

**THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le lundi 16 septembre 2019
Par Melle Apolline DELESALLE**

**Les pharmaciens d'officine participant au projet PAERPA :
Motivations, freins, communication interprofessionnelle**

Membres du jury :

Président :

Monsieur le Professeur Michel LUYCKX. Professeur de Pharmacie clinique. PUPH

Directeur, conseiller de thèse :

Monsieur le Professeur Michel LUYCKX. Professeur de Pharmacie clinique. PUPH

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Baptiste BEUSCART. Médecin gériatre. PUPH

Madame le Docteur Marine EGOT. Pharmacien praticien hospitalier.

Madame le Docteur Véronique DEBREZ. Pharmacien d'officine.



3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX

☎ 03.20.96.40.40 - 📠 : 03.20.96.43.64

<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

Université de Lille

Président :	Jean-Christophe CAMART
Premier Vice-président :	Damien CUNY
Vice-présidente Formation :	Lynne FRANJIÉ
Vice-président Recherche :	Lionel MONTAGNE
Vice-président Relations Internationales :	François-Olivier SEYS
Directeur Général des Services :	Pierre-Marie ROBERT
Directrice Générale des Services Adjointe :	Marie-Dominique SAVINA

Faculté de Pharmacie

Doyen :	Bertrand DÉCAUDIN
Vice-Doyen et Assesseur à la Recherche :	Patricia MELNYK
Assesseur aux Relations Internationales :	Philippe CHAVATTE
Assesseur à la Vie de la Faculté et aux relations avec le Monde Professionnel :	Thomas MORGENROTH
Assesseur à la Pédagogie :	Benjamin BERTIN
Assesseur à la Scolarité :	Christophe BOCHU
Responsable des Services :	Cyrille PORTA

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Pharmacie Galénique
M.	DEPREUX	Patrick	ICPAL
M.	DINE	Thierry	Pharmacie clinique
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie
M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique
M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire

Liste des Professeurs des Universités

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	EI Moukhtar	Parasitologie
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Physique
M.	BERTHELOT	Pascal	Onco et Neurochimie
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie – Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	ICPAL
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Physique
M.	DEPREZ	Benoît	Lab. de Médicaments et Molécules
Mme	DEPREZ	Rebecca	Lab. de Médicaments et Molécules
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	FOLIGNE	Benoît	Bactériologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie Industrielle
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie Analytique
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie Cellulaire
M.	LUC	Gerald	Physiologie
Mme	MELNYK	Patricia	Onco et Neurochimie
M.	MILLET	Régis	ICPAL
Mme	MUHR – TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PAUMELLE-LESTRELIN	Réjane	Biologie Cellulaire
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Législation
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHERAERT	Eric	Législation
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie Industrielle
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie Industrielle
M.	WILLAND	Nicolas	Lab. de Médicaments et Molécules

Liste des Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie
M.	LANNOY	Damien	Pharmacie Galénique
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacie Galénique

Liste des Maîtres de Conférences

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie
M.	ANTHERIEU	Sébastien	Toxicologie
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
Mme	BANTUBUNGI	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Pharmacie Galénique
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie
M	BELARBI	Karim	Pharmacologie
M.	BERTHET	Jérôme	Physique
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BOCHU	Christophe	Physique
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie
M.	BOSC	Damien	Lab. de Médicaments et Molécules
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON	Sandrine	Biologie cellulaire
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie
Mme	CHARTON	Julie	Lab. de Médicaments et Molécules
M	CHEVALIER	Dany	Toxicologie
M.	COCHELARD	Dominique	Biomathématiques
Mme	DANEL	Cécile	Chimie Analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
Mme	DUTOUT-AGOURIDAS	Laurence	Onco et Neurochimie
M.	EL BAKALI	Jamal	Onco et Neurochimie
M.	FARCE	Amaury	ICPAL
Mme	FLIPO	Marion	Lab. de Médicaments et Molécules
Mme	FOULON	Catherine	Chimie Analytique
M.	FURMAN	Christophe	ICPAL
Mme	GENAY	Stéphanie	Pharmacie Galénique
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GOOSSENS	Laurence	ICPAL
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques
Mme	HAMOUDI	Chérifa Mounira	Pharmacotechnie industrielle
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA	Kpakpaga Nicolas	Pharmacologie
M.	KARROUT	Youness	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie

M.	LEBEGUE	Nicolas	Onco et Neurochimie
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie Analytique
Mme	LEHMANN	Hélène	Législation
Mme	LELEU-CHAVAIN	Natascha	ICPAL
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie Analytique
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques
M.	MORGENROTH	Thomas	Législation
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie
M.	POURCET	Benoît	Biochimie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques
Mme	RAVEZ	Séverine	Onco et Neurochimie
Mme	RIVIERE	Céline	Pharmacognosie
Mme	ROGER	Nadine	Immunologie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Lab. de Médicaments et Molécules
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques
M.	YOUS	Saïd	Onco et Neurochimie
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques

Professeurs Certifiés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mlle	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeur Associé - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	DAO PHAN	Hai Pascal	Lab. Médicaments et Molécules
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie Pharmaceutique

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacie Clinique

M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacie Clinique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques

AHU

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie

Faculté de Pharmacie de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier les pharmaciens du Denaisis qui ont accepté de me recevoir et de me livrer leur avis au sujet de leur participation au projet PAERPA.

Mes remerciements chaleureux vont également au Docteur Beuscart et au Docteur Averlant pour leur accompagnement et leur suivi tout au long de ce travail de thèse.

Je remercie aussi le Professeur Luyckx, qui a accepté de prendre la direction de ce travail de recherche. Merci pour sa disponibilité et ses conseils avisés.

Merci à Marine, pour sa bienveillance lors du stage d'externat et pour les corrections apportées à ce travail.

Merci à toute l'équipe de la pharmacie du Centre Hospitalier de Denain pour l'accueil qu'ils m'ont réservé lors du stage hospitalier.

Un merci tout particulier à Véronique, qui m'a transmis sa passion pour ce beau métier de pharmacien. Merci pour sa patience et pour ses explications claires et précises lors des stages officinaux.

Enfin, merci à mes chers parents, mes frères, mes amis et mes collègues pour leur grande sollicitude, leur amitié et leur soutien.

INTRODUCTION	17
I. Les soins intégrés	17
II. PAERPA.....	19
III. Plan Personnalisé de Santé (PPS) conciliation médicamenteuse.....	20
IV. La place des pharmaciens dans les soins intégrés.....	23
V. Objectifs de l'étude.....	23
PARTIE I : MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	25
I. Type d'étude.....	25
II. Sélection des participants	26
III. Entretiens	26
IV. Analyse des entretiens.....	28
V. Réunions de travail de groupe	29
PARTIE II : RÉSULTATS.....	31
I. Réalisation de l'étude	31
II. Les motivations des pharmaciens d'officine	32
A. Valorisation de la profession	32
B. Se tourner vers la pharmacie clinique.....	33
C. Se placer en tant qu'acteur de soin dans les réseaux, participer à la communication inter-professionnelle	34
D. Les bénéfices pour le patient	35
III. Les défauts à corriger pour pérenniser le projet	36
A. L'absence de communication interprofessionnelle, le manque de suivi du dossier patient	36
B. L'aspect chronophage et la rémunération insuffisante	37
C. Un guide d'entretien peu clair	38
IV. L'animatrice territoriale : un rôle indispensable, mais une place à repenser	38
A. Une place centrale dans le projet	38
B. Une fonction qui fait obstacle à la communication directe	39
V. Les pistes d'amélioration.....	40
A. Mettre en place la plateforme informatique	40
B. Revoir les critères d'inclusion.....	40
C. Augmenter la communication sur le projet PAERPA	40

PARTIE III : DISCUSSION	43
I. Discussion des résultats	43
A. Motivation des pharmaciens.....	43
B. Communication interprofessionnelle.....	44
C. L’animatrice territoriale	44
D. Piste d’amélioration	45
II. Discussion de la méthode	46
A. Forces de l’étude	46
B. Faiblesses de l’étude	46
CONCLUSION	47
BIBLIOGRAPHIE	48
ANNEXES	50
Annexe 1 : Carte du territoire du PAERPA – Valenciennois Quercitain	50
Annexe 2 : Grille du PPS conciliation médicamenteuse	51
Annexe 3 : Logigramme conciliation médicamenteuse	63
Annexe 4 : Déroulement PPS conciliation médicamenteuse	65
Annexe 5 : Courrier de sortie	66
Annexe 6 : Plan de prise	67
Annexe 7 : Guide d’entretien initial	68
Annexe 8 : Guide d’entretien final	70
Annexe 9 : Consentement écrit	72
Annexe 10 : Diagramme de flux	73

Liste des abréviations

OMAGE	Optimisation des médicaments chez le sujet âgé
OMS	Organisation mondiale de la santé
SIPA	Système intégré pour personnes âgées fragiles
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
PSL	Professionnel de santé libéral
PAERPA	Personne âgée en risque de perte d'autonomie
EMG	Equipe mobile de gériatrie
PPS	Plan personnalisé de santé
CCP	Coopération clinique de proximité
AT	Animatrice territoriale
CH	Centre hospitalier
BMO	Bilan médicamenteux optimisé
DSH	Document de sortie d'hospitalisation
DAT	Dispositif d'appui territorial

INTRODUCTION

I. Les soins intégrés

A. Les problématiques gériatriques en France

Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent aujourd'hui 1 personne sur 10 en France. Elles ont pour 85% d'entre elles au moins une pathologie, 57% sont en affection longue durée, 33% ont été hospitalisées au moins une fois en un an, pour une durée de 12 jours en moyenne ; 44% des personnes âgées hospitalisées ont connu un passage aux urgences.(1)

En outre, on constate que les principales causes dans la rupture de continuité des soins des personnes âgées résultent d'une insuffisance de coordination dans la prise en charge médico-sociale. (2) De plus, une étude internationale montre que 41% des sujets âgés décrivent des problèmes de coordination des soins dans les deux ans précédents. (3)

Par ailleurs, selon les données de l'essai OMAGE (Optimisation des Médicaments chez les sujets AGEs), publiée en 2011, 38 % des patients hospitalisés en unité de gériatrie aiguë sont réhospitalisés dans les 6 mois. Parmi les causes de ré-hospitalisation, on retrouve pour 40 % les problèmes médicamenteux, dont 71% seraient iatrogènes (le reste se partage entre le mésusage des médicaments et l'observance du patient). (4)

Le projet OMAGE comprend trois actions : une plus grande coordination interprofessionnelle, l'éducation thérapeutique du patient et l'optimisation des prescriptions. La mise en œuvre de ce projet est associée à une diminution relative de 39 % des ré-hospitalisations liées à la iatrogénie, sans avoir modifié significativement le « profil iatrogénique » de prescription à la sortie d'hospitalisation. (4)

Ainsi donc, en agissant conjointement sur la diminution du risque iatrogénique et l'amélioration de la coordination des soins, devrait-on pouvoir diminuer significativement le nombre de ré-hospitalisations.

B. Définition des soins intégrés

Depuis quelques années, se développe le concept de « soins intégrés ». L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit ce service de santé centré sur la personne comme « la gestion et la prestation de services sanitaires de qualité et sûrs permettant à la population de bénéficier d'un ensemble de services suivis allant de la promotion de la santé à la prévention de la maladie, au diagnostic, au traitement et à la prise en charge de la maladie, ainsi qu'à la réadaptation et aux soins palliatifs, aux différents niveaux et sur les différents lieux de soins dans le cadre du système de santé. Ces services doivent être d'un coût abordable, accessibles, disponibles et acceptables pour ceux auxquels ils sont destinés ».(5)

Cet organisme encourage les pays à mettre en œuvre des services de santé intégrés en soutenant l'élaboration de politiques, de stratégies de réforme, de normes sur la qualité des soins, de lignes directrices reposant sur des données factuelles et de meilleures pratiques susceptibles d'être adaptées à différents environnements nationaux.

Le patient, au centre de cette approche, est ainsi rendu capable de prendre en charge ses soins par lui-même, tout en étant encadré par un réseau multidisciplinaire de professionnels de santé. Ce réseau multidisciplinaire regroupe non seulement les médecins généralistes et spécialistes, pharmaciens et infirmiers, mais aussi les assistantes sociales, aides familiales et proches du patient.

