

MEMOIRE
POUR LE DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
DE PHARMACIE HOSPITALIERE

Soutenu publiquement le 11 Septembre 2020
Par Mr Matthieu RAOULT

Conformément aux dispositions réglementaires en vigueur tient lieu de
THESE EN VUE DU DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Exploration du vécu d'une équipe de préparateurs sollicités pour intégrer
une activité de pharmacie clinique.

Membres du jury :

Président :

Monsieur le Professeur Thierry DINE

Professeur des Universités, Faculté de Pharmacie de Lille,
Pharmacien Praticien hospitalier au CH de Loos-Haubourdin

Directeur de mémoire : **Monsieur le Docteur LEFEBVRE Antoine**

Pharmacien Praticien hospitalier, CH Saint Philibert – GHICL.
Groupe Hospitalier Institut Catholique de Lille

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean Marc CHILLON

Professeur des Universités, Faculté de Pharmacie d'Amiens,
Pharmacien Praticien hospitalier au CH Universitaire d'Amiens

Madame MARFAING Laurence

Préparatrice en pharmacie, Cadre PUI, CH Saint Philibert – GHICL.
Groupe Hospitalier Institut Catholique de Lille

Faculté de Pharmacie de Lille



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 : | Nicolas POSTEL |
| Vice-présidente formation : | Lynne FRANJIÉ |
| Vice-président recherche : | Lionel MONTAGNE |
| Vice-président relations internationales : | François-Olivier SEYS |
| Vice-président stratégie et prospective | Régis BORDET |
| Vice-présidente ressources | Georgette DAL |
| | |
| 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 aux relations avec le monde professionnel : | Thomas MORGENROTH |
| Assesseur à la vie de la Faculté : | Claire PINÇON |
| Assesseur à la pédagogie : | Benjamin BERTIN |
| Responsable des Services : | Cyrille PORTA |
| Représentant étudiant : | Victoire LONG |

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

| Civ. | Nom | Prénom | Laboratoire |
|------|--------------|-----------|--|
| Mme | ALLORGE | Delphine | Toxicologie et Santé publique |
| M. | BROUSSEAU | Thierry | Biochimie |
| M. | DÉCAUDIN | Bertrand | Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière |
| M. | DEPREUX | Patrick | Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL |
| M. | DINE | Thierry | Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique |
| Mme | DUPONT-PRADO | Annabelle | Hématologie |
| Mme | GOFFARD | Anne | Bactériologie - Virologie |
| M. | GRESSIER | Bernard | Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique |
| M. | ODOU | Pascal | Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière |
| Mme | POULAIN | Stéphanie | Hématologie |
| M. | SIMON | Nicolas | Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique |
| M. | STAELS | Bart | Biologie cellulaire |

Liste des Professeurs des Universités

| Civ. | Nom | Prénom | Laboratoire |
|------|--------------|-------------|--|
| M. | ALIOUAT | El Moukhtar | Parasitologie - Biologie animale |
| Mme | AZAROUAL | Nathalie | Biophysique et Laboratoire d'application de RMN |
| M. | CAZIN | Jean-Louis | Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique |
| M. | CHAVATTE | Philippe | Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL |
| M. | COURTECUISSÉ | Régis | Sciences Végétales et Fongiques |
| M. | CUNY | Damien | Sciences Végétales et Fongiques |

| | | | |
|-----|---------------|-----------------|---|
| Mme | DELBAERE | Stéphanie | Biophysique et application de RMN |
| Mme | DEPREZ | Rebecca | Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants |
| M. | DEPREZ | Benoît | Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants |
| M. | DUPONT | Frédéric | Sciences Végétales et Fongiques |
| M. | DURIEZ | Patrick | Physiologie |
| M. | FOLIGNÉ | Benoît | Bactériologie - Virologie |
| M. | GARÇON | Guillaume | Toxicologie et Santé publique |
| Mme | GAYOT | Anne | Pharmacotechnie industrielle |
| M. | GOOSSENS | Jean-François | Chimie analytique |
| M. | HENNEBELLE | Thierry | Pharmacognosie |
| M. | LEBEGUE | Nicolas | Chimie thérapeutique |
| M. | LEMDANI | Mohamed | Biomathématiques |
| Mme | LESTAVEL | Sophie | Biologie cellulaire |
| Mme | LESTRELIN | Réjane | Biologie cellulaire |
| Mme | MELNYK | Patricia | Chimie thérapeutique |
| M. | MILLET | Régis | Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL |
| Mme | MUHR-TAILLEUX | Anne | Biochimie |
| Mme | PERROY | Anne-Catherine | Législation et Déontologie pharmaceutique |
| Mme | ROMOND | Marie-Bénédicte | Bactériologie - Virologie |
| Mme | SAHPAZ | Sevser | Pharmacognosie |
| M. | SERGHERAERT | Éric | Législation et Déontologie pharmaceutique |
| M. | SIEPMANN | Juergen | Pharmacotechnie industrielle |
| Mme | SIEPMANN | Florence | Pharmacotechnie industrielle |
| M. | WILLAND | Nicolas | Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants |

Liste des Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

| Civ. | Nom | Prénom | Laboratoire |
|------|----------|-----------------|---|
| Mme | BALDUYCK | Malika | Biochimie |
| Mme | GARAT | Anne | Toxicologie et Santé publique |
| Mme | GENAY | Stéphanie | Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière |
| M. | LANNOY | Damien | Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière |
| Mme | ODOU | Marie-Françoise | Bactériologie - Virologie |

