



### Plan Pharmaceutique Personnalisé: Parcours de soins coordonnés – Observance – Sécurité des Traitements

F.FERRERA BIBAS<sup>1</sup>, C.GRENIER<sup>2</sup>,S.HONORE<sup>3</sup>,

M.SIFFRE<sup>4</sup>, V.DE LECLUSE<sup>5</sup>, P.LANCE<sup>6</sup>, V.TRAMINI<sup>7</sup>, T.DESRUELLES<sup>8</sup>, ML. LUMEDILUNA<sup>9</sup>, V.ROCCHI<sup>10</sup>, F.PASQUALI<sup>11</sup>, I.LEDROIT<sup>12</sup>

<sup>1</sup>Dr en Pharmacie, Dr en Sciences de Gestion, Vice-Présidente URPS Pharmaciens PACA- <sup>2</sup>Professeure Senior, HDR, coordinatrice scientifique du centre « Santé, Innovation, Bien-être et Politiques publiques », KEDGE Business School- <sup>3</sup>Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Laboratoire de Pharmacie Clinique, Faculté de Pharmacie, Aix-Marseille-<sup>4</sup>Dr en Pharmacie, Président URPS Ph. PACA- <sup>5</sup>Dr Pharmacie, Vice-Présidente du Syndicat Général des Pharmaciens des Bouches du Rhône Université-<sup>6</sup>Dr en Pharmacie Président du Syndicat Général des Pharmaciens des Bouches du Rhône-<sup>7</sup>Dr en Pharmacie, Président groupement ORPHIE Provence-<sup>8</sup>Dr en Pharmacie, Trésorier URPS Ph. PACA, <sup>9</sup>Présidente AFD D'Aix-Pays de Provence, <sup>10</sup> Dr en Pharmacie, Tabacologue, Pharmacie de la Pounche- <sup>11</sup>Dr en Pharmacie, Vice-Pdte Syndicat des Pharmaciens du Var, Sec. Gl. URPS Ph.PACA, <sup>12</sup>Chargée de missions URPS Ph.PACA

#### Contexte:

**Les inégalités sociales de santé** « se creusent de plus en plus et s'accompagnent d'un gradient de classe sociale »<sup>1</sup>. En matière de survie sociale différentielle, Herbert et Launoy (2000) ont montré qu'à partir d'un diagnostic et d'un stade d'évolution donné de la maladie, il existe une différence entre catégories socioprofessionnelles au détriment des catégories populaires<sup>2</sup> Aiach (2004), Aiach et Fassin (2004) ont établi que des facteurs comme l'observance des traitements jouent un rôle<sup>3</sup>.

**L'observance aux traitements médicamenteux est un défi pour la santé et les finances publiques** : La non adhésion thérapeutique est une perte de chance pour les patients et coûte plus de 9 milliards d'euros par an<sup>4</sup>.

**Des actions menées à l'échelle d'un territoire permettent de réduire les inégalités sociales de santé (ISS)**<sup>5</sup> en mobilisant la pluridisciplinarité, l'intersectorialité, l'implication des pairs, la diffusion de l'information sur les ressources sanitaires et sociales d'un territoire de santé.

**La sortie hospitalière de thérapies ciblées et de traitements complexes** nécessite un accompagnement spécifique des patients pour permettre une meilleure observance et sécuriser les prises

#### Objectif: Adhésion des patients aux stratégies thérapeutiques mises en œuvre

**Objectifs généraux** : Participer à la démarche collective qui vise à limiter les ISS en combinant une approche universelle (action sur l'ensemble de la population) et une approche ciblée (action différenciée selon les publics) : *universalisme proportionné*<sup>1</sup>.  
Proposer un accompagnement innovant des personnes vulnérables à partir d'un repérage à l'officine et par les professionnels de santé de première ligne des personnes qui présentent un besoin accru.

**Objectifs pour le patient** : *Plan Pharmaceutique Personnalisé : adhésion et sécurité à ses traitements. Recours aux Ressources de Santé de son territoire*<sup>9</sup>  
Accéder à des ressources sanitaires et sociales adaptées, appropriées, co-décidées avec le médecin généraliste et les professionnels de santé de premier recours. Comprendre et gérer son traitement en adéquation avec son projet de vie et ses pathologies. Sécuriser ses prises et lutter contre les facteurs de risque évitables tels que la iatrogénie. Repérer les personnes ressources.