Les soins intégrés mis en œuvre chez le sujet âgé favorisent ainsi un meilleur état médical à un coût équivalent aux systèmes de soins habituels, comme l'indique l'évaluation du SIPA (Système Intégré pour Personnes Agées fragiles) publié en 2004 au Canada. (6)

En France, en 2011, le rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) appelle à tester des « prototypes d'organisations nouvelles » conçues autour du parcours de l'utilisateur dans le but de favoriser la coordination interprofessionnelle (2). Dans ce contexte, le ministère de la Santé donne son aval à l'expérimentation d'un parcours pour les « Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) ».

II. PAERPA

Le PAERPA est un parcours de santé pilote pour les personnes âgées, mis en place en 2014 par le ministère de la Santé. Au départ, 9 territoires sont désignés, puis en 2016, 7 territoires supplémentaires viennent compléter l'expérimentation. (7) Ainsi, la démarche PAERPA est-elle mise en place, a minima, dans un territoire de chaque grande région. Suite à cette extension, le dispositif PAERPA concerne à peu près 550 000 personnes âgées. (8) Le territoire du Valenciennois Quercitain est l'un des territoires retenus. (Annexe 1)

L'expérimentation PAERPA se place dans la démarche de « soins intégrés ». Ses objectifs sont, d'un point de vue individuel, d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et celle de leurs aidants ; et d'un point de vue collectif, d'améliorer leur prise en charge dans une logique de « parcours de soins ». (1)

Un des enjeux majeurs de cette expérimentation est d'aller au-delà des approches préexistantes de coordination des acteurs, de décloisonner les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, et de créer une coordination entre l'hôpital et la ville, en impliquant de manière forte des Professionnels de Soins Libéraux (PSL). (9)

La démarche PAERPA s'adresse aux personnes de 75 ans et plus dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social. Afin de maintenir, le plus longtemps possible, la plus grande autonomie dans le cadre de vie habituel de la personne, la démarche PAERPA a pour objectif de faire en sorte que les personnes reçoivent « les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment, le tout au meilleur coût. » (10)

Cette action est rendue possible en agissant en amont de la perte d'autonomie par un repérage des quatre principaux facteurs d'hospitalisation évitable (dépression, chute, iatrogénie médicamenteuse et dénutrition) et en optimisant la coordination des professionnels de santé autour de la personne âgée. Le dispositif s'articule autour de 5 actions clés : renforcer le maintien à domicile, améliorer la coordination des intervenants et des interventions, sécuriser la sortie d'hôpital, éviter les hospitalisations inutiles et mieux utiliser les médicaments. (11)

III. Plan Personnalisé de Santé (PPS) conciliation médicamenteuse

A. Présentation et objectifs du PPS de conciliation médicamenteuse

Dans le cadre de ce projet, une spécificité innovante a été mise en place sur le territoire du Denaisis et au sein du centre hospitalier de Denain : la conciliation médicamenteuse au sein d'une Équipe Mobile de Gériatrie (EMG), composée d'un médecin, d'un pharmacien et d'un infirmier. Elle vise à prendre en compte le risque iatrogène chez les sujets âgés fragiles et hospitalisés dans le but de diminuer les ré-hospitalisations précoces. Elle aboutit à la réalisation d'un PPS conciliation médicamenteuse (Annexe 2), impulsé lors du retour à domicile.

Les objectifs de ce PPS conciliation médicamenteuse sont les suivants :

- Réduire le risque lié à la iatrogénie médicamenteuse.
- Sécuriser la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée.
- Éviter les ré-hospitalisations dues à une cause iatrogénique ou à une mauvaise observance du traitement.
- Rendre le sujet âgé acteur de son traitement, assurer la bonne application du traitement de sortie d'hospitalisation.
- Améliorer la coordination autour de la sortie d'hospitalisation avec les professionnels de la ville.

La Coordination Clinique de Proximité (CCP) se fait sous la responsabilité du médecin traitant, avec, a minima, le médecin traitant et le pharmacien d'officine, et selon les cas, l'infirmier ou d'autres professionnels de santé. La CCP se fait avec l'appui de l'Animateur Territorial (AT) qui coordonne ces différents acteurs et assure la gestion administrative.

B. Choix des patients

Les patients à risque de perte d'autonomie ont été ciblés grâce aux critères suivants :

- Être admis en hospitalisation en urgence à l'hôpital de Denain.
- Être âgé d'au moins 75 ans.
- Résider dans le territoire du PAERPA du Valenciennois Quercitain.
(Annexe 1)
- Avoir un projet de retour à domicile.
- Avoir au moins un des critères suivants :

- Présenter 3 pathologies ou plus.
- Recevoir un traitement par AVK ou AOD.
- Recevoir un traitement diurétique.

Les patients qui répondent aux critères de risque de perte d'autonomie ne sont pas inclus dans le projet s'ils présentent au moins un des critères suivants :

- Le refus de participation du patient et/ou du médecin traitant et/ou du pharmacien d'officine.
- Un retour à domicile après un passage aux urgences sans hospitalisation.
- Le transfert dans un autre établissement de soins.
- Les patients vivant en EHPAD.
- Les patients présentant des troubles cognitifs d'intensité sévère.
- Les patients dépendants, GIR 1 ou 2.
- Les patients sous tutelle ou sous curatelle.

C. Déroulement du PPS de conciliation médicamenteuse

Le PPS se déroule en deux phases, la première a lieu au Centre Hospitalier de Denain avec une intervention lors de l'entrée du patient, et une autre intervention lors du retour à domicile. (Annexe 3 et 4)

- Première phase : au Centre Hospitalier de Denain
 - Lors de l'entrée du patient

La première intervention consiste au repérage des personnes âgées éligibles au projet PAERPA lors de l'entrée des patients ; l'évaluation de l'intérêt de l'ouverture d'un PPS ; le recueil de l'accord du médecin, du patient et du pharmacien ; la réalisation de la conciliation médicamenteuse ; et l'optimisation diagnostique et thérapeutique.

La conciliation médicamenteuse d'entrée consiste en la recherche des thérapeutiques à domicile à l'aide d'un entretien avec le patient, de l'analyse des ordonnances qu'il a apportées et des éventuels courriers de sortie précédents. Son traitement à domicile est confirmé par un appel au pharmacien d'officine. C'est le premier lien hôpital/ville qui se crée. C'est également lors de cette conciliation médicamenteuse d'entrée qu'une enquête d'observance est effectuée, pour aboutir à l'élaboration du Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO). (12) (13)

L'optimisation diagnostique et thérapeutique a lieu lors d'un entretien gériatre/pharmacien pour optimiser la prise en charge médicamenteuse en fonction des antécédents.

- Lorsque le retour à domicile est prévu

La deuxième intervention a lieu lorsque le retour à domicile est prévu. Un entretien a lieu avec le patient en vue de lui délivrer une information thérapeutique ciblée, adaptée à son traitement (anticoagulant, polymédication ou autre), ainsi qu'un plan de prise de son nouveau traitement. Cet entretien a lieu avec le pharmacien de l'EMG.

Quatre documents de sortie sont élaborés, à la fois par l'équipe médicale, l'EMG et la pharmacie hospitalière :

- Le Document de Sortie d'Hospitalisation (DSH) à destination du médecin traitant. Ce document contient le compte rendu d'hospitalisation ainsi que le tableau récapitulatif des changements de traitement. C'est le document habituel de sortie d'hospitalisation.
- Le courrier de conciliation à destination du médecin traitant et du pharmacien d'officine (Annexe 5) qui comprend les changements de traitements, ainsi que les grandes lignes du motif d'hospitalisation. Ce courrier contient également une ordonnance pour la pharmacie.
- L'Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS).
- Le plan de prise remis au patient et transmis à la pharmacie. (Annexe 6)

- Deuxième phase : à domicile

Le médecin traitant élabore ensuite le PPS, dans la semaine suivant la sortie, en y intégrant l'action d'optimisation thérapeutique. Il utilise l'expertise gériatrique réalisée à l'hôpital (l'EGS) qu'il complète éventuellement selon son évaluation à domicile.

Le pharmacien d'officine est prévenu de la sortie du patient par l'hôpital ou par l'AT, avant que la sortie ne soit effective. À charge pour le pharmacien d'officine d'organiser avec le patient deux entretiens.

Le premier entretien pharmaceutique a lieu entre le pharmacien d'officine et le patient ou sa famille. Il se déroule de préférence le jour de la sortie d'hospitalisation et est réalisé à l'aide du courrier de conciliation. Le but de cet entretien est de délivrer les médicaments prescrits lors de la sortie d'hospitalisation, de clarifier les changements de traitements et de prodiguer les conseils nécessaires au bon usage du médicament.

Le second entretien se déroule un mois après la sortie d'hospitalisation, de préférence au domicile du patient. Le but de cet entretien est d'assurer le suivi du patient et de sa thérapeutique, d'élaborer le PPS de conciliation médicamenteuse (Annexe 2) et d'accompagner le patient dans la vie quotidienne pour améliorer l'observance. Il comprend, entre autres, un contrôle de l'armoire à pharmacie et des principaux paramètres servant à la prévention et à la surveillance de l'état de santé du patient. (14)

IV. La place des pharmaciens dans les soins intégrés

Les projets incluant les pharmaciens d'officine dans les soins intégrés sont peu nombreux. Cependant, la collaboration entre médecin et pharmacien est perçue comme bénéfique, tant pour les patients que pour les professionnels de santé, comme le montre une étude menée en Espagne. (15) Néanmoins, à notre connaissance, il n'existe pas ou peu d'études évaluant les motivations des pharmaciens d'officine à participer à des projets de soins intégrés.

V. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est donc d'identifier les motivations des pharmaciens d'officine participant au projet PAERPA.

Les objectifs secondaires sont de :

- Recueillir le ressenti des pharmaciens d'officine quant à l'implication des médecins traitants et de l'animatrice territoriale dans la prise en charge post-hospitalière des patients PAERPA.
- Evaluer la communication interprofessionnelle dans le cadre du projet PAERPA.
- Identifier des axes d'amélioration du projet PAERPA.

PARTIE I : MATÉRIEL ET MÉTHODE

I. Type d'étude

A. Description de la méthode

La méthode utilisée est la méthode par théorisation ancrée ou grounded theory. C'est une méthode de recherche qualitative qui consiste à rendre explicites et compréhensibles les phénomènes se dégageant des informations recueillies sur le terrain. A la différence de la méthode hypothético-déductive, il s'agit donc de commencer les recherches, non pas en établissant des théories, mais en recueillant des informations au moyen d'entretiens semi-directifs auprès des participants. De plus, pour éviter tout biais d'analyse et d'interprétation, les idées préconçues et les a priori sont couchés sur le papier avant de commencer les entretiens.(16)

Cette méthode de théorisation ancrée est empruntée aux sciences humaines et sociales. Elle est le plus souvent associée à la sociologie, à l'anthropologie car elle a pour but d'étudier les individus, et non pas d'établir des statistiques chiffrées. Ainsi, toute nouvelle idée apportée du terrain est-elle prise en compte et explorée dans le but de faire ressortir une théorie.

Cette étude menée auprès des pharmaciens d'officine, s'intègre dans un processus d'évaluation globale du projet PAERPA.

B. Consentement des participants

La participation à cette étude ne soulève pas de problème éthique et n'est donc pas soumise à la loi « Jardé ». Aucune déclaration au comité de protection des personnes ou commission nationale de l'information et des libertés n'est nécessaire. Un consentement en bonne et due forme ainsi que le passage devant la commission d'éthique ne sont donc pas requis. Cependant, pour le bon déroulement de la recherche, les participants ont signé une fiche de consentement pour le recueil des données. (Annexe 9)

II. Sélection des participants

Les pharmaciens avec lesquels nous nous sommes entretenus font partie d'un échantillon, le plus représentatif possible, des pharmaciens participant au versant PPS conciliation médicamenteuse du projet PAERPA. Ce sont donc des pharmaciens du Denaisis ayant déjà réalisé, de manière effective, un ou plusieurs PPS de conciliation médicamenteuse.