Liste des Maîtres de Conférences

| Civ. | Nom | Prénom | Laboratoire |
|------|-----------------|--------------|--|
| M. | AGOURIDAS | Laurence | Chimie thérapeutique |
| Mme | ALIOUAT | Cécile-Marie | Parasitologie - Biologie animale |
| M. | ANTHÉRIEU | Sébastien | Toxicologie et Santé publique |
| Mme | AUMERCIER | Pierrette | Biochimie |
| M. | BANTUBUNGI-BLUM | Kadiombo | Biologie cellulaire |
| Mme | BARTHELEMY | Christine | Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière |
| Mme | BEHRA | Josette | Bactériologie - Virologie |
| M. | BELARBI | Karim-Ali | Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique |
| M. | BERTHET | Jérôme | Biophysique et Laboratoire d'application de RMN |
| M. | BERTIN | Benjamin | Immunologie |
| M. | BLANCHEMAIN | Nicolas | Pharmacotechnie industrielle |
| M. | BORDAGE | Simon | Pharmacognosie |

| | | | |
|-----|--------------------|-----------------|---|
| M. | BOSC | Damien | Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants |
| M. | BRIAND | Olivier | Biochimie |
| M. | CARNOY | Christophe | Immunologie |
| Mme | CARON-HOUDE | Sandrine | Biologie cellulaire |
| Mme | CARRIÉ | Hélène | Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique |
| Mme | CHABÉ | Magali | Parasitologie - Biologie animale |
| Mme | CHARTON | Julie | Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants |
| M. | CHEVALIER | Dany | Toxicologie et Santé publique |
| Mme | DANEL | Cécile | Chimie analytique |
| Mme | DEMANCHE | Christine | Parasitologie - Biologie animale |
| Mme | DEMARQUILLY | Catherine | Biomathématiques |
| M. | DHIFLI | Wajdi | Biomathématiques |
| Mme | DUMONT | Julie | Biologie cellulaire |
| M. | EL BAKALI | Jamal | Chimie thérapeutique |
| M. | FARCE | Amaury | Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL |
| M. | FLIPO | Marion | Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants |
| Mme | FOULON | Catherine | Chimie analytique |
| M. | FURMAN | Christophe | Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL |
| M. | GERVOIS | Philippe | Biochimie |
| Mme | GOOSSENS | Laurence | Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL |
| Mme | GRAVE | Béatrice | Toxicologie et Santé publique |
| Mme | GROSS | Barbara | Biochimie |
| M. | HAMONIER | Julien | Biomathématiques |
| Mme | HAMOUDI-BEN YELLES | Chérifa-Mounira | Pharmacotechnie industrielle |
| Mme | HANNOTHIAUX | Marie-Hélène | Toxicologie et Santé publique |

| | | | |
|-----|-----------------|---------------|--|
| Mme | HELLEBOID | Audrey | Physiologie |
| M. | HERMANN | Emmanuel | Immunologie |
| M. | KAMBIA KPAKPAGA | Nicolas | Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique |
| M. | KARROUT | Younes | Pharmacotechnie industrielle |
| Mme | LALLOYER | Fanny | Biochimie |
| Mme | LECOEUR | Marie | Chimie analytique |
| Mme | LEHMANN | Hélène | Législation et Déontologie pharmaceutique |
| Mme | LELEU | Natascha | Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL |
| Mme | LIPKA | Emmanuelle | Chimie analytique |
| Mme | LOINGEVILLE | Florence | Biomathématiques |
| Mme | MARTIN | Françoise | Physiologie |
| M. | MOREAU | Pierre-Arthur | Sciences Végétales et Fongiques |
| M. | MORGENROTH | Thomas | Législation et Déontologie pharmaceutique |
| Mme | MUSCHERT | Susanne | Pharmacotechnie industrielle |
| Mme | NIKASINOVIC | Lydia | Toxicologie et Santé publique |
| Mme | PINÇON | Claire | Biomathématiques |
| M. | PIVA | Frank | Biochimie |
| Mme | PLATEL | Anne | Toxicologie et Santé publique |
| M. | POURCET | Benoît | Biochimie |
| M. | RAVAUX | Pierre | Biomathématiques / service innovation pédagogique |
| Mme | RAVEZ | Séverine | Chimie thérapeutique |
| Mme | RIVIÈRE | Céline | Pharmacognosie |
| M. | ROUMY | Vincent | Pharmacognosie |
| Mme | SEBTI | Yasmine | Biochimie |
| Mme | SINGER | Elisabeth | Bactériologie - Virologie |

| | | | |
|-----|------------|----------|---|
| Mme | STANDAERT | Annie | Parasitologie - Biologie animale |
| M. | TAGZIRT | Madjid | Hématologie |
| M. | VILLEMAGNE | Baptiste | Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants |
| M. | WELTI | Stéphane | Sciences Végétales et Fongiques |
| M. | YOUS | Saïd | Chimie thérapeutique |
| M. | ZITOUNI | Djamel | Biomathématiques |

Professeurs Certifiés

| Civ. | Nom | Prénom | Laboratoire |
|------|----------|-----------|-------------|
| Mme | FAUQUANT | Soline | Anglais |
| M. | HUGES | Dominique | Anglais |
| M. | OSTYN | Gaël | Anglais |

Professeur Associé - mi-temps

| Civ. | Nom | Prénom | Laboratoire |
|------|----------|------------|---|
| M. | DAO PHAN | Haï Pascal | Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants |
| M. | DHANANI | Alban | Législation et Déontologie pharmaceutique |

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

| Civ. | Nom | Prénom | Laboratoire |
|------|----------|------------|--|
| Mme | CUCCHI | Malgorzata | Biomathématiques |
| M. | DUFOSSEZ | François | Biomathématiques |
| M. | FRIMAT | Bruno | Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique |

| | | | |
|----|---------|-----------|--|
| M. | GILLOT | François | Législation et Déontologie pharmaceutique |
| M. | MASCAUT | Daniel | Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique |
| M. | ZANETTI | Sébastien | Biomathématiques |

AHU

| Civ. | Nom | Prénom | Laboratoire |
|------|----------|-----------|--|
| Mme | CUVELIER | Élodie | Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique |
| Mme | DEMARET | Julie | Immunologie |
| M. | GRZYCH | Guillaume | Biochimie |
| Mme | HENRY | Héloïse | Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière |
| Mme | MASSE | Morgane | Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière |

ATER

| Civ. | Nom | Prénom | Laboratoire |
|------|-----------|-----------|---|
| M. | GHARBI | Zied | Biomathématiques |
| Mme | FLÉAU | Charlotte | Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants |
| Mme | N'GUESSAN | Cécilia | Parasitologie - Biologie animale |
| M. | RUEZ | Richard | Hématologie |
| M. | SAIED | Tarak | Biophysique et Laboratoire d'application de RMN |
| Mme | VAN MAELE | Laurye | Immunologie |

Enseignant contractuel

| Civ. | Nom | Prénom | Laboratoire |
|------|-------------|---------|---|
| M. | MARTIN MENA | Anthony | Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière |



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.

Table des matières

| | |
|--|----|
| Tables des abréviations | 16 |
| Index des annexes | 16 |
| Introduction | 18 |
| I. La conciliation médicamenteuse | 18 |
| II. Etude OPTISORT | 19 |
| III. Objectif de l'étude | 21 |
| Matériels et méthodes | 22 |
| I. Type d'étude | 22 |
| II. Population étudiée | 22 |
| III. Mise en œuvre des entretiens et retranscription | 22 |
| IV. Analyse des verbatims | 23 |
| V. Ethique | 24 |
| VI. Critères COREQ | 24 |
| VII. Recherche bibliographique | 24 |
| Résultats | 26 |
| I. Caractéristiques générales de la population | 26 |
| II. Donner du sens à l'activité et à son engagement | 26 |
| 1. Le constat d'un changement inévitable | 26 |
| 2. Une opportunité à saisir | 28 |
| III. Une nécessité de décloisonnement de la pharmacie | 30 |
| 1. Le préparateur déconnecté de la prise en charge du patient | 30 |
| 2. Un moyen de reconnexion et d'implication envers le patient | 31 |
| 3. Une collaboration avec le service qui fait sens | 33 |
| IV. Une intégration à l'activité qui ne va pas de soi | 34 |
| 1. Une appréhension du contact avec le patient | 34 |
| 2. S'interroger sur sa valeur ajoutée | 36 |
| V. Le rôle de l'encadrement | 38 |
| VI. Conséquences d'une activité nouvelle sur le quotidien en pharmacie | 39 |
| 1. Influence sur l'organisation des autres secteurs d'activité | 39 |
| 2. Influence sur les relations entre préparateurs et pharmaciens | 40 |
| 3. Influence sur les relations entre préparateurs | 41 |
| Discussion | 42 |
| I. Critique de la méthode | 42 |
| 1. Choix de l'étude qualitative | 42 |

| | | |
|-----|---|-----------|
| 2. | Choix de la méthode de recherche qualitative et de recueil | 42 |
| 3. | Première expérience en étude qualitative | 43 |
| 4. | La posture du chercheur..... | 43 |
| 5. | Echantillon étudié | 44 |
| 6. | Entretiens et enregistrements..... | 44 |
| II. | Autour des résultats | 45 |
| 1. | Un changement inévitable : la pharmacie clinique comme réponse ?..... | 45 |
| 2. | Une nécessité de décloisonnement de la pharmacie | 47 |
| 3. | Une intégration qui ne va pas de soi : Formation et rôle de l'encadrement . | 49 |
| 4. | Conséquences d'une activité nouvelle sur le quotidien en pharmacie | 53 |
| | Conclusion | 55 |
| | Bibliographie | 57 |
| | Annexes | 63 |

Tables des abréviations

5AHU : 5ème Année Hospitalo-Universitaire

BMO : Bilan médicamenteux optimisé

CME : Conciliation médicamenteuse d'entrée

CMS : Conciliation médicamenteuse de sortie

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative reasearch

CTM : Conciliation des traitements médicamenteux

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

DRCI : Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation

GHICL : Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille

HAS : Haute Autorité de Santé

PUI : Pharmacie à usage intérieur

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

Index des annexes

Annexe 1 : Lettre d'information

Annexe 2 : Consentement de droit à l'enregistrement

Annexe 3 : Guide pour l'entretien n°1

Annexe 4 : Guide pour l'entretien n°8

Annexe 5 : Accord du comité d'éthique de la recherche du GHICL

Annexe 6 : Déclaration CNIL

Annexe 7 : Critères COREQ

Annexe 8 : Extrait de schématisation issue du codage

Annexe 9 : Autorisation de soutenance

Introduction

I. La conciliation médicamenteuse

Les réformes de santé, ayant pour objectifs la qualité et la pertinence des soins apportés aux patients, ont conduit au développement de la pharmacie clinique. Initiée depuis plusieurs années dans de nombreux établissements de santé, elle est reconnue comme cruciale dans l'optimisation de ce parcours de soins.

En ce sens, cette discipline a été introduite réglementairement. Elle fait ainsi partie des missions des pharmacies à usage intérieur (1,2) et ses activités sont incluses dans le Contrat d'Amélioration et d'Efficienc e des Soins (CAQES), renforçant le rôle du pharmacien clinicien.

La SFPC définit la pharmacie clinique comme contribuant à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficience du recours aux produits de santé et concourant à la qualité des soins. Dans cette définition, un processus de pharmacie clinique a été établi comprenant la dispensation, le bilan de médication et le plan pharmaceutique personnalisé. Ce processus est mené à bien grâce à l'implication croissante du pharmacien, en collaboration avec les autres professionnels de santé, les patients et les aidants. Le pharmacien dispose pour cela de différents outils tels que l'analyse des prescriptions, l'entretien pharmaceutique, l'éducation thérapeutique ou la conciliation des traitements médicamenteux (CTM).

Suite à la participation de la France au projet Med'Rec débuté en 2009, le collège de la Haute Autorité de Santé a considéré la CTM comme étant une « démarche puissante de prévention, d'interception et de correction des erreurs médicamenteuses » (3). Une définition officielle a été formulée : « La CTM est un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts ».

Cette activité consiste en la réalisation d'un bilan médicamenteux optimisé (BMO), afin de prévenir et d'intercepter toute erreur médicamenteuse susceptible de survenir lors de la prise en charge hospitalière d'un patient, tout comme lors des interfaces ville-hôpital. Elle comporte 4 grandes étapes (4) :

- Recueillir des informations pour connaître à chaque point de transition les médicaments du patient qui sont pris ou qui sont à prendre. Pour cela, trois sources au minimum sont nécessaires parmi lesquelles : le dossier patient, les ordonnances, les entretiens réalisés avec le patient et/ou son entourage, le pharmacien d'officine ou encore le médecin traitant.
- Synthétiser les informations et rédiger le BMO
- Valider le BMO
- Partager et exploiter le BMO. Repérer et analyser les divergences (écarts) qui posent problème. Réaliser un échange collaboratif entre médecin et pharmacien afin d'optimiser la prescription, la dispensation et l'administration des médicaments. Expliquer au patient et à son entourage les changements de traitement et les sensibiliser aux bénéfices de l'adhésion médicamenteuse.

Cela nécessite donc d'intégrer le pharmacien aux services cliniques afin qu'il puisse entrer en contact avec les patients et favoriser une collaboration entre médecin et pharmacien. Cette intégration facilite la mise en place d'autres activités de pharmacie clinique ou de promotion du bon usage des produits de santé.

La CTM est dite proactive ou rétroactive lorsque le BMO est établi respectivement avant ou après la rédaction d'une ordonnance.

II. Etude OPTISORT

En France, l'Agence Nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) estime que 143 915 patients par an seraient hospitalisés pour un effet iatrogène, engendrant 1 480 885 journées d'hospitalisations (5). Et les patients âgés de plus de 65 ans sont particulièrement exposés à ce risque iatrogène. Selon une étude (6), ces patients ont deux fois plus de risque de présenter un effet iatrogène et le taux de patients ayant au moins une erreur médicamenteuse chez les plus de 65

ans est estimé à 50% *versus* 33,8% chez les patients de 46 à 64 ans et 21,4% chez les patients de moins de 45 ans (OR = 2.17, IC95% 1.09-4.30).

Dès 2005, la HAS et l'ANSM ont émis des recommandations portant notamment sur la réduction du risque de ré-hospitalisation des patients âgés, en pointant plus précisément les ré-hospitalisations évitables, dont celles liées à un défaut de continuité des actions entre l'hôpital et le domicile.

C'est dans ce contexte que le projet de recherche OPTISORT intitulé « Prise en charge globale des prescriptions médicamenteuses tout au long du parcours de soin de la personne âgée, de l'hôpital au domicile : impact sur les ré-hospitalisations à 30 jours », a été initié au sein du service de court séjour gériatrique de l'hôpital Saint Philibert. Il avait pour but d'évaluer une stratégie médicale de prévention de la ré-hospitalisation, consistant en une combinaison d'actes tels que la conciliation médicamenteuse d'entrée (CME) et de sortie (CMS), ainsi qu'une révision pluridisciplinaire médicamenteuse entre gériatres et pharmaciens. L'impact d'une telle prise en charge médicamenteuse globale sur les ré-hospitalisations des patients âgés dans les 30 jours suivant le retour au domicile, a été évalué en comparant un groupe de patients en bénéficiant, *versus* un autre groupe pour lequel était appliquée la prise en charge usuelle du service.

L'étude s'est déroulée durant 3 mois de novembre 2018 à janvier 2019, grâce à l'obtention d'un appel d'offres interne piloté par la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI) du GHICL. Celle-ci prévoyait de considérer l'ensemble des patients du service de gériatrie sur cette période. Considérant le nombre important de patients à concilier et le budget de l'étude, la participation des préparateurs en pharmacie de la PUI a été envisagée. Le projet de recherche a été présenté en avril 2018 à l'ensemble des préparateurs du service de pharmacie et il leur a été proposé d'y participer sur la base du volontariat. Quatre préparateurs sur les neuf sollicités ont exprimé leur désir de prendre part à cette étude. Un équivalent temps plein de préparateur a pu être financé pendant la durée de l'étude afin de compenser le détachement quotidien d'un préparateur sur l'activité de conciliation.

Durant l'été 2018, ces préparateurs ont donc bénéficié d'une formation théorique sur la conciliation médicamenteuse d'entrée et de sortie, ainsi que d'une mise en situation en suivant les internes et les étudiants de 5^{ème} année hospitalo-universitaire (5AHU) de pharmacie. Les préparateurs participaient au recueil de l'historique médicamenteux

des patients, aux entretiens « patient » lors de la CME et la CMS, et à l'élaboration des documents qui en découlaient. L'ensemble des activités ainsi réalisées par le préparateur étaient soumises à une supervision et validation par un pharmacien ou par un interne de pharmacie.

III. Objectif de l'étude

De nombreuses études internationales évoquent la diversification des activités du préparateur, notamment quant à leur participation aux activités de pharmacie clinique. Cette sollicitation des préparateurs comme soutien du pharmacien dans ces activités, est une piste envisagée face au développement de la pharmacie clinique au niveau national. Celle-ci peut paraître d'autant plus pertinente au regard de l'effectif limité des pharmaciens et de l'absence temporaire ou permanente d'internes de pharmacie ou de 5AHU dans certaines PUI.

Les cas documentés d'une telle participation sont encore rares en France. Il est donc paru pertinent de recueillir le ressenti des préparateurs ayant participé ou non à l'étude OPTISORT, afin d'identifier les éléments pouvant favoriser ou limiter cette intégration. La question de recherche était : « Quel est le vécu des préparateurs sollicités à participer à une activité de pharmacie clinique, au moment de l'annonce et pendant le déroulement de cette activité ? ».

Matériels et méthodes

I. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée (7) par entretiens individuels compréhensifs (8).

II. Population étudiée

Les préparateurs en pharmacie hospitalière de la PUI de l'hôpital Saint Philibert ayant bénéficié de la présentation du projet OPTISORT en avril 2018 et ayant participé ou non à ce projet de recherche ont été informés de notre intention d'explorer leur vécu au cours d'un travail de thèse. Par la suite, une lettre d'information (Annexe 1) ainsi qu'un consentement de droit à l'enregistrement leur ont été remis (Annexe 2).

L'inclusion des préparateurs était donc conditionnée par leur présence à la réunion d'information du projet OPTISORT ayant eu lieu en avril 2018, ainsi qu'à leur accord de participation à la présente étude, formalisée par autorisation écrite du consentement de droit à l'enregistrement audio. Le recrutement a donc été fondé sur le volontariat. S'agissant d'une analyse par théorisation ancrée, l'échantillonnage a été théorique jusqu'à la suffisance des données.

III. Mise en œuvre des entretiens et retranscription

Lors de chaque entretien, l'enquêteur pouvait s'appuyer sur l'utilisation d'un guide rédigé en amont (Annexes 3 et 4) comportant préférentiellement des questions ouvertes. Des relances et reformulations étaient également utilisées afin d'approfondir le discours. Ce guide évoluant au fil des entretiens, il permettait de répondre au mieux à la question de recherche par l'exploration de thématiques prédéfinies autour de cette question, ainsi que celles émergeant lors des différentes entrevues.

Les entretiens étaient programmés individuellement en laissant la liberté à chaque informateur de choisir la date, l'heure et le lieu du rendez-vous, en tenant compte des

contraintes mutuelles. Ceux-ci ont été menés par un seul chercheur et enregistrés à l'aide de l'application dictaphone d'un téléphone portable.

Les enregistrements étaient intégralement retranscrits sur le logiciel Microsoft Word®, le jour même de l'entretien ou le lendemain.

IV. Analyse des verbatims

Les verbatims anonymisés issus de la retranscription ont été analysés par la méthode de théorisation ancrée à l'aide du logiciel QSR NVivo 12®.

Pour cela, trois codages « ouvert », « axial » et « sélectif » sont réalisés suite à chaque entretien et de manière parallèle tout au long de la recherche (7).

Le codage ouvert permet d'identifier chaque mot, chaque phrase ou chaque passage de l'entretien exprimant le vécu, et pouvant conduire à la description de propriétés susceptibles de caractériser des catégories conceptuelles. La découverte de ces « propriétés », a été réalisée en double pour trois entretiens par un deuxième chercheur, le directeur de thèse, Antoine Lefebvre, pharmacien hospitalier. Ce double codage aboutissait à une triangulation des données lors de laquelle les propriétés découvertes en commun étaient conservées, alors que d'autres propriétés sujettes à discussions pouvaient mener à la création de nouveaux codes. Cette triangulation garantit la diminution de la subjectivité du chercheur et permet ainsi d'augmenter la validité et la qualité des résultats obtenus.

Le codage axial consiste en l'articulation des catégories entre elles, afin d'obtenir des concepts identifiant les phénomènes qui pourraient permettre de répondre à la question de recherche.

Les catégories identifiées comme centrales sont alors intégrées en un système global lors du codage sélectif.

Un journal de bord était tenu. Il comportait les comptes rendus de terrain, de codages, ainsi que les comptes rendus théoriques, issus de l'analyse.

Ce journal et l'intégralité des verbatims sont disponibles en annexe virtuelle.

V. Ethique

L'étude était non interventionnelle, donc aucune démarche de demande d'avis auprès du Comité de Protection des Personnes n'a dû être effectuée. Toutefois le comité interne d'éthique de la recherche du GHICL a été consulté, lequel a rendu un avis favorable le 19 septembre 2019 (Annexe 5).

L'enregistrement des entretiens imposé par la méthode a également nécessité la constitution d'un dossier d'enregistrement auprès de la CNIL (Annexe 6).

VI. Critères COREQ

Les 32 critères de la grille de lecture COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) (9) regroupés en trois domaines ont été utilisés afin de pouvoir garantir la qualité et la validité de cette étude qualitative. L'utilisation de cette grille a permis d'identifier les forces et les limites de la méthode. Les caractéristiques relatives à cette étude et répondant aux critères COREQ sont présentées en annexe 7.

VII. Recherche bibliographique

Une brève recherche bibliographique a été réalisée avant le démarrage de l'étude afin de prendre connaissance de l'existence de données sur le sujet. L'essentiel de cette recherche devait en effet être mené suite à la rédaction des résultats, dans le but de garantir la neutralité du chercheur lors de l'analyse des verbatims.

Ces résultats ont ainsi pu être confrontés à la littérature existante consultée dans différents sites tels le répertoire MeSH, PubMed, Google Scholar, Science Direct, Pepite, Sudoc, EM premium et le portail de revues de sciences humaines et sociales CAIRN. Les mots clefs utilisés étaient : Préparateur, pharmacie hospitalière, pharmacie clinique, conciliation, analyse qualitative, théorisation ancrée.

Le logiciel ZOTERO® a été utilisé pour la gestion des références.

Résultats

I. Caractéristiques générales de la population

Parmi les 10 préparateurs pouvant être inclus dans l'étude selon les critères d'inclusion définis, 8 personnes ont été interviewées et 2 personnes ont refusé de participer (l'un par crainte d'une mise en avant de son témoignage et l'autre sans justification particulière). La durée des entretiens a varié de 35,53 minutes à 94,52 minutes, pour une moyenne de 57,68 minutes. Les entretiens se sont déroulés entre octobre 2019 et avril 2020, pour la plupart sur le lieu de travail de l'informateur. Ils ont également été réalisés depuis le domicile de 3 personnes et 2 d'entre eux ont été réalisés par visioconférence (Skype® et Facebook Messenger®) du fait du confinement imposé dans le cadre de l'épidémie de coronavirus.

La moyenne d'âge des informateurs était de 40,8 ans (+/- 11,5 ans) et six d'entre eux avaient une expérience officinale.

Dans un souci de respect maximal de l'anonymat des personnes au sein de l'équipe, aucune caractéristique attribuée de manière individuelle n'a pu être fournie.

II. Donner du sens à l'activité et à son engagement

1. Le constat d'un changement inévitable

A. Faire face à l'automatisation

L'avenir du métier de préparateur en pharmacie hospitalière était globalement perçu de manière incertaine par les personnes interrogées. La plupart d'entre elles avaient des difficultés à dessiner les contours de leur profession en devenir et le changement qui leur apparaissait inévitable, pouvait être source d'inquiétude voire de résignation. Cette vision de l'avenir s'expliquait notamment par l'automatisation du circuit du

médicament qui doit prochainement être mise en place dans l'établissement. Les préparateurs anticipaient alors une dépossession de leur métier et de leur rôle au sein de ce circuit, de par un accroissement des tâches à faible valeur ajoutée. Cela les poussait à s'interroger non seulement sur le sens de leurs missions futures en lien avec l'arrivée des automates, mais aussi sur la perspective de libération de temps au profit d'autres activités.

« J pense que ça va être un peu compliqué dans les années à venir [...] de toute façon on va avoir un automate, ça va changer [...]. J pense que ce que nous on connaît là ça va disparaître. (P5) ; « Pour moi c'est une catastrophe pour notre métier tout ça... [...] on va devenir des logisticiens. » (P4) ; « si on dispense plus euh j vois pas trop ce qu'on peut faire en fait [...] t façon on n'a pas le choix. » (P8)

L'automatisation peut toutefois ne pas être source d'inquiétude pour une des personnes interrogées ayant vécu l'expérience de façon positive dans un autre établissement.

« où j'ai fait mes stages y'a un robot et en fait le préparateur a tout un rôle à jouer par rapport à ce robot. Donc contrairement à ce qu'on peut penser ça n'enlève pas une tâche, mais ça en rajoute d'autres. Et...ouais et c'est intéressant mais différemment. » (P7)

B. Faire face à la sensation de perte de sens de son métier

Outre le projet d'automatisation, le préparateur était par ailleurs confronté à l'intensification de ses tâches administratives. Le travail pouvait être accompli de manière routinière et mécanique et le préparateur perdait de vue la finalité de ces tâches. Cela entraînait une perte de sens de son quotidien professionnel et de nouveau un sentiment de dépossession de son métier, ce qui à terme, pouvait aboutir à une baisse de l'engagement de l'intéressé. Un besoin de congruence se faisait alors ressentir entre les compétences initiales ou la vision personnelle du métier et le travail effectué au quotidien.

« c'est vrai qu'on...n'est pas voué à disparaître mais notre métier déjà par rapport à y'a 10 ou 15 ans et maintenant, il a déjà bien changé. Tout ce qui est préparation tout ça nous on fait plus. Moi j vois euh, j suis préparatrice DM, j passe des commandes

toute la journée. C'est pas forcément le travail d'une préparatrice en pharmacie. C'est pas très...j'sais pas comment dire ça, c'est pas très (soupir)...motivant des fois. » (P5) ; « j'trouve que le métier a changé mais pas évolué. Evoluer dans le sens progresser euh positif voilà. [...] on se borne à taper des chiffres dans l'ordinateur ou à mettre des boîtes dans les caisses tu vois. » (P6) ; « ça fait un peu travail à la chaîne quoi » (P7)

La perte de valeur du service rendu et de sentiment du travail bien fait induite par ce contexte de plus en plus prégnant participait à cette idée de perte de sens. Cela générait un besoin de revalorisation de son travail et de sa place au sein de la prise en charge médicamenteuse des patients, et appelait ainsi à une évolution de sa profession.

« le préparateur...est, est rarement mis en valeur euh...par rapport au travail effectué. [...] c'est quand même un métier qui demande beaucoup d'investissement. Euh...qui demande des remises en question, des connaissances et cetera euh voilà. Et bah c'est tout, c'est pas valorisé à sa juste valeur, je trouve. » (P7)

2. Une opportunité à saisir

La conciliation médicamenteuse était perçue par les informateurs comme une pratique qui s'inscrit de plus en plus dans la prise en charge médicamenteuse du patient au sein des établissements de santé, une démarche dans l'air du temps. En ce sens et suite à la proposition d'intégration du préparateur, elle était alors apparue pour certains comme étant une possibilité de réponse offerte à cette frustration, à ce besoin de valorisation et d'évolution de leur profession évoqué auparavant. Cette activité leur donnait l'occasion même temporairement de pouvoir envisager des perspectives futures, qui plus est, en phase avec l'évolution des pratiques pharmaceutiques hospitalières.

« On n'a pas une profession avec beaucoup d'évolution de carrière, on n'a pas des formations vraiment en plus euh [...] j'pense que c'est important d'être un peu au goût du jour et d'évoluer avec la profession quoi. » (P1) ; « faut toujours évoluer quoi c'est...faut vivre avec son temps quoi. [...] la concil euh c'est...pour moi c'est comme une évolution qu'on a eu. » (P6)

Le caractère nouveau et innovant de la conciliation médicamenteuse ainsi que leur intégration à cette activité, étaient également mis en avant par les informateurs comme un moyen de sortir de leur routine.

« c'était l'opportunité de faire autre chose...de...de sortir de la pharmacie. Moi j'adore découvrir, j'suis curieuse euh ouais donc quelque chose de nouveau, pas être dans la routine quoi. Ça la routine ça tue. » (P6)

Une fois de plus c'est la nécessité qui à leurs yeux imposait le changement et contribuait à leur investissement dans une activité nouvelle. A l'inverse, la routine pouvait constituer pour un des informateurs un cadre rassurant, associé à un sentiment de satisfaction et de maîtrise de son travail qui ne justifiait pas la participation à une telle activité.

Pour les volontaires, sortir de la routine en participant à la conciliation signifiait se lancer un défi, sans nécessairement en appréhender les obstacles mais plutôt les bénéfices qu'ils pouvaient espérer en tirer. Cette activité pouvait leur apporter une source de stimulation intellectuelle, d'apprentissage, une occasion d'élargir leur champ d'informations cliniques et ainsi acquérir de nouvelles compétences qu'ils pourraient valoriser.

« Après euh commencer euh commencer le bilan médicamenteux euh et déjà toi te pencher sur l'ordonnance et sur le bilan en te disant déjà moi qu'est-ce que je peux trouver...fin c'est super enrichissant. [...] là ça nous donne quand même une opportunité de voir le traitement vraaaiment dans sa globalité pour voir ce qu'il y a qui va pas (P4) ; « J'ai appris certaines choses, c'est très intéressant. On est vraiment au cœur du...du, de la médecine en quelque sorte. » (P7) ; « j'pense que ça va être vraiment quelque chose qui va être apprécié dans les embauches futures » (P1)

Au regard de la perte de sens de leur métier, la participation pouvait également être envisagée par les préparateurs comme un moyen de revenir aux fondamentaux, au cœur de leur profession telle qu'ils la perçoivent, c'est à dire le médicament à destination du patient.

« Il faut...il faut qu'on se reconcentre un p'tit peu sur euh sur l'essence de notre métier. l'essence de notre métier c'est quand même le médicament à la base...c'est pas la logistique » (P4) ; « pour moi la sécurisation du traitement du, du patient [...] c'est ce

que je préfère dans mon métier. Fin j'veux dire c'est, c'est la base du métier quoi »
(P7)

III. Une nécessité de décroisement de la pharmacie

1. Le préparateur déconnecté de la prise en charge du patient

La notion de manque de contact humain avec le patient était récurrente au fil des entretiens. Cette recherche accrue de relationnel avec le patient pouvait aussi bien être liée de manière intrinsèque à la personnalité de l'informateur et à son caractère naturellement sociable, qu'à son expérience professionnelle antérieure. Qu'ils aient évolués en officine ou au sein de structures de soins, cette expérience leur a inculqué la culture de la relation avec le patient et dès lors, la possibilité d'une implication directe dans sa prise en charge. L'évocation de cette expérience antérieure était alors mise en opposition avec ce que pouvait leur apporter leur pratique actuelle, vécue comme une source de frustration. Cette expérience personnelle pouvait représenter un avantage pour les personnes désireuses de participer. Elles se sentaient des capacités d'écoute, d'empathie suffisantes et nécessaires à ce contact avec le patient.

« moi ça m'a direct intéressé parce que déjà je suis plutôt ouvert d'esprit et j'aime parler avec les gens donc ça me dérange absolument pas [...] (concernant la rétrocession) y'a cet aspect de politesse quand le patient vient mais c'est tout quoi, on va pas pousser sur euh est ce que c'est bien pris, est ce qu'il le fait bien, est ce que ça lui apporte quelque chose euh le relationnel se coupe quand même avant » (P1) ;
« quand j'étais en officine, tu as le contact tu vois la personne [...] C'est plus enrichissant humainement tu vois. » (P6)

Cette déconnexion ne concernait pas uniquement les rapports directs avec le patient mais également avec les services de soins. Au-delà de la localisation éloignée de la pharmacie par rapport aux services de soins, les informateurs pouvaient exprimer l'existence de cloisons invisibles avec les soignants. Ces cloisons les empêchaient par moment de collaborer et de se sentir pleinement acteurs de la prise en charge des patients.

« y'a une clinique derrière à laquelle on n'a pas vraiment accès et qui manque en fait. Ce qui fait que c'est un peu abstrait des fois.[...] y'a encore cette distance entre l'infirmière et le préparateur. C'est pas encore un travail euh...euh...ça devrait être plus un travail d'équipe finalement. » (P7) ; « y'a énormément d'informatique. C'est l'ère de l'informatique j'suis d'accord mais...du coup bah le contact humain est un peu oublié quoi.[...] et tu vois quand ils viennent à la pharmacie bon partout y'a un guichet. C'est normal. Avant on avait une porte qu'on pouvait ouvrir et...là c'est vraiment le guichet euh, la barrière quoi. Et quand tu es de l'autre côté ça fait vraiment euh...(mime une coupure, une distance avec les bras) qu'on franchit pas tu vois. » (P6) ; « c'est vrai que c'est euh...on se sent un peu à l'écart. » (P8)

2. Un moyen de reconnexion et d'implication envers le patient

La participation à la conciliation médicamenteuse pouvait donc être pour les personnes intéressées, un moyen de se rapprocher du patient, de retrouver un contact perdu ou considéré comme trop restreint en rétrocession. Leur objectif était de rompre avec le caractère impersonnel et systématisé de la dispensation hospitalière, de renouer avec les rapports humains dans leur implication envers le patient, en prenant le temps de s'intéresser à ce dernier dans sa globalité. Un échange plus privilégié avec le patient était perçu comme une possibilité d'enrichissement de cette relation entre le préparateur et le patient, sur le plan humain. Le patient s'en trouvait d'avantage personnifié aux yeux du préparateur.

« Les personnes âgées ça peut faire peur mais ça apporte tellement, fin moi j'ai appris tellement de choses sur moi [...] c'est la première chose que j'me suis dit, « tiens j'pourrais retourner un peu euh avec les patients. Pourquoi pas. ». » (P5) ; « une nouvelle activité, qui est enrichissante en plus euh bah professionnellement mais aussi humainement [...] Le patient est content parce qu'on s'occupe de lui. C'est pas euh (siffle et lance la main en l'air) tu viens tu te fais opérer et voilà (sourire). » (P6)

Le sentiment d'un rapport encore trop ritualisé ou impersonnel, ne dépassant pas le cadre des convenances et des objectifs liés à l'activité pouvait également être avancé. Cette notion venait alors nuancer le bénéfice que pouvait tirer le préparateur d'un rapprochement avec le patient lors de la conciliation.

« dire juste « bonjour », j'prends ça et je redescends, non j'pense que c'est un petit peu impersonnel. [...] t'apporte quelque chose de bien mais pas ce que moi je veux apporter. » (P5)

Néanmoins, la perspective d'enrichissement personnel trouvait sa source dans le sentiment d'utilité que pouvait tirer le préparateur de son investissement. A l'évocation de la relation avec les patients auxquels l'informateur pouvait s'identifier, un sentiment d'empathie se manifestait vis-à-vis de leur solitude, de leur fragilité ou encore de leurs histoires de vie.

« tu t'aperçois aussi de la misère du monde quoi...parce qu'il y a beaucoup de personnes qui sont seules [...] C'est pas parce qu'ils savent pas parler qu'il faut pas les prendre en considération quoi, voilà. Pas les oublier [...] Les personnes âgées elles sont pas...fin c'est toi, c'est moi en devenir quoi, j'veux dire euh. » (P6)

Cette empathie pouvait être le catalyseur de l'envie d'aider, de s'impliquer pour le patient. Il y avait chez ces informateurs un dévouement, une volonté de contribuer personnellement à sa prise en charge, d'œuvrer dans son intérêt principal.

« un patient d'hôpital, il est alité, il est pas bien...il est...on le voit pas forcément au top. [...] C'est quand même plus difficile d'aborder un patient à l'hôpital, qu'à la pharmacie. Mais pour moi c'est le contraire (sourire). » (P5) ; « pour moi c'est le patient qui est au bout. C'est la chose la plus importante là [...] On n'a pas fait ça pour rien, voilà. » (P6)

Le sentiment d'une démarche utile et pleine de sens à laquelle ils pouvaient participer était favorisé par l'identification d'un besoin, de problématiques auxquelles la conciliation pouvait permettre de répondre. La sécurisation du circuit du médicament passant par l'optimisation des prescriptions, la transmission d'informations entre les services ainsi qu'entre professionnels hospitaliers et de ville, étaient évoqués concernant l'impact potentiel ou avéré de cette activité avec en finalité, l'intérêt du patient. Cela renforçait le désir de participer à l'activité et que celle-ci soit pérennisée et systématisée.

« j'pense que c'est vraiment un volet de notre métier qui manque à l'hôpital (P4) » ; « j'aimerais bien que ça soit vraiment euh...que ce soit systématique. Parce que, parce que on se rend compte que bah, des erreurs c'est vite fait » (P7) ; « j'trouve que la conciliation devrait être obligatoire. » (P6)

3. Une collaboration avec le service qui fait sens

Chaque entretien a débuté par une tentative de définition de la pharmacie clinique avec l'informateur. Cette notion abordée dans sa globalité et non par le spectre restreint de la conciliation, apparaissait généralement étrangère ou floue pour les personnes interrogées. Seule l'idée d'une présence accrue de la pharmacie dans les services de soin était avancée de manière récurrente.

La présence habituelle des préparateurs dans les services se limitant à la gestion d'armoire, ceux-ci avaient le sentiment d'endosser un rôle d'autorité répressive auprès du personnel infirmier. Ce rôle contribuait selon eux au regard globalement négatif que portent les soignants au sujet de la pharmacie. Ainsi s'agissant de leur présence accrue au sein des services, les préparateurs pouvaient entrevoir celle-ci comme un moyen d'instaurer un autre canal de communication, de changer l'image de la pharmacie et plus particulièrement celle du préparateur. Elle leur permettrait de créer aussi bien un lien de complémentarité que de proximité afin de comprendre la réalité du terrain, de mieux communiquer et de gagner en efficacité.

« la pharmacie dans un hôpital elle est quand même vue un p'tit peu mal de la part de tout le monde hein on l'sait. On est là que pour distribuer des médicaments et c'est tout hein. [...] moi on me l'a déjà dit « ça y est voilà la gestapo » euh, « on vient nous piquer nos médicaments ou autre chose ». [...] Le fait d'y aller régulièrement et tout ça j'pense que ça peut être bien. J'pense que ça peut améliorer l'image de la pharmacie. »

(P2)

La proposition de participation à la conciliation médicamenteuse était pour les volontaires une occasion nouvelle de revendiquer leurs compétences dans le domaine du médicament et leur singularité vis-à-vis des autres professionnels de santé, par exemple en matière d'interactions ou de lecture d'ordonnance. Ils pouvaient espérer apporter cette compétence non seulement au service du patient mais également aux soignants. Ils se sentaient ainsi la possibilité d'acquérir une place distincte au cœur de la prise en charge. La communication auprès des équipes sur l'activité et le rôle des préparateurs leur semblait faciliter le dialogue avec les différents intervenants et favorisait ainsi la coopération dans l'activité de conciliation. Le préparateur avait alors à cœur de s'investir pour gagner en légitimité et revaloriser sa profession auprès des soignants.

« j'pense que voilà les traitements médicamenteux c'est quand même euh c'est quand notre partie, c'est notre métier [...] pour moi c'est plus notre métier à nous que le métier d'une infirmière du service. [...] tu apportes quelque chose, t'es un maillon de la chaîne. » (P4) ; « j'ai vu à chaque fois que j'allais dans les chambres des patients ou patientes euh...ils étaient contents de nous voir, parce qu'on n'est pas soignant. [...] là ça nous donnait l'occasion de se valoriser, disons pour le métier en lui-même de dire « bah oui on peut faire ça aussi » (P6)

Le déploiement des préparateurs dans les services pouvait donc présenter à leurs yeux des avantages. Toutefois, cette présence restait discutée parmi les personnes interrogées. Si pour certains la conciliation médicamenteuse était un élément de réponse à la justification de cette présence, pour d'autres elle pouvait être perçue comme une fatalité. Les informateurs exprimaient un besoin de redéfinition du rôle du préparateur au sein des services, et par là même, d'entrevoir des perspectives d'activités possibles.

« Oui faut aller dans les services mais faut aller dans les services pas uniquement pour faire des...pour faire des visites d'armoire. Parce que bah voilà ok c'est de notre responsabilité mais c'est pas non plus euh ce qu'il y a de plus...ni intéressant, ni pour nous et ni ce qu'il y a de plus enrichissant. » (P4) ; « Aller dans les services j'aime pas et je sais qu'on sera amenés à y aller plus donc euh... [...] On est bien obligés de s'adapter aux changements. (sourire) » (P8) ; « Après ça peut être un bien d'aller dans les services mais j'espère que ce sera autre chose que d'aller voir des péremptions et ranger des armoires, des choses comme ça » (P5).

IV. Une intégration à l'activité qui ne va pas de soi

1. Une appréhension du contact avec le patient

La perspective d'interactions et d'échanges avec le patient pouvaient être vécue comme une mise en difficulté pour le préparateur. Se confronter à la maladie, entrer dans l'intimité du patient, investir son environnement étaient autant de sources d'inquiétude. Les préparateurs n'étaient néanmoins pas étrangers à la souffrance et à l'attente des malades. Si l'empathie pouvait inciter des préparateurs à entrer en contact avec le patient, pour d'autres celle-ci laissait place à la sympathie, voire à la

résonnance émotionnelle. Cela favorisait alors l'émergence d'une volonté d'éviction de cette relation avec le patient. Les informateurs exprimaient des doutes sur leurs capacités d'écoute, de communication, de patience pour pouvoir répondre à la détresse du patient. Ils exprimaient en cela, la crainte de desservir leur rôle auprès du patient. Par ailleurs, l'idée de manque d'aptitudes sociales et d'empathie a également été évoquée.

« t'es quand même face à un malade, faut trouver les mots fin...après est ce que j'aurais la patience fin...j'suis pas quelqu'un de méchante mais tu vois c'est pas simple. » (P3) ; « j'dis pas dans les services ça m'dérange pas mais euh mais rentrer dans la chambre des gens euh...ça me non ça me gênerait. Vraiment j'serais gêné. » (P2)

Cette anticipation d'inconfort ou d'incapacité face au patient influençait nécessairement leur décision de participer ou non à la conciliation médicamenteuse. Les préparateurs se sentaient contraint dans une relation avec le patient à laquelle ils ne se destinaient pas ou consentaient déjà difficilement dans leur activité de rétrocession. Le choix d'exercer au sein d'une pharmacie à usage intérieur au lieu d'une officine pouvait être motivé par la garantie d'un contact limité avec le patient ou d'une prise de distance plus aisée. Leur proposer une telle activité entraînait ainsi une remise en cause de leur cheminement professionnel.

« Le préparateur fin voilà ça s'appelle un préparateur c'est pas pour rien, fin il est censé préparer les médicaments, on lui demande de tracer il va le faire...mais il est pas censé avoir des relations avec les patients. » (P2) ; « j'ai pas fait d'officine, j'suis à l'hôpital aussi pour pas être tout le temps au contact des patients fin après moi c'est pas mon truc tu vois » (P3) ; « c'est pour ça que j'suis contente d'être arrivée à l'hôpital. En officine de ville euh j'sais pas comment j'aurais fait. » (P8)

Une solution envisagée pour se rassurer, pouvait être de restreindre son champ d'action en se limitant aux tâches administratives de la conciliation. Cette alternative était néanmoins accueillie avec peu d'enthousiasme étant donné le caractère peu épanouissant de ces tâches.

2. S'interroger sur sa valeur ajoutée

Les non participants étaient convaincus de l'intérêt de la conciliation médicamenteuse pour optimiser et sécuriser la prise en charge médicamenteuse des patients. Toutefois, ils émettaient des doutes sur leur contribution en tant que préparateur.

Un sentiment de mise à l'écart d'une activité jusqu'à présent dévolue aux pharmaciens, internes de pