous pouvez également soumettre une réclamation à notre délégué à la protection des données à global.privacy_officer@novartis.com, et auprès de la CNIL (<http://www.cnil.fr>) en cas de violation de vos droits.

271760 - Avril 2023 - © Novartis Pharma SAS

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Annexe 7 : Liste d'engagement étapes actualisée, mars 2023, Ministère de la santé et de la prévention

| A | B | C | D | E | F |
|------------------------|--|------------------------|---------------------------|---------------------|---------|
| Nom de la société | Nom de la solution de télésurveillance | Insuffisance cardiaque | Insuffisance respiratoire | Insuffisance rénale | Diabète |
| Glooko | Glooko XT anciennement Diabnext | non | non | non | oui |
| Newcard | 1 min pour mon cœur, 1 pour mon rein | oui | non | oui | non |
| Datamedicare | Adel santé | non | oui | non | non |
| Resmed | AIrVIEW – NIV Alerts | non | oui | non | non |
| Cibitech | APLIFE MEDICAL et PREDIGRAFT | oui | non | oui | non |
| Healabs | APTELECARE | oui | oui | oui | oui |
| SOS Oxygene | BIPAP LUMIS 150 | non | oui | non | non |
| Resilience | Cardiolaxy | oui | non | non | non |
| Serviligne Développen | C-WE et MED-IN-BOX | oui | oui | oui | oui |
| Avec Diablive | Diablive Expert | non | non | non | oui |
| Santelys | E Santelys | oui | oui | oui | oui |
| Equasens | eNEPHRO | non | non | oui | non |
| EPOCA& I | EPOCA Intelligence Information System | oui | oui | oui | oui |
| Homeperf | Homeperf.care | non | oui | non | non |
| ABBOTT France | LibreView | non | non | non | oui |
| MHCOMM SAS | MHLINK | oui | non | non | oui |
| STETO | MOON | non | non | non | oui |
| MDHC | MyDiabby Healthcare | non | non | non | oui |
| Sémeia | NephroWise, CardioWise | oui | non | oui | non |
| Be-ys Health Solution: | OPTIHED SELF | oui | non | non | non |
| Careline Solutions | Plateforme Careline | oui | non | non | non |
| Implicity | Plateforme de télésuivi des patients insuffisants cardiaques | oui | non | non | non |
| Roche Diabetes Care | Roche Diabetes Care Plateform | non | non | non | oui |
| NP Medical | Satelia Cardio; Satelia Kidney | oui | non | oui | non |
| GCS Normand'e-santé | SCAD IC | oui | non | non | non |
| EDEVICE SA | Twocan Pulse | oui | non | non | non |
| Move in Med | UniQ | oui | non | non | non |
| SRETT SAS | Vestalis Vision | non | oui | non | non |

RESUME en français

Le parcours de soins doit permettre de mobiliser les acteurs du système de santé contre la discontinuité et les ruptures techniques, administratives, socio-économiques. L'objectif est de réduire les ré hospitalisations et d'améliorer l'accès aux soins en favorisant la coordination. Les parcours se concentrent sur la cohérence des soins, avec des lois visant à recentrer le système autour du patient. L'insuffisance cardiaque est une préoccupation majeure de santé publique, avec des dépenses en hausse et une prévalence croissante, en particulier chez les personnes âgées. La prise en charge de l'IC implique des mesures diverses, du diagnostic précoce à la prévention des épisodes aigus. Les pharmaciens d'officine jouent un rôle essentiel dans la coordination des soins. Le cloisonnement du système de santé impacte la prise en charge, nécessitant des solutions telles que la coopération interprofessionnelle et le décloisonnement.

DISCIPLINE administrative : Sciences pharmaceutiques

MOTS-CLES : parcours de soin, parcours de santé, parcours de vie, pharmaciens, médecin traitant, médecin spécialiste, coordination, décloisonnement, rationalisation, prévention, ré hospitalisation, organisation des soins, outils, télésurveillance, encadrement légal, renoncement aux soins

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Faculté des Sciences Pharmaceutiques - Université Paul Sabatier, Toulouse III

35 Chemin des Maraîchers

31400 Toulouse

Directeur de thèse : Caminade Aurélie