La liste de ces pharmaciens a été procurée par le DAT (Dispositif d'Appui Territorial) qui coordonne le projet PAERPA sur le terrain. A partir de cette liste, les pharmaciens ont été contactés de manière aléatoire et randomisée, sans aucun critère d'exclusion, ni de distinction.

III. Entretiens

A. Principe de l'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif a pour but de recueillir les informations données par l'interlocuteur en intervenant le moins possible pour ne pas biaiser la conversation. Il s'agit de laisser s'exprimer librement l'interviewé sur les thèmes choisis par l'investigateur. (17)

B. Guide d'entretien

Pour mener à bien l'entretien semi-dirigé, un guide d'entretien est élaboré à partir des objectifs de l'étude. Celui-ci est conçu de manière ouverte et le plus neutre possible pour ne pas aiguiller les réponses du participant dans un sens ou dans l'autre. Le premier guide d'entretien (Annexe 7) est validé avant son utilisation auprès du groupe de travail. Enfin, après chaque entretien, le guide est revu et modifié, si besoin, en vue de l'entretien suivant pour s'adapter au mieux aux réalités du terrain. (Annexe 8)

Le guide d'entretien comporte deux types de questions : des questions thématiques et des questions de relance.

Les questions thématiques sont des grandes questions générales sur les thèmes que l'on veut aborder. Ces grandes questions sont posées si le thème n'est pas abordé librement par l'interlocuteur.

Concernant les questions dites de relance, ces questions ne sont pas faites pour être posées systématiquement. Elles sont là pour relancer la conversation si cette dernière se tarit sans que les informations soient complètes, ou pour demander des éclaircissements si le propos de l'interlocuteur n'est pas suffisamment explicite. Elles permettent également à l'interlocuteur de préciser son discours dans le but de limiter les biais d'interprétation.

C. Réalisation des entretiens

Tous les entretiens sont réalisés selon le même processus. Tout d'abord, un premier contact téléphonique a lieu, sur l'initiative de l'investigateur. Lors de ce premier contact, le but de l'étude est présenté succinctement pour ne pas trop en dévoiler et éviter d'induire des biais dans les réponses futures. Puis un rendez-vous est fixé. Soit est pris également d'avertir le participant de l'enregistrement de l'entretien afin que ce dernier soit, par la suite, retranscrit de manière anonyme.

L'entretien se déroule dans l'officine du participant, il n'a pas lieu au comptoir mais dans une pièce à part permettant un échange au calme et de manière à ce que la conversation soit interrompue le moins possible par les nécessités de la profession.

L'enregistrement de l'entretien commence dès le début de la rencontre. Lors de l'entretien, les objectifs de l'étude sont de nouveau présentés au début de l'entrevue, tout en restant dans les grandes lignes pour ne pas induire de biais dans les réponses. Ensuite, le formulaire de consentement de participation à l'étude est signé par le participant et l'investigateur. Le participant en conserve un exemplaire.

Les questions du guide d'entretien sont ensuite abordées. Elles ne sont pas obligatoirement traitées dans l'ordre du guide d'entretien, mais sont abordées au fil de la discussion, au moment où il paraît opportun de les évoquer dans le cours de la conversation. Il n'y a pas de durée type pour l'entretien, cela dépend du participant, et de ce qu'il veut évoquer à propos du sujet.

L'entretien se termine lorsque tous les points ont été abordés et que le participant n'a plus rien à ajouter. Avant de clore l'entretien, le participant est invité à

remplir un petit questionnaire regroupant des informations le concernant. Ces informations sont utilisées pour caractériser les participants et s'assurer de la diversité des pharmaciens rencontrés pour que l'échantillon soit le plus représentatif possible de la population. L'arrêt de l'enregistrement se fait à la fin de l'entrevue.

D. Anonymisation des données et retranscription en verbatim

A la fin de chaque entretien, l'enregistrement est retranscrit mot à mot sous forme de verbatim. Ce dernier comporte de surcroît des indications sur le ton de la voix, les silences, les hésitations, les exclamations pour que le travail d'analyse soit le plus proche possible de la réalité.

Il va sans dire que le verbatim ne contient aucune information permettant d'identifier le participant ; les propos sont anonymisés et aucun nom n'apparaît. Une fois l'enregistrement totalement retranscrit, le fichier audio est détruit.

Les verbatims et les fiches d'informations remplies par les participants sont conservés séparément de manière à ce que le lien entre l'identité du participant et son propos ne puisse être établi.

IV. Analyse des entretiens

A. Principe du triple codage

Les données recueillies lors des entretiens sont traitées par un triple codage à l'aide du logiciel NVivo®. Ces « codes » sont en fait des mots-clefs permettant d'extraire les informations recueillies et de les organiser.

Le premier codage est dit « ouvert ». Il s'agit à ce niveau-là de résumer et rassembler les données en donnant aux informations recueillies des sortes d'étiquettes résumant le contenu. Ces codes permettent de regrouper les informations similaires issues d'entretiens différents.

Le deuxième codage est dit « axial ». Le but de ce codage est de ré-agencer, d'identifier des thèmes communs, de regrouper les codes ouverts en catégories. C'est un codage plus conceptuel, plus global que le codage précédent. Les méta-codes ainsi créés permettent d'avoir un nombre plus restreint d'unités d'analyse se rapprochant de la question de recherche.

Le troisième codage est dit « sélectif ». Il s'agit alors de regrouper les catégories précédemment créées et de tisser des liens entre elles pour mettre en évidence le fil directeur des idées recueillies et faire jaillir une théorie. C'est une étape de recontextualisation qui fait naître les hypothèses en lien avec le sujet de recherche.(16)

B. Triangulation

Pour éviter les biais liés à l'investigateur, une triangulation des données est mise en place. Deux personnes différentes analysent trois des entretiens réalisés. Les données ainsi obtenues sont ensuite mises en commun et comparées. S'il n'y a pas de différence d'interprétation, l'analyse peut être poursuivie par l'investigateur seul.

C. Saturation des données

Le nombre d'entretiens n'est pas fixé par avance, mais dépend des données recueillies. Quand un entretien n'apporte plus de nouvelles idées par rapport aux entretiens précédents, la saturation des données est atteinte. Deux entretiens supplémentaires sont réalisés pour valider cette saturation des données. Si les deux entretiens supplémentaires ne nous apportent pas de nouvelles idées, la saturation des données est donc validée, ce qui marque la fin des entretiens.

V. Réunions de travail de groupe

Pour le suivi du travail global de l'évaluation du projet PAERPA, des réunions mensuelles sont organisées. Elles réunissent l'ensemble des participants de l'évaluation du projet. Les objectifs opérationnels de ces réunions sont multiples. Il s'agit d'une part, de valider les modifications du guide d'entretien, le choix des participants, les pistes d'analyses ou encore la saturation des données. D'autre part, il s'agit de situer l'étude par rapport aux autres sujets de l'évaluation du projet PAERPA.

PARTIE II : RÉSULTATS

I. Réalisation de l'étude

Le recrutement des participants est décrit dans le diagramme de flux présenté en annexe 10. Sur les 41 pharmaciens participant au projet PAERPA dans le territoire du Denais, 16 ont été contactés et 10 ont été interrogés.

La saturation des données a été obtenue au bout de huit entretiens, et a été confirmée par deux entretiens supplémentaires, pour un total de dix pharmaciens interrogés.

Le guide d'entretien a été modifié trois fois.

Les différents entretiens ont permis de construire une théorie sur les motivations et les freins des pharmaciens à participer au projet PAERPA. Ainsi donc, les motivations résident dans le fait que ce projet contribue à l'évolution de la profession selon quatre aspects. Il permet tout d'abord de valoriser la profession ; de se tourner ensuite vers la pharmacie clinique ; puis de se placer en tant qu'acteur de soin dans les réseaux, ce qui intègre, de fait, les pharmaciens dans la communication interprofessionnelle ; et enfin d'offrir de réels bénéfices pour le patient.

Par ailleurs, le projet, tel qu'il est actuellement, présente des points négatifs que les pharmaciens acceptent pour le moment, mais qui feront obstacle à leur participation s'ils ne sont pas améliorés. Il s'agit de l'absence de communication effective entre les professionnels de santé impliqués, du manque de suivi autour du dossier patient, du rapport temps passé versus rémunération qui est déséquilibré, et du guide d'entretien qui est à réétudier.

L'animatrice territoriale tient une place centrale, indispensable au bon déroulement du projet. Néanmoins, l'exercice de sa fonction est à repenser pour ne pas faire obstacle à la communication directe entre les professionnels de santé impliqués. Il semblerait que l'arrivée d'une plateforme informatique, ainsi qu'une plus grande information au sujet de PAERPA soient des pistes d'amélioration du projet.

II. Les motivations des pharmaciens d'officine

A. Valorisation de la profession

- « *Dans notre rôle, dans notre vocation, c'est positif* » P3

A travers le projet PAERPA, c'est une valorisation de la profession dans son ensemble qui s'effectue, tant dans la perception du patient que dans celle des autres professionnels de santé. C'est un pas vers la communication interprofessionnelle et la complémentarité médecin – pharmacien.

- « *[Ce projet] permet au patient d'avoir une autre vision du pharmacien, voilà, de commencer à faire entrer dans les mœurs qu'on ne sera plus juste celui qui vendra ses boîtes, mais qui participera au maintien de sa santé, et de son environnement, et cetera.* » P10
- « *Moi si je le fais c'est plus pour bien entourer le patient, ça c'est clair et puis aussi montrer aux autres professionnels de santé qu'on peut aussi intervenir, qu'on peut travailler plus ensemble autour d'une personne.* » P9
- « *On leur dit, qu'on peut apporter quelque chose d'autre, un accompagnement, voilà, c'est mieux.* » P1
- « *On rend service au patient, si j'ai pu donner une information qui est utile au patient, ben c'est mon rôle, c'est mon but et c'est essentiel.* » P1
- « *Elle pose des questions qu'elle n'ose pas poser au médecin.* » P2

De plus, le lien patient-pharmacien se trouve renforcé et évolue vers encore plus de dialogue pour un meilleur suivi du traitement et une gestion des effets indésirables plus optimale.

- « *Créer une forme de nouveau dialogue avec le patient. C'est euh... Parce qu'au comptoir, ils disent oui, tout va parfaitement bien. Et en creusant un peu, on se rend compte des petites erreurs qu'ils font.* » P7
- « *Je sens par contre que dans la relation patient-pharmacien, ça amène quelque chose, cette espèce de « je suis quand même un patient privilégié pour mon pharmacien, il vient chez moi. » ça c'est top.* » P9

B. Se tourner vers la pharmacie clinique

A l'heure actuelle, le métier de pharmacien est en pleine évolution, il ne reste plus cantonné au médicament en lui-même, mais se dirige vers une approche plus globale du patient, qui prend en compte son environnement, pour permettre de changer la prise en charge et d'ouvrir vers de nouvelles missions.

- « *Je pense qu'à l'heure actuelle, si on se contente de la délivrance de médicament, on est fichu.* » P1
- « *C'est surtout voir s'ils suivent bien leur traitement et voir aussi les médicaments chez eux.* » P2
- « *On participe à la prise en charge dans sa globalité, et ça, ça me plaît bien.* » P10
- « *Et puis, ça nous permet de voir aussi l'intérieur, l'environnement, voir s'il y a besoin d'autre chose, au niveau matériel médical par exemple.* » P6

L'évolution du métier, se fait notamment vers la pharmacie clinique, au plus proche des patients. Cette évolution amène le pharmacien à sortir de son officine, ce qui permet d'établir une plus grande confiance entre le patient et son pharmacien. Ceci dans le but d'assurer une meilleure prise en charge du patient, et une meilleure adaptation de son traitement à sa vie quotidienne.

- « *Pouvoir toucher un peu plus, pas forcément juste à l'officine, d'aller vraiment chez les patients et de pouvoir être dans leurs environnement.* » P5
- « *Parce que le fait d'aller chez le patient, ça permet d'avoir un contact plus rapproché avec le patient. Et ça leur donne quand même une possibilité de parler à quelqu'un.* » P2
- « *Le fait d'aller chez eux c'est un petit peu plus intime, les patients sont un peu plus libres de discuter, de parler, et ils discutent beaucoup plus sur leurs traitements.* » P5
- « *Je trouve que en tant que pharmacien, ça nous permet de sortir un petit peu de notre officine et d'aller vraiment au domicile du patient, pour échanger librement sur les traitements.* » P1
- « *Et puis après, le fait d'aller chez le patient permet, en corrélation avec le médecin, d'assurer une meilleure prise en charge des patients.* » P2

Par ailleurs, en tant qu'évolution vers la pharmacie clinique, le projet permet de surcroît de sécuriser la sortie d'hôpital.

- *« Parce que souvent, ils sortent [de l'hôpital] avec un nouveau traitement ou des modifications de traitements, donc c'est risque d'erreur. [...] On prend le temps de réexpliquer les changements de posologie, de médicament, les moments de prise. » P2*

C. Se placer en tant qu'acteur de soin dans les réseaux, et participer à la communication interprofessionnelle

Souvent, les pharmaciens sont vus comme des conseillers, or leur but est de se placer comme acteur de soin, de prendre leur place au cœur des réseaux de soin, et non plus rester en périphérie.

- *« Tout le monde se rassemble autour du patient, donc c'est bien quoi. » P5*
- *« A un moment donné, nous, il faut qu'on prenne aussi notre place là-dedans quoi. » P3*

En outre, le projet est présenté comme moteur dans le travail interdisciplinaire, un aspect de la prise en charge qui intéresse beaucoup les pharmaciens.

- *« C'est surtout [l'aspect pluriprofessionnel] qui m'intéresse, et c'est vraiment ça. Disons que, il me semblait que [lorsqu'ils ont présenté le projet] ça mettait en forme les idées qu'on a de travailler tous ensemble autour du même patient, mais ça m'avait l'air un peu plus établi quoi. Voilà, moi c'est ça qui me convient. » P9*

Le projet a également permis un plus grand contact avec le monde hospitalier, ainsi qu'une circulation facilitée des informations entre la pharmacie hospitalière et la pharmacie d'officine.

- *« On est plus souvent en contact avec l'hôpital, ils nous appellent pour avoir des renseignements [...], donc je trouve que c'est un mieux. » P9*
- *« A la sortie [de l'hôpital] on a aussi un appel pour informer des changements, et ça c'est super, c'est un vrai lien qui se crée ! » P6*
- *« Et puis, il y a plus de lien avec l'hôpital [...] Je trouve que ça évolue vers la discussion quand même. » P9*

D. Les bénéfiques pour le patient

Le projet dans sa globalité est perçu comme bénéfique pour le patient.

- « *C'est que du positif pour le patient.* » P3
- « *C'est vraiment pour le patient, pour éviter les risques iatrogéniques ou autres.* » P2

En particulier, le projet montre son utilité dans la mise en exergue de problèmes quotidiens malgré le fait que les patients expriment, de prime abord, l'absence de problème.

- « *J'avais fait un point sur son armoire à pharmacie, là je suis retournée chez lui, l'armoire était nickel quoi. En un an, ça n'a pas bougé, c'est un bon point, et donc c'est bien la preuve qu'il y a quand même une efficacité.* » P10
- « *Pour elle, tout allait bien, son traitement était nickel et en fait il y avait des baisses de tension. J'en ai parlé au médecin, il a réajusté le traitement derrière. C'est vrai que là pour le coup l'intervention a été efficace et bien suivie.* » P7
- « *Mais au départ, quand on discutait avec elle, tout allait très bien avec son traitement quoi.* » P7

Pour le patient, il s'agit également de valoriser la connaissance qu'il a de son traitement. La plupart du temps, les patients rencontrés par les pharmaciens connaissent leur traitement, et, même s'il y a des choses à améliorer, le fait de valoriser leur savoir est un bon point dans leur prise en charge globale et dans leur adhésion au traitement.

- « *Son traitement, elle le connaissait super bien, sur le bout des doigts. Je posais les questions, et c'était limite « Question pour un Champion » ! Elle voyait ça comme un jeu, donc ça lui a plu comme entretien.* » P7

Sans oublier de surcroît, le rôle social de la visite du pharmacien, qui revêt une importance considérable pour le patient.

- « *Dans le cadre du PAERPA, ils étaient bien contents que j'aie leur rendre visite à la sortie de l'hôpital parce que souvent ce sont des gens seuls, alors ils ont un peu de visite, ils sont très contents. De plus, on s'intéresse vraiment à eux et on s'occupe d'eux.* » P4
- « *Elle ne se retrouve plus toute seule.* » P2

III. Les défauts à corriger pour pérenniser le projet

Les pharmaciens acceptent pour le moment les points négatifs devant les bénéfices que le projet apporte, mais un jour, ces points négatifs deviendront trop pénibles à supporter et feront obstacle à leur participation au PAERPA. On distingue deux types de points négatifs : d'une part, les points négatifs liés à l'absence de communication, tant entre les professionnels de santé que autour du dossier patient ; et d'autre part, ceux plus organisationnels comme l'aspect chronophage, la rémunération insuffisante ou le guide d'entretien peu pratique à l'usage.

A. L'absence de communication interprofessionnelle et le manque de suivi du dossier patient

Dans la plupart des PPS réalisés, il n'y avait pas de communication avec les médecins, soit parce qu'il n'y avait pas de problème, soit parce que la sensibilité du médecin entrainait en compte. Le projet qui attirait, au départ, les pharmaciens de par la composante interprofessionnelle qu'il incluait, ne tient pas toujours son rôle sur ce point-ci.

- *« Dans le cadre du PAERPA, je n'ai pas trop eu contact avec les médecins traitants. C'est vrai que chacun fait sa petite partie de son côté [...]. Bon après, il n'y avait pas de problème particulier, pas de litige, pas d'interactions, donc pas trop de raisons de contacter le médecin. » P9*
- *« On est tellement débordé que, on communiquera que s'il y a un problème. » P3*
- *« Ça dépend des médecins, il y a des médecins avec qui ça se passe très très bien, et d'autres avec lesquels c'est un peu plus difficile et ils acceptent mal qu'on puisse leur suggérer quelque chose parce qu'il faut que ça vienne d'eux. » P1*

De surcroît, et lié à ce manque de communication, on sent un profond regret sur le manque de suivi du dossier, l'impression que les choses ne sont pas faites jusqu'au bout.

- *« On n'a jamais de retour sur ce qu'il se passe. On n'a jamais de retour du médecin donc en fait, on ne sait pas trop ce qu'il en est. » P5*

- *« On ne fait pas la démarche ensemble complètement quoi. Et après, les médecins ne nous appellent pas. On n'a pas de retour des entretiens. Je fais mon travail, c'est tout. Je fais mon travail et ça s'arrête là. Bon bien sûr, c'est déjà pas mal, mais je trouve que ce n'est pas ce que j'appelle un suivi. A ce moment-là, on fait le suivi de A à Z, on le fait jusqu'au bout, tous ensemble. Si on fait chacun de son côté, ça revient au même que ce qu'on fait déjà quoi. » P8*
- *« Au niveau de la communication avec médecin et infirmier, il n'y a pas grand-chose. Et pour moi, c'est un point négatif. Le but c'est qu'il y ait une communication entre tout le monde et là il n'y a rien. » P7*
- *« On ne fait que remplir le dossier et après, pouf ça s'évapore. » P8*

B. L'aspect chronophage et la rémunération insuffisante

S'il fallait classer les points négatifs par ordre d'importance, ce serait sûrement l'aspect chronophage du projet qui remporterait la première place. En effet, cet aspect-là est cité de prime abord par tous les pharmaciens, et ce, avec beaucoup d'insistance. Le projet en tant que tel demande un grand investissement humain que toutes les officines ne sont pas capables de fournir. L'ouverture de l'officine nécessite la présence d'un pharmacien, et ce n'est pas toujours aisé pour les petites structures de dégager un pharmacien pour les rendez-vous à domicile des patients car d'autres contraintes entrent en ligne de compte.

- *« Bon, après ça se fait en fonction de nos possibilités de planning euh, parce que bon c'est pas toujours facile de pouvoir dégager du temps pour ça et d'avoir le personnel dispo à l'officine aussi. » P1*
- *« C'est très chronophage, il faut vraiment organiser les plannings pour pouvoir s'absenter de l'officine. » P4*
- *« Nous on est que deux, je fais souvent les entretiens en dehors des horaires d'ouverture de la pharmacie. » P9*

Un deuxième point négatif, lié à cet aspect chronophage, est l'aspect financier. La rémunération ne couvre pas tous les frais engagés dans la mise en œuvre du projet. Ce point-là constitue un frein à la participation des pharmaciens sur le long terme.

- « *Honnêtement, c'est mal rémunéré. Point barre. [...] On ne peut pas continuer à faire des missions peu rémunérées. Il faut embaucher du personnel pour les faire ces missions.* » P3
- « *Voilà, financièrement, ce n'est pas intéressant.* » P1
- « *On ne peut pas continuer à faire du bénévolat, sans que par ailleurs l'Etat nous garantisse un minimum de marge. Enfin on ne pourra plus faire ces missions-là si l'officine ferme quoi !* » P3
- « *On ne peut pas faire des missions peu rémunérées sur le long terme.* » P3

C. Un guide d'entretien peu clair

Pour terminer, une dernière contrainte organisationnelle entre en jeu, il s'agit du guide d'entretien qui est trop détaillé, et ne permet pas de s'adapter à la diversité des situations rencontrées.

- « *C'est vraiment trop, en fait c'est presque trop guidé, en fait il faut remplir presque trop de cases, moi j'avoue que je ne remplis pas la moitié des cases. Par contre, je mets plein d'annotations, parce que le patient n'est jamais bien net, pile poil, il ne rentre jamais pile dans la case.* » P10
- « *C'est complexifié, on prendrait presque une page blanche et puis on dirait : « il y a ça, ça et ça ».* » P3
- « *Donc on passe cette page. C'est assez hermétique !* » P3
- « *Le guide d'entretien est trop interrogatoire. [...] On se rend compte que les patients sont très impressionnés par toutes ces questions, c'est limite la Gestapo [...] En fait, ça coupe un peu le dialogue.* » P7
- « *C'est ce dossier à remplir qui fait peur aux patients.* » P2

IV.L'animatrice territoriale : un rôle indispensable, mais une place à repenser

A. Une place centrale dans le projet

L'animatrice territoriale est au cœur du projet. En effet, elle est présentée comme indispensable à la pérennité du projet, puisque c'est elle qui assure le lien entre les différents acteurs et décharge tous les protagonistes des tâches administratives.

- « *[sur le rôle de l'animatrice territoriale] Ah il est primordial ! Primordial ! Et euh, c'est elle qui fait le lien, d'autant plus qu'on n'a pas de support informatique. »*
P10
- « *Elle est essentielle. Sinon ça péricliterait. »* P4
- « *Je pense que c'est bien qu'il y ait un intermédiaire, parce que concrètement, j'imagine mal que le gériatre nous téléphone pour nous dire, voilà, il y a madame untel qui va rentrer chez elle, c'est pas encore, à mon avis, mais peut-être que je me trompe... entré dans les mœurs, mais s'il y a un intermédiaire, nous ça nous paraît bien. »* P1
- « *Eh bien [sans l'animatrice territoriale] ça ne serait pas possible !! »* P6
- « *Elle nous décharge de l'administratif. »* P7

B. Une fonction qui fait obstacle à la communication directe

Cependant, comme elle assure le lien entre les différents protagonistes, elle apparaît également comme une entrave à la communication directe entre les professionnels de santé prenant part au projet.

- « *Le dialogue avec les médecins, c'est pas, c'est pas... C'est [l'animatrice territoriale] qui fait l'intermédiaire quoi. »* P10
- « *Parce que c'est [l'animatrice territoriale] qui récupère le dossier et le transmet au médecin. »* P2
- « *Je pense que si elle n'était pas là pour tout coordonner, on appellerait forcément le médecin pour le mettre au courant, pour lui donner notre avis. »*
P5

Une piste d'amélioration évoquée à ce sujet est de faire évoluer le rôle que tient l'animatrice territoriale. En effet, au lieu de transmettre les documents (ce qui serait assuré par la plateforme informatique), cette dernière pourrait créer du lien entre les différents protagonistes en organisant des réunions autour des PPS réalisés.

- « *Elle intervient, mais après, qu'on se fasse une petite réunion sur cette personne-là. Qu'elle reste pour coordonner le projet, parce qu'elle le fait très bien, mais, qu'il y ait un lien qui soit fait par l'animatrice territoriale entre nous. »*
P2

V. Les pistes d'amélioration

Suite à la rencontre avec les pharmaciens, trois pistes d'amélioration sont mises en évidence.

A. Mettre en place la plateforme informatique

Tout d'abord, il s'agit de la mise en place d'une plateforme informatique qui permettrait de faciliter la communication interprofessionnelle et d'assurer le suivi du dossier patient.

- *« On nous avait annoncé l'arrivée d'une plate-forme sécurisée, où on pourrait en fait tous partager les infos. Euh, elle n'existe toujours pas. Mais c'est vrai que ça je trouve ça bien. Ce serait pas mal d'avoir des fiches de patient auxquelles on pourrait se connecter et chacun ajouter nos informations et que tout ça soit regroupé sur un seul patient, en un seul lieu, ça serait pas mal. Donc euh, en attente. » P10*

B. Revoir les critères d'inclusion

Par ailleurs, il serait bon de revoir les critères d'inclusion pour cibler les patients qui ont besoin de ce dispositif.

- *« Parce que là, on se lance un petit peu n'importe comment et il y a beaucoup de cas où ça sert à rien. Et les infirmières m'ont dit la même chose aussi. Donc c'est quand même gâcher du temps, de l'argent. Et ça décrédibilise un petit peu le projet. Parce que PAERPA pouf, je me dis, ça va s'arrêter ce truc, ça sert à rien ce truc, vous voyez. Parce que ça ne s'adresse pas aux personnes qui en ont réellement besoin quoi. Peut-être travailler un petit peu en amont sur les critères. » P9*

C. Augmenter la communication sur le projet PAERPA

En outre, les pharmaciens ont manifesté le besoin de plus amples informations sur l'étendue des différents champs d'action du projet PAERPA afin d'aiguiller au mieux les patients.

- *« Je pense que réellement nous, on a un rôle à jouer de communication et c'est pour ça que c'est vraiment important de bien connaître les différentes compétences du PAERPA pour les transmettre au patient et lui dire, ben voilà, il peut vous aider dans ça ou ça. » P1*
- *« Et pourquoi pas lancer des formations PAERPA dans le cadre de formations DPC. » P1*

Ce besoin d'information se fait sentir également du côté des patients, qui ne comprennent pas toujours, lors de leur sortie d'hospitalisation, le projet dans lequel ils ont été inclus.

- *« Au début le patient ne veut pas qu'on vienne, il ne comprend pas l'intérêt, il dit qu'il n'a rien accepté. Alors on prend le temps de lui réexpliquer et là il accepte. » P7*
- *« Parce que concrètement les gens ont quelque fois peur que quelqu'un, en tout cas lors de la première demande, ils ont quelque fois peur que quelqu'un d'extérieur vienne à leur domicile, euh, ils ont peur de faire rentrer quelqu'un d'extérieur à leur domicile. Mais quand on dit que c'est nous qui allons venir, ça va ! » P1*

PARTIE III : DISCUSSION

I. Discussion des résultats

A. Motivation des pharmaciens

- Participation des pharmaciens

Il est bon de noter une participation pleine et entière de la part des pharmaciens d'officine au projet PAERPA. Toutes les pharmacies d'officine du Denais ont émis le souhait de participer au projet, une seule n'a pas pu y prendre part de manière effective, faute de moyen humain, et non par manque de motivation.(18) Ainsi donc, les 10 entretiens réalisés représentent l'ensemble des pharmaciens concernés par les PPS de conciliation médicamenteuse.

- Nouvelles missions des pharmaciens

La motivation principale des pharmaciens pour participer au projet est le fait de prendre sa place, de manière concrète, dans la prise en charge pluridisciplinaire du patient, en coopération avec le médecin traitant et les autres acteurs de soin. Ceci s'inscrit dans le cadre des nouvelles missions confiées au pharmacien d'officine, à l'occasion de l'évolution de la profession. Le pharmacien n'a plus uniquement un rôle de conseiller, mais également celui d'acteur dans le but de favoriser l'amélioration et le maintien de l'état de santé des personnes, comme le stipule le décret d'application de la loi HPST paru au JO en octobre 2018.(19)

L'expression de ces nouvelles missions confiées au pharmacien d'officine se retrouve également dans la mise en œuvre des Bilans Partagés de Médication (20), dont le développement se fait de manière concomitante à celui du projet PAERPA. Ces Bilans Partagés de Médication ont pour but de réduire le risque de iatrogénie, d'optimiser l'efficacité des prescriptions médicamenteuses, d'améliorer l'adhésion du patient, de réduire le gaspillage de médicaments et de positionner différemment le pharmacien d'officine dans le parcours de santé du patient.(21)

- Vers une pharmacie d'officine plus « clinique »

La participation massive des pharmaciens du Denaisis au projet PAERPA s'explique également par le fait que les pharmaciens désirent se tourner vers une expression plus clinique de leur pratique officinale. D'après la SFPC (société Française de Pharmacie Clinique), la pharmacie clinique est une discipline de santé centrée sur le patient, dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique, à chaque étape du parcours de soins. (22) Il s'agit d'une discipline qui vise à recentrer l'exercice professionnel autour du patient et non exclusivement du produit. (23) Cette évolution de la profession est vue par beaucoup comme une valorisation de la profession. (21) La mise en œuvre de la pharmacie clinique passe inévitablement par une intensification des coopérations professionnelles.

B. Communication interprofessionnelle

Dans le projet PAERPA, comme dans les autres projets de soins intégrés, le pharmacien se voit confier un rôle dans la coordination des soins en lien, notamment, avec le médecin traitant. (23) Ceci correspond à un grand désir des pharmaciens, comme l'indique la présidente du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. (24)

Cette communication entre médecin et pharmacien est perçue comme bénéfique, tant pour les patients que pour les professions de santé, ces résultats se retrouvent dans une étude publiée en Espagne. (15)

Cependant, l'expression de cette communication interprofessionnelle est lente à se mettre en route, dans le projet PAERPA comme dans les autres projets de pharmacie clinique, même si elle est encouragée de toute part. (25)

C. L'animatrice territoriale

Les pharmaciens d'officine estiment que la place de l'animatrice territoriale est primordiale dans le bon fonctionnement du projet. Ceci est un fait exprimé également par les médecins traitants participant au projet (26). Il n'en reste pas moins que le rôle de coordination qu'elle prend au final est parfois un obstacle à la communication directe entre médecin et pharmacien.

D. Piste d'amélioration

Le projet PAERPA est un projet chronophage, qui nécessite une bonne organisation matérielle et humaine de la vie de l'officine. Ces difficultés sont également retrouvées dans la mise en œuvre des Bilans Partagés de Médication. (23) Les résultats de cette étude sur ce point sont cohérents avec ceux obtenus lors du bilan à 6 mois du projet PAERPA. (27) En effet, l'aspect chronophage était déjà présent.

Par ailleurs, l'attente du développement des systèmes informatiques de partage de l'information (messagerie sécurisée, DMP...) est une attente que l'on retrouve également dans la mise en place des Bilans Partagés de Médication. (23) La mise en place de ces systèmes permettrait d'accélérer le retour sur le suivi des interventions réalisées auprès des patients. Ce retour n'est pas encore effectif à l'heure de la réalisation de l'étude.

Il en est de même pour le souhait de l'amélioration continue du guide d'entretien, qui est un souhait déjà exprimé lors du bilan à 6 mois du projet PAERPA. (27)

En dernier lieu, il semble que l'aspect rémunération soit un point crucial pour la participation des pharmaciens d'officine au projet PAERPA. Il importe beaucoup, en effet, que la rémunération ne soit plus liée uniquement à la délivrance de médicaments, mais corresponde également à des prestations pharmaceutiques. (21) La rémunération suffisante de ces nouvelles missions conditionnera la participation à long terme des pharmaciens d'officine aux nouveaux projets de pharmacie clinique. En effet, cette rémunération doit pouvoir permettre au titulaire de l'officine d'embaucher le personnel nécessaire à la mise en œuvre de ces projets, tout en assurant un service de qualité au comptoir de l'officine.

II. Discussion de la méthode

A. Forces de l'étude

- Choix de la méthode

Le choix d'une recherche qualitative permet, grâce à l'obtention de la saturation des données, le recueil des opinions variées des pharmaciens d'officine. Il n'importe pas de savoir le pourcentage des pharmaciens qui expriment telle ou telle idée, mais d'avoir un large panel des opinions explicitées. L'entretien semi-dirigé permet, dans ce contexte, de recueillir les opinions libres des participants, en laissant émerger des informations parfois inattendues, tout en abordant les thèmes fixés par avance. Ainsi, la libre expression des participants n'est-elle pas entravée puisque la durée de l'entretien n'est pas définie au préalable.

- L'échelle COREQ

Cette échelle est référencée par equator-network.org. Il s'agit d'une liste de 32 items de validité en recherche qualitative. L'étude menée présentement remplit 31 des 32 items de l'échelle. L'arbre de codage n'a pas été décrit, mais a été proposé dans les résultats sous sa forme rédactionnelle après analyse. (28)

B. Faiblesses de l'étude

Un biais d'investigation pouvait être lié au fait que l'intervieweur était également l'investigateur. Son manque d'expérience en recherche qualitative pouvait influencer négativement la conduite des premiers entretiens.

Cette étude comporte un biais d'interprétation. Ceci est inhérent à la recherche qualitative.

CONCLUSION

Le projet PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie) est un projet national déployé depuis 2014 sur des territoires pilotes. Constatant que la population de personnes âgées en France ne cesse de croître, le ministère de la Santé a mis en place un dispositif innovant qui s'adresse aux personnes âgées de 75 ans et plus, dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social. Le territoire du Valenciennois-Quercitain est l'un des territoires pilotes du projet PAERPA. Parmi les procédures mises en place, une révision de la médication est proposée aux patients âgés éligibles au sein du Centre Hospitalier de Denain. Cette révision de la médication n'est réalisée qu'avec l'accord du médecin traitant et du pharmacien d'officine. Elle est suivie d'une procédure interprofessionnelle financée en soins primaires.

Les motivations des pharmaciens d'officine à participer à ce projet tirent leur source de la volonté d'une évolution de la profession vers la pharmacie clinique, pour se placer en tant qu'acteur de soin dans les réseaux de prise en charge des patients. Les bénéfices sont donc, tant pour le patient que pour la profession. Le rôle de l'animatrice dans ce projet semble contrasté : à la fois indispensable, mais ses missions sont à repenser pour éviter d'entraver la communication interprofessionnelle. Les points négatifs sont pour le moment acceptés. En revanche, si les pistes d'amélioration ne sont pas suivies, la pérennité de la participation des pharmaciens d'officine semble compromise.


Néanmoins, si ce projet trouve sa place dans la cadre du développement des soins intégrés, n'oublions pas, notamment pour diminuer le risque de dépression, que le fait de maintenir un lien et une activité sociale pour les personnes âgées est également un aspect prépondérant de la prise en charge dans le cadre de ces soins intégrés.

BIBLIOGRAPHIE

1. cdc_paerpa.pdf [Internet]. [cité 1 juill 2019]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc_paerpa.pdf
2. HCAAM- Rapport de l'assurance maladie sur la perte d'autonomie.
3. International survey of older adults finds shortcomings in access, coordination, and patient-centered care. Health Affairs Vol 33 Num 12 Pages 2247-2255. Déc 2014. Disponible sur: <https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.2014.0947>
4. Legrain S, Tubach F, Bonnet-Zamponi D, Lemaire A, Aquino J-P, Paillaud E, et al. A new multimodal geriatric discharge-planning intervention to prevent emergency visits and rehospitalizations of older adults: the optimization of medication in AGEEd multicenter randomized controlled trial. J Am Geriatr Soc. nov 2011;59(11):2017-28.
5. OMS | Prestation de services intégrés [Internet]. WHO. [cité 1 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/healthsystems/topics/delivery/fr/>
6. Béland F. Évaluation du Système intégré pour personnes âgées fragiles (SIPA) : utilisation et coûts des services sociaux et de santé.
7. Or Z, Bourgueil Y, Combes J-B, Guen NL, Neindre CL, Penneau A. Atlas des territoires pilotes Paerpa - Situation 2012. :130.
8. DICOM_Jocelyne.M, DICOM_Jocelyne.M. Les territoires pilotes Paerpa [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 1 juill 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/les-territoires-pilotes-paerpa>
9. Gand et al. - Évaluation qualitative PAERPA.pdf [Internet]. [cité 26 juin 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt135.pdf>
10. PAERPA Qu'est-ce que c'est [Internet]. GCS - Filière Gériatrique du territoire Valenciennois-Quercitain. [cité 1 juill 2019]. Disponible sur: <https://filiere-geriatrique-du-valenciennois.fr/le-paerpa/quest-ce-que-cest/>
11. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Le dispositif Paerpa [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 1 juill 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
12. Diaporama-Sylvie-LEGRAIN-1.pdf [Internet]. [cité 1 juill 2019]. Disponible sur: <https://sfgg.org/media/2009/11/Diaporama-Sylvie-LEGRAIN-1.pdf>
13. Rencontres HAS 2011, 17-18 novembre 2011.
14. Equipe mobile gériatrique CH Denain. Mise en place conciliation médicamenteuse CH Denain.



15. Perceptions of collaboration between general practitioners and community pharmacists: findings from a qualitative study based in Spain: Journal of Interprofessional Care: Vol 28, No 4 [Internet]. [cité 5 août 2019]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13561820.2014.898621>
16. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2014.
17. Réaliser un entretien semi-directif. [Internet]. Disponible sur: https://eureval.files.wordpress.com/2014/12/ft_entretien.pdf
18. Données fournies par le DAT.
19. Décret n° 2018-841 du 3 octobre 2018 relatif aux conseils et prestations pouvant être proposés par les pharmaciens d'officine dans le but de favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes. 2018-841 oct 3, 2018.
20. SFPC - Mémo Bilan partagé de médication. Fiche mémo. Préconisations pour la pratique des bilans partagés de médication - PDF [Internet]. [cité 2 juill 2019]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/76245472-Sfpc-memo-bilan-partage-de-medications-fiche-memo-preconisations-pour-la-pratique-des-bilans-partages-de-medications.html>
21. 2018-01-Officine_Avenir_n17.pdf [Internet]. [cité 2 juill 2019]. Disponible sur: https://uspo.fr/wp-content/uploads/2018/02/2018-01-Officine_Avenir_n17.pdf
22. La SFPC [Internet]. [cité 2 juill 2019]. Disponible sur: <http://sfpc.eu/fr/la-sfpc.html>
23. 45333+PHARMACIE+CLINIQUE+SYNTHÈSE+2+(7).pdf [Internet]. [cité 2 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/429904/2024839/version/2/file/45333+PHARMACIE+CLINIQUE+SYNTH%C3%88SE+2+%287%29.pdf>
24. cp-decret-nouvelles-missions.pdf [Internet]. [cité 2 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/423574/1979854/version/2/file/cp-decret-nouvelles-missions.pdf>
25. Cahier+thématique+10+--+La+coopération+interprofessionnelle.pdf [Internet]. [cité 2 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/303084/1547370/version/11/file/Cahier+th%C3%A9matique+10+--+La+coop%C3%A9ration+interprofessionnelle.pdf>
26. C. Ramez, Identifier les motivations des médecins traitants participant et adhérent au PAERPA [Thèse pour le diplôme de docteur en médecine], Université de Lille 2, 2018.
27. Mise en oeuvre du PPS PAERPA : bilan à 6 mois. [Internet]. Disponible sur: https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/bilan_a_6_mois__plan_personnalise_sante__vf_web.pdf
28. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. janv 2015;15(157):50-4.

Annexe 2 : Grille du PPS conciliation médicamenteuse



Plan Personnalisé de Santé Conciliation
Médicamenteuse
CH DENAIN

Territoire du Valenciennois Quercitain



MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES SOLDES DES FEMMES

Modèle de plan personnalisé de santé

Chaque PPS conciliation médicamenteuse est composé :

- *D'un formulaire de recueil d'informations générales sur la personne et ses contacts utiles.*
- *D'un plan d'actions (plan de soins et plan d'aides) tenant 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.*
- *De l'entretien pharmaceutique réalisé à 1 mois de l'initiation du PPS.*
- *D'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 point 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.*
- *D'un tableau de suivi du PPS.*

La personne et ses contacts utiles

Nom :					
Prénom :					
Date et lieu de naissance		à		Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Numéro du PPS		Date d'initiation du PPS		ALD <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui nombre ALD
Coordonnateur du PPS	Profession :			Nom :	
Informations sur la personne				Numéro de sécurité sociale	
Adresse de la personne				Code Postal	
				Ville	
Aidant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nombre : _____ Nom(s) : _____	Tel : _____		Recherche d'hébergement en cours	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Email : _____			
Référents familiaux / amicaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Nombre : _____ Nom(s) : _____	Tel : _____		APA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Classe GIR (1 à 6) ▼
		Email : _____			
Personne de confiance		Tel : _____		Directives anticipées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Email : _____			
Caisse de retraite	Nom : _____ <input type="checkbox"/> pension <input type="checkbox"/> pension de réversion <input type="checkbox"/> ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées)			Mutuelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui nom de la mutuelle : _____
Préférences de la personne					
Priorité actuelle de la personne					
Consentement à l'échange d'informations contenues dans le cadre de la démarche Pserpa <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					

Contacts utiles

Niveau d'information (cf. fiche jointe)	Catégorie professionnelle	Nom/Prénom du professionnel ou nom de l'organisme	Accès aux informations Oui/Non	Téléphone	Email
Niveau 1	Médecin traitant		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	Infirmier(s)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	Pharmacien		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	Kinésithérapeute		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	Ergothérapeute		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	Gériatre		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	Autre spécialiste		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Niveau 2	Assistant social		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	Dispositif d'appui Territorial		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Niveau 3	Professionnel d'aide à la vie quotidienne (hors professionnel de santé)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Autre (préciser le niveau d'informations 1, 2, ou 3) :			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Le plan d'action

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

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

Entretien pharmaceutique dans le cadre de la CCP - PAERPA



Date de l'entretien : Entretien réalisé par :

Entretien avec le patient avec l'aidant autre (en clair) :
à domicile à l'officine

I/ Grille d'entretien Gestion du traitement personnel & iatrogénie

a) Préparation et prise du traitement

Qui prépare votre traitement ? Vous-même Votre conjoint
 Autre :

Avez-vous des difficultés pour préparer les médicaments ? Oui Non

Lesquelles ?

(Ex : problèmes de vue, problèmes pour fractionner les doses, ...)

Évaluez d'éventuelles difficultés de lecture et/ou problèmes de vision / de dextérité qui pourraient avoir un retentissement sur le suivi du traitement

Utilisez-vous un pilulier ? Oui Non

Si oui, pouvez-vous me montrer comment vous l'utilisez ?

La préparation des médicaments est-elle faite :

- En 'faisant confiance à votre mémoire'
- En relisant votre ordonnance ?
- A partir des informations écrites par votre pharmacien sur les boîtes ?

Avez-vous des difficultés à avaler les médicaments ? Oui Non

Le cas échéant, comment faites-vous ?

Identifier les médicaments éventuellement à problème.

Un broyage (ou écrasement) des médicaments est-il effectué ? Oui Non

Si oui, quels médicaments sont concernés ?

Vérifier que les médicaments sont bien broyables.

Avez-vous des difficultés à prendre certains médicaments ? Oui Non

Demander concrètement comment ils font (collyre, X comprimés, inhalateur...)

b) Conduites à risque vis-à-vis du médicament ?

Adhésion au traitement (questionnaire d'après Morinski-Green)

- Aujourd'hui, avez-vous oublié de prendre votre traitement ?
- Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?
- Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?
- Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?
- Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?
- Pensez-vous que vous avez trop de médicaments à prendre ?

Interprétation

- 0 oui = une bonne adhésion,
- 1 à 2 oui = un minime problème d'adhésion,
- ≥ 3 oui = une mauvaise adhésion.

Vous arrive-t-il de prendre des médicaments de votre propre initiative ?

(Y compris avec certains compléments alimentaires ou plantes)

Oui Non

Vous arrive-t-il de modifier la posologie des médicaments de votre propre initiative ? Oui Non

Si oui, pour quelles raisons ?

c) Connaissance du traitement médicamenteux

Savez-vous quelle affection, quel symptôme ou quelle maladie traite chacun de vos médicaments ?

- Les lister un à un
- Nombre de médicaments justes :
- Nombre de médicaments faux :
- Commentaires éventuels (en clair) :

Connaissez-vous le mode de prise de vos médicaments (posologie, horaire de prise) ?

- Les lister un à un
- Nombre de médicaments justes :
- Nombre de médicaments faux :
- Commentaires éventuels (en clair) :

Pour un patient sous AVK ou hypoglycémiant ou diurétiques

Savez-vous reconnaître les signes cliniques de survenue d'un risque iatrogène ? Oui Non

TEMPS PASSE POUR L'ENTRETIEN :

II/ Grille de visite de l'Armoire à Pharmacie



Messages clés

- Conserver les médicaments dans leur conditionnement d'origine et avec leur notice
- Faire le tri des médicaments périmés ou non utilisés régulièrement et ayez le réflexe CYCLAMED en les rapportant à votre pharmacie
- Ne gardez pas de médicaments (sauf avis contraire) comme les antibiotiques, ou ceux qui se périment rapidement après ouverture (sirops, gouttes, collyres, solutions nasales)
- Séparer votre traitement de ceux de votre entourage
- Ne pas réutiliser un médicament qui vous a été précédemment prescrit sans l'avis de votre pharmacien ou de votre médecin
- Conservez vos médicaments à un seul endroit de la maison et hors de portée des enfants

a) L'armoire à pharmacie

Qui range les médicaments ?

Commentaires (en clair) :

Y a-t-il un seul lieu de stockage ?

Oui Non

Le lieu est-il adapté ? (Ex : lieu humide/sec, ouvert/fermé, etc.)

Oui Non

Commentaires (en clair) :

Quel est le format de l'armoire à pharmacie ?

Une armoire Un sac Un tiroir Autre :

Les médicaments sont-ils rangés selon un ordre particulier ?

Oui Non

Commentaires (en clair) :

Les médicaments sont individualisés :

Par habitant du domicile

Ils sont mélangés

Les médicaments thermosensibles sont-ils bien conservés dans le réfrigérateur :

- Dans le bac à légumes ? Oui Non
- Au niveau de la porte ? Oui Non
- Le réfrigérateur est-il à température adéquate ? Oui Non
(si possibilité de le vérifier)

b) Le contenu de l'armoire

Y a-t-il des médicaments périmés ? Oui Non

- Si oui, quels sont les médicaments concernés ?

- Si oui, préciser le nombre de boîtes :

- Depuis quand sont-ils périmés ?

Retirer les médicaments concernés de l'armoire.

En cas de médicaments périmés, que fait la personne de ceux-ci ?

- Les jetez-vous à la poubelle ? Oui Non
- Les rapportez-vous à votre pharmacien ? Oui Non

Y a-t-il des médicaments en quantité inappropriée au regard du traitement prescrit ? Oui Non

(ex : quantité importante)

Les collyres et pommades entamés le sont-ils depuis plus d'un mois ? Oui Non

Avez-vous identifié des problèmes de conservation Oui Non
(I.e. flacons entamés, plaquette sans emballage...)?

Retirer les médicaments concernés de l'armoire.

Si oui, préciser la nature du problème et le nombre de boîtes :

Temps passé lors de la visite de l'armoire :

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

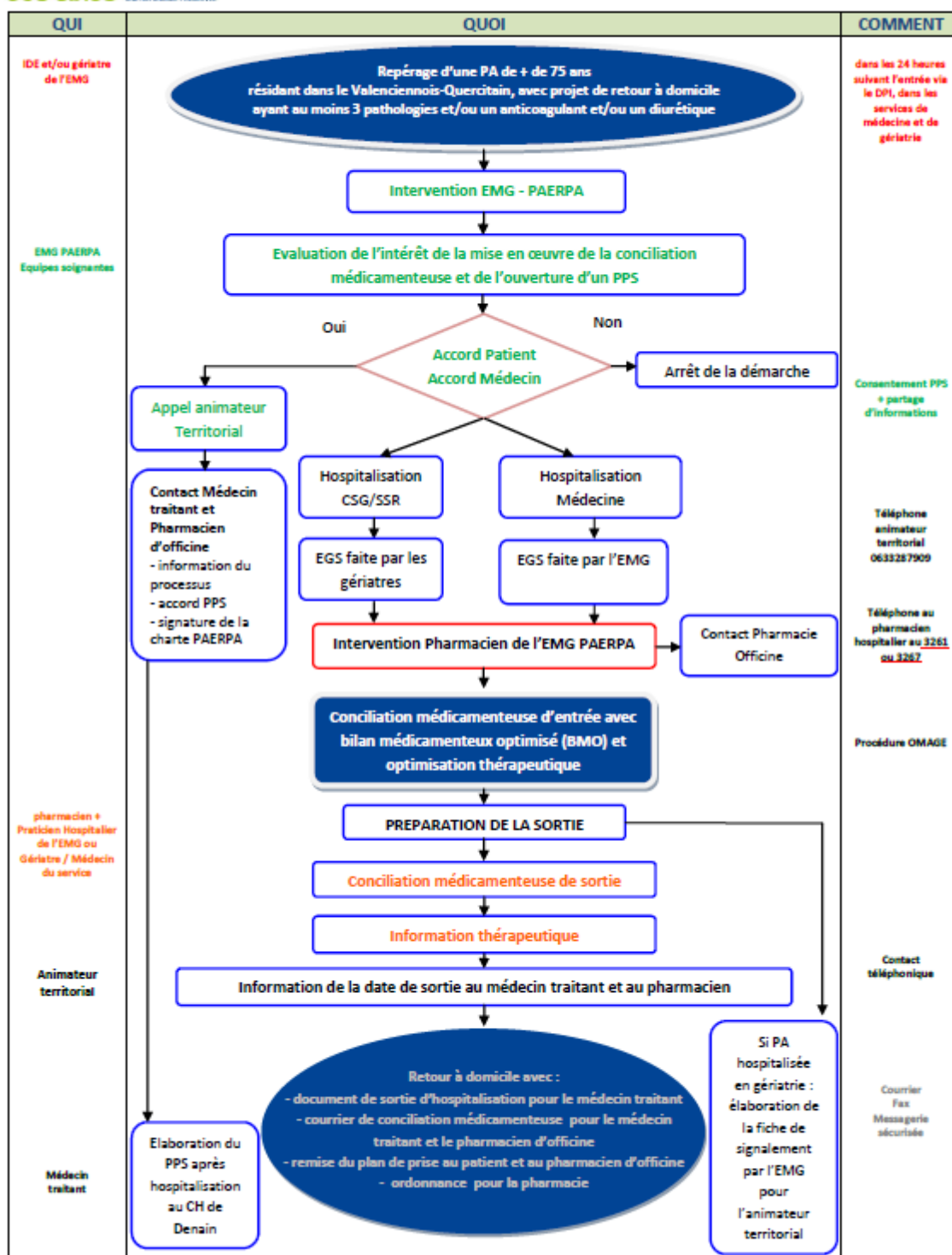
Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables)	Suivi		
	Initiation	Point d'étape 1	Point d'étape 2
Problèmes liés aux médicaments			
- accident iatrogène			
- automédication à risque			
- prise de traitement à risque de iatrogénie grave (diurétiques, psychotropes, anti thrombotiques, hypoglycémiants)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

Territoire Valenciennes Quercitain

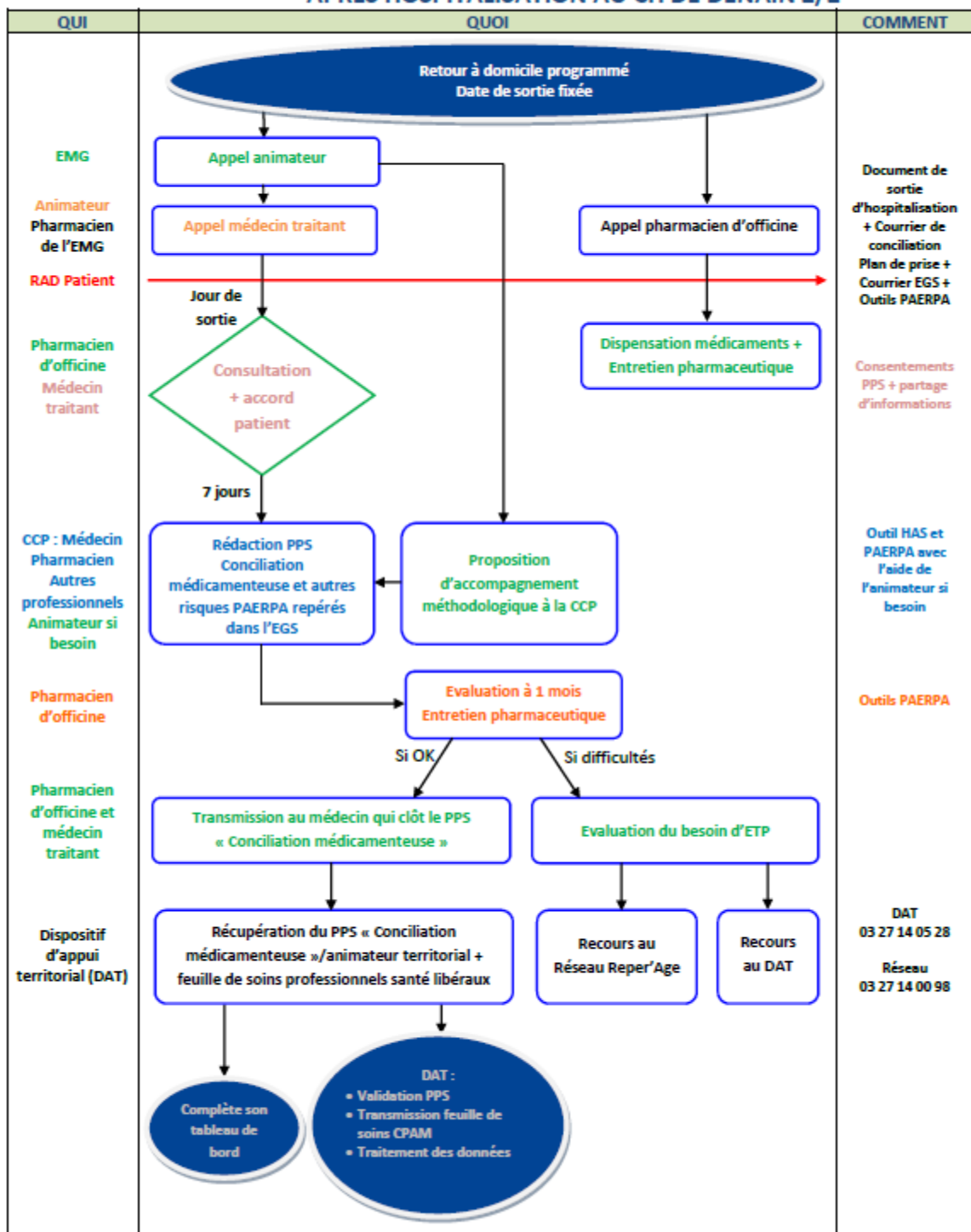
Tableau de suivi du PPS

Problèmes	Atteinte des résultats		Commentaires
	Oui	Non	

Annexe 3 : Logigramme conciliation médicamenteuse



LOGIGRAMME ELABORATION D'UN PPS « CONCILIATION MEDICAMENTEUSE » APRES HOSPITALISATION AU CH DE DENAIN 2/2



Annexe 4 : Déroulement PPS conciliation médicamenteuse

Admission d'une PA de + de 75 ans au CH Denain, avec retour à domicile prévu

Patients à haut risque iatrogène

L'hôpital



- Evaluation de l'intérêt de la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse et de l'ouverture d'un PPS
- Recueil de l'accord du patient
- Recueil de l'accord du médecin traitant sur appel de l'animateur territorial
- Réalisation de la Conciliation médicamenteuse avec
- Contact auprès du pharmacien d'officine du patient
- Préparation de la sortie du patient
- Elaboration des documents de sortie
- Gestion de la sortie de la PA du CH DENAIN avec le médecin traitant
- Information de la date de sortie au pharmacien d'officine
- Appui de l'animateur territorial
- Transmission des documents de sortie

La CCP



Selon les cas , autre professionnel



- **Elaboration du PPS** dans les 15 jours suivant le retour à domicile de la PA
- **Actions PPS** dont l'action spécifique du pharmacien d'officine le jour du retour à domicile
 - 1^{er} Entretien pharmaceutique
 - Tableau de synthèse de conciliation
 - Explication/Clarification sur les modifications apportées au traitement
- **Suivi du PPS** dont l'action spécifique du pharmacien d'officine, à 1 mois de la sortie d'hospitalisation
 - 2nd Entretien pharmaceutique
 - Observance du traitement
 - Accompagnement de la PA dans sa vie quotidienne
 - Observance du traitement
- Selon les cas, suivi IDE



Annexe 5 : Courrier de sortie



Centre Hospitalier

Denain, le

Courrier de conciliation médicamenteuse

Mr et cher confrère,

Votre patient M....., né le a été hospitalisé au Centre Hospitalier de Denain. Nous avons établi la liste de ses médicaments pris en routine à son domicile. Vous trouverez ci-après le traitement avant son hospitalisation, celui à poursuivre à la sortie et un éventuel complément d'informations.

Traitement du patient

Traitement pris à domicile avant hospitalisation			Statut	Traitement de sortie d'hospitalisation			
Médicament	Voie	Posologie		Médicament	Voie	Posologie	Commentaire
Pravastatine 20mg	VO	1 le soir	poursuivi	Pravastatine 20mg	VO	1 le soir	
Ginkor	VO	1 matin 1 soir	arrêté				
Meteospasmyl	VO	3/j	arrêté				
Tramadol LP 150mg	VO	2/j	modifié	Tramadol LP 100mg	VO	2/j	Réajustement thérapeutique
			ajouté	Previscan 20mg	VO	1 le soir	ACFA découverte
			ajouté	Speciafoldine 5mg	VO	1 matin 1 midi 1 soir	Carence en folates
			ajouté	Vitamine B12 1mg/ampoule	VO	1/j jusqu'au 14/10/14 puis 1/mois pendant 3 mois	Carence en vitamine B12
			ajouté	Duphalac sachets	VO	1/j	constipation

Remarque : nous avons effectué une enquête d'observance auprès de votre patient, il en ressort que...

Une information AVK a été initiée auprès de votre patient, ...

Docteur

Docteur.....

Gériatre

Pharmacien

Centre Hospitalier de Denain - 25 bis rue Jean Jaurès BP 225 59723 DENAIN Cedex
Tél Standard : 03 27 24 30 00 - contact@ch-denain.fr - Site : www.ch-denain.fr



Annexe 6 : Plan de prise



Service Pharmacie

Le 13/04/2015



MES MEDICAMENTS



	<i>Matin</i>	<i>Midi</i>	<i>Soir</i>
Rilmenidine 1mg	1 comprimé		
Nifedipine LP 30mg	1 comprimé		
Previscan 20mg			½ comprimé,
Oroken 200mg	1 comprimé		1 comprimé

Pendant **7 jours** (jusqu'au 14 Avril inclus)

Il est important pour le retour à domicile de vous rendre chez votre pharmacien dans les plus brefs délais.

Ce document reste la propriété du Centre Hospitalier de Denata dans le cadre du projet FAERPA et ne peut-être reproduit sans la permission expresse et écrite de l'hôpital. © Service Pharmacie.

Annexe 7 : Guide d'entretien initial

GUIDE D'ENTRETIEN

Signature du consentement

Début de l'enregistrement (heure :)

Questions

- 1) **Brise-glace : Avez-vous beaucoup de patients âgés dans votre officine ?**
 - Comment arrivez-vous à gérer ?
 - Les voyez-vous souvent ?
 - Comment se passent les renouvellements d'ordonnances pour les traitements chroniques ?
 - Et quand vos patients sortent de l'hôpital, avec quelle rapidité viennent-ils vous voir ? Comment cela se passe-t-il ?
 - Comment avez-vous entendu parler du projet PAERPA
- 2) **Qu'est-ce qui vous a donné envie de participer à ce projet ?**
 - Qu'est-ce qui vous a plu dans ce projet ?
 - Quels sont les points qui vous ont attirés ?
 - Quels aspects vous ont fait hésiter ?
 - L'incitation financière a-t-elle été décisive dans votre participation au projet ?
- 3) **Concrètement, comment se passe la mise en œuvre du projet ?**
 - Quelles sont les éventuelles difficultés que vous rencontrez ?
 - Quels sont les points faciles, qui vont tous seuls ?
 - Comment se passe la prise de contact ? Avec qui ?
 - Comment se passe l'entrevue avec le patient juste à sa sortie d'hôpital ?
 - Comment se passe l'entretien avec le patient 1 mois après sa sortie ?
 - Et par la suite, cela change-t-il quelque chose dans la relation que vous avez avec votre patient ?
 - Globalement, comment évalueriez-vous le temps que vous prend ce projet par rapport à votre activité officinale ?
- 4) **Dans ce projet, les médecins traitants sont eux aussi associés. Comment cela se passe-t-il avec eux ?**
 - Comment percevez-vous leur rôle dans le projet ?
 - Comment se passe les échanges avec les médecins traitants ?
 - Est-ce que le projet a changé la façon dont vous communiquez avec les médecins traitants ?
- 5) **Comme vous savez, dans ce projet les pharmaciens hospitaliers sont amenés à prendre contact avec vous, que pensez-vous de la communication qui s'établit entre vous ?**
 - Comment se passe la transmission des informations ?
 - Aimerez-vous changer quelque chose à la manière dont les choses se déroulent ?
- 6) **Les animatrices territoriales sont un des acteurs de ce projet, dans quel contexte les voyez-vous ?**
 - Qu'en pensez-vous ?
 - Comment voyez-vous leurs interventions ?
 - Quel est votre avis sur leur participation ?
- 7) **Si vous deviez changer quelque chose dans le projet, que feriez-vous ?**
- 8) **Y a-t-il des points dont nous n'avons pas parlé mais que vous souhaitez aborder ?**

RELANCES en cas de besoin

- *Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet ?*
- *Comment vous êtes-vous senti ?*
- *La dernière fois que vous avez revu un patient ayant participé au projet, comment vous êtes vous senti par rapport à lui ?*

Annexe 8 : Guide d'entretien final

GUIDE D'ENTRETIEN

Signature du consentement

Début de l'enregistrement (heure :)

Questions

1) Brise-glace : Avez-vous beaucoup de patients âgés dans votre officine ?

- Comment arrivez-vous à gérer ?
- Et quand vos patients sortent de l'hôpital, avec quelle rapidité viennent-ils vous voir ? Comment cela se passe-t-il ?
- Comment s'insère le projet PAERPA dans votre pratique ?
- Comment avez-vous entendu parler du projet PAERPA ?

2) Qu'est-ce qui vous a donné envie de participer à ce projet ?

- Qu'est-ce qui vous a plu dans ce projet ?
- Est-ce qu'il y a d'autres choses que vous aimez dans ce projet, qui vous plaisent ?
- Quels sont les points qui vous ont attirés ?
- Dans le projet, quels aspects vous ont fait hésiter à participer ?
- Quelle est la place de l'incitation financière dans votre décision à participer au projet ? *Si la rémunération avait été plus importante, quels aspects auriez-vous changé dans la façon dont vous mettez en œuvre le projet ?*

3) Que pensez-vous de la façon dont se déroule concrètement votre intervention auprès du patient ?

- Est-ce que vous rencontrez des difficultés pour concrétiser le projet tel qu'il vous a été présenté ?
- Qu'est-ce que vous particulièrement, vous aimez faire dans ce projet ?
- Concernant l'entretien avec le patient 1 mois après,
 - i. Quels sont les points que vous aimez faire ?
 - ii. Par rapport au guide qui vous est proposé, y a-t-il des choses que vous ne faites jamais ? ou au contraire, y a-t-il des choses que vous ajoutez ou que vous aimeriez faire ?
- *Comment se passe la prise de contact ? Avec qui ?*
- *Comment se passe l'entrevue avec le patient juste à sa sortie d'hôpital ?*
- *Comment se passe l'entretien avec le patient 1 mois après sa sortie ?*
- Et par la suite, cela change-t-il quelque chose dans la relation que vous avez avec votre patient ?
- Comment pensez-vous qu'est perçue votre intervention auprès de vos patients ?
- Globalement, comment évalueriez-vous le temps que vous prend ce projet par rapport à votre activité officinale ?

4) Dans ce projet, les médecins traitants sont eux aussi associés. Comment cela se passe-t-il avec eux ?

- Comment percevez-vous leur rôle dans le projet ?
- Comment se passent les échanges avec les médecins traitants ?
- Est-ce que le projet a changé la façon dont vous communiquez avec les médecins traitants ?

5) Comme vous savez, dans ce projet les pharmaciens hospitaliers sont amenés à prendre contact avec vous, que pensez-vous de la communication qui s'établit entre vous ?

- Comment se passe la transmission des informations ?

- Comment aimeriez-vous recevoir les infos de l'hôpital ?
- Aimeriez-vous changer quelque chose à la manière dont les choses se déroulent ?

6) Les animatrices territoriales sont un des acteurs de ce projet, dans quel contexte les voyez-vous ?

- Qu'en pensez-vous ?
- Comment voyez-vous leurs interventions ?
- Quel est votre avis sur leur participation ?
- Imaginons que l'animatrice territoriale ne soit pas là, à votre avis, qu'en serait-il du projet ?
- Si l'animatrice territoriale n'était pas là, à votre avis, qu'en serait-il de la communication interprofessionnelle ?

7) Si vous deviez changer quelque chose dans le projet, que feriez-vous ?

8) Y a-t-il des points dont nous n'avons pas parlé mais que vous souhaitez aborder ?

RELANCES en cas de besoin

- *Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet ?*
- *Comment vous êtes-vous senti ?*
- *La dernière fois que vous avez revu un patient ayant participé au projet, comment vous êtes vous senti par rapport à lui ?*

Annexe 9 : Consentement écrit

Formulaire de consentement de participation à l'étude

Je, soussigné(e) : _____, déclare accepter, librement et de façon éclairée, de participer à l'étude intitulée : « Les pharmaciens d'officine participant au projet PAERPA – motivations, freins, communication interprofessionnelle » réalisée par Apolline DELESALLE, sous la direction du Professeur Michel LUYCKX.

J'ai bien compris que toutes les informations que je donnerai à l'investigateur seront conservées de manière anonyme et confidentielle, et ne seront en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

J'accepte que l'entretien soit enregistré, tout en sachant qu'il sera détruit après sa retranscription en mot à mot et de manière déidentifiée.

J'accepte volontairement de participer à cette étude et je prends note du fait que cette participation n'est pas obligatoire et peut être interrompue à tout moment sur simple demande de ma part, et ceci, sans encourir aucune responsabilité ni conséquence.

J'ai bien conscience que mon consentement ne décharge pas l'investigateur de ses responsabilités.

Fait à _____ le _____ en 2 exemplaires

Signatures :

Le participant

L'investigateur principal

(Précédé de la mention « lu et approuvé »)

Annexe 10 : Diagramme de flux

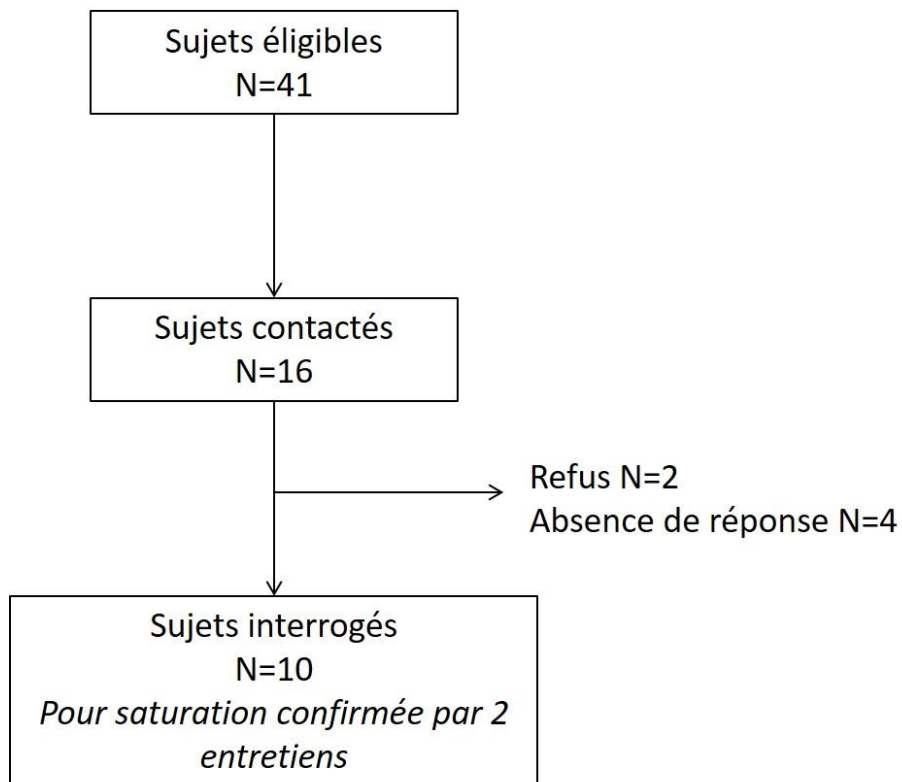


Figure 1 : Diagramme de flux

Université de Lille
FACULTE DE PHARMACIE DE LILLE
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2018/2019

Nom : DELESALLE

Prénom : Apolline

Titre de la thèse : Les pharmaciens d'officine participant au projet PAERPA :
Motivations, freins, communication interprofessionnelle

Mots-clés :

Perte d'autonomie ; Soins intégrés ; Lien hôpital-ville ; Projet PAERPA ; Conciliation médicamenteuse ; Communication interprofessionnelle

Résumé :

Le projet PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie) est un projet national déployé depuis 2014 sur des territoires pilotes. Constatant que la population de personnes âgées en France ne cesse de croître, le ministère de la Santé a mis en place un dispositif innovant qui s'adresse aux personnes âgées de 75 ans et plus, dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social. Le territoire du Valenciennois-Quercitain est l'un des territoires pilotes du projet PAERPA. Parmi les procédures mises en place, une révision de la médication est proposée aux patients âgés éligibles au sein du Centre Hospitalier de Denain. Cette révision de la médication n'est réalisée qu'avec l'accord du médecin traitant et du pharmacien d'officine. Elle est suivie d'une procédure interprofessionnelle financée en soins primaires.

Les motivations des pharmaciens d'officine à participer à ce projet tirent leur source de la volonté d'une évolution de la profession vers la pharmacie clinique, pour se placer en tant qu'acteur de soin dans les réseaux de prise en charge des patients. Les bénéfices sont donc, tant pour le patient que pour la profession. Le rôle de l'animatrice dans ce projet semble contrasté : certes indispensable, mais ses missions sont à repenser pour éviter d'entraver la communication interprofessionnelle. L'aspect chronophage ainsi que la trop faible rémunération sont pour le moment acceptés ; en revanche, si ces points négatifs ne sont pas solutionnés, la pérennité de la participation des pharmaciens d'officine semble compromise.

Membres du jury :

Président :

Monsieur le Professeur Michel LUYCKX. Professeur de Pharmacie clinique. PUPH

Directeur, conseiller de thèse :

Monsieur le Professeur Michel LUYCKX. Professeur de Pharmacie clinique. PUPH

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Baptiste BEUSCART. Médecin gériatre. PUPH

Madame le Docteur Marine EGOT. Pharmacien praticien hospitalier.

Madame le Docteur Véronique DEBREZ. Pharmacien d'officine.