**Objectifs de coopération pluridisciplinaire** : Mettre en sens (Weick 1979, 1995) un projet de soin personnalisé réunissant tous les acteurs (y compris le patient et son entourage), mobilisant les ressources adaptées disponibles d'un territoire et aboutissant à la création d'Equipes de Soins Primaires en s'appuyant sur une expérience menée sur Allauch-Plan de Cuques (Ferrera-Bibas, Grenier, 2015)<sup>6</sup> relative au développement de la coopération entre professionnels à partir de la création collective de sens consécutive au partage de problématiques rencontrées par un patient et aux moyens mis en œuvre pour leur résolution.

#### Matériel et Méthodes :

##### Éléments clés de réussite et Prérequis

- Autorisation et financement du programme Phar'observance PACA par l'Agence Régionale de Santé.
- Formation des pharmaciens et des médecins participants à l'Education Thérapeutique du Patient et aux soins pharmaceutiques.

##### Recrutement des Patients

- Praticiens Hospitaliers ou Professionnels de Santé libéraux (Pharmacien, médecin, Infirmier, Kinésithérapeutes)
- Travailleurs sociaux, réseaux de santé, Aides A Domiciles
- Score d'observance déclarative (Morisky) révélateur d'un problème d'observance

#### FORMATION UNIVERSITAIRE PLURIDISCIPLINAIRE DESU « ETP et SOINS PHARMACEUTIQUES<sup>7</sup> »

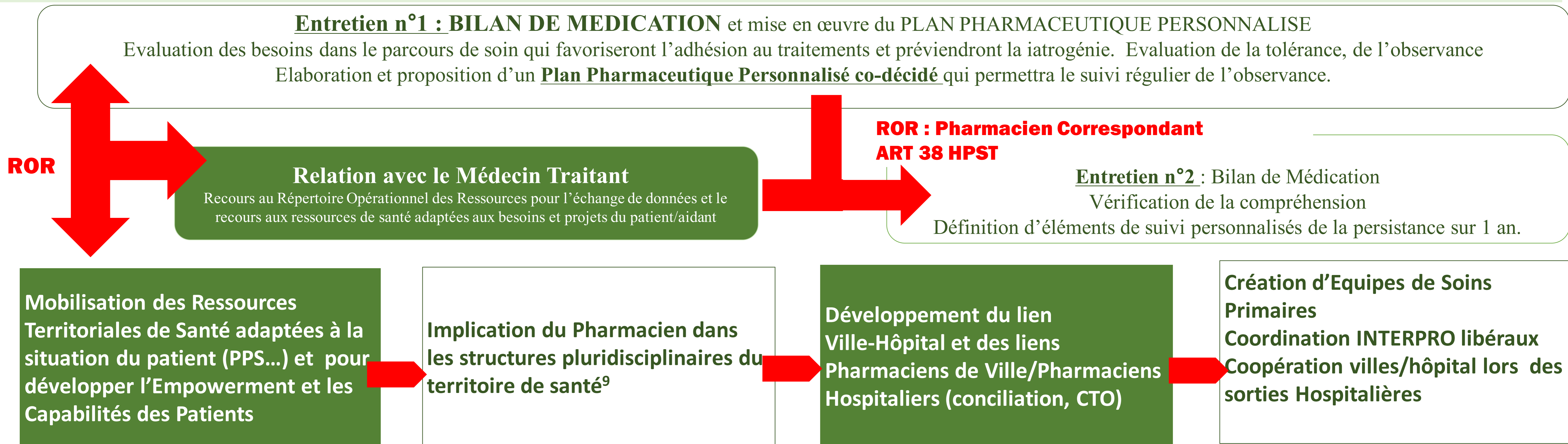
- Module 1 : Formation à l'ETP 40H,
  - Module 2 : Formation à la conciliation des traitements médicamenteux<sup>8</sup>
  - Module 3 : Formation au Bilan de Médication
  - Module 4 : Spécificité de l'accompagnement des personnes âgées fragiles<sup>8</sup>
  - Module 5 : Prise en charge pluridisciplinaire
  - Module 6 : Spécificités de l'accompagnement des chimiothérapies orales<sup>8</sup>
- L'acquisition des modules 1, 1 et 4, 1 et 6 donnent lieu à l'obtention d'un CERTIFICAT

##### Critères d'inclusion

- 1 La personne a été hospitalisée en urgence au moins une fois au cours des six derniers mois pour cause de décompensation d'une maladie chronique, une insuffisance d'organe ou une chute
- 2 Patients présentant un risque d'inobservance :
  - > polyopathologies (plus de 3) > polymédication (n>5) > biothérapie
  - > problèmes socio-économiques ou environnementaux (isolement, habitat, faibles ressources)
- 3 La personne reçoit une Chimiothérapie Orale
- 4 La personne rencontre des problèmes d'organisation des soins (décelée par le MG, un réseau, le pharmacien, l'IDEL...)

**Périmètre de l'expérimentation proposée: 20 patients par officine / 30 officines engagées / 2 ans soit 1200 patients au total**  
**Cadres Théoriques : Universalisme proportionné (Marmot, 2010); (Lang, 2014) – Création collective de sens (Weick, 1979, 1995, 2001)**

#### Design du programme Pharm'OBSERVANCE:



#### Evaluation du projet de recherche autour de 3 ensembles de critères

**Critères relatifs au bon déroulement de l'expérimentation**

1) nombre et variété d'officines réellement participantes ; 2) file active (nombre, variété selon situations pathologiques, sociales, économiques ou géographiques) des patients ; 3) nombre de réunions (telles que : informations patient – professionnels, etc....) ; 4) nombre de partenariats (formalisés ou non) établis avec (par ex.) : les URPS ML, associations de patients, acteurs / dispositifs orientant les patients vers les pharmacies (CCAS, établissements de soins, MSP, réseaux de santé, PTA...).

**Critères relatifs à l'adhésion thérapeutique et la Qualité de Vie**

1) quant à l'évolution de l'adhésion dans le temps : on s'appuie sur des outils validés, qui reposent sur : une méthode objective (le *Medication Possession Ratio*) et une méthode subjective (le questionnaire Morisky à 8 items) ; 2) quant à la satisfaction du patient vis-à-vis de son traitement : le questionnaire de satisfaction SatMed-Q<sup>®</sup> ; 3) questionnaire de qualité de vie SF 36<sup>®</sup>.

**Critères relatifs à la mobilisation des ressources (ESP)**

1) nombre de dossiers patients ouverts et actifs sur le ROR ; 2) nombre de sollicitations de dispositifs tels que : PTA, réseaux... ; 3) nombre d'ESP formalisées ou en cours de formalisation à partir de projets (nombre et variété) consécutifs à la mise en place du dispositif Pharm'Observance.

1: Michael Marmot, Jessica Allen, *Les Tribunes de la Santé*, 2014/2, n°43, p23-4. Lang Thierry, « Inégalités sociales de santé », *Les Tribunes de la santé* 2/2014 (n° 43), p. 31-38

2: Herbert, C., & Launoy, G. (2000). 15. Les cancers. *Recherches*, 239-250.

3: Aiach, P. (2004). *Processus cumulatif d'inégalités: effet d'amplification et disposition à l'appropriation sociale. Santé, société et solidarité*, 3(2), 39-47. Aiach, P., & Fassin, D. (2004). *L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. La Revue du praticien*, 54(20), 2221-2227.

4: Améliorer l'observance, traiter mieux et moins cher. Enquête IMSHealth CRIP 2014

5: *Rapport Société Française de Santé Publique, juin 2014. résultats de la consultation publique « Partageons nos expériences pour lutter contre les inégalités sociales de santé »*

6: « La création collective de sens permet-elle la création d'un dispositif d'action collective organisé? - Cas du parcours de la personne âgée ». F. FERRERA BIBAS Thèse de Sciences de Gestion, CERGAM, AMU sous la direction du Pr C. GRENIER, 2015

7: Porté par le Pr S. HONORE, Laboratoire de Pharmacie Clinique, Faculté de Pharmacie de Marseille et Société Française de Pharmacie Clinique

8 : Modules DPC déjà proposés par la faculté de pharmacie de Marseille

9: défini non plus comme un découpage administratif, mais à partir du domicile des patients (Coldefy, M., & Lucas-Gabrielli, V. (2008). *Les territoires de santé: des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification. Paris: IRDES*, 5, 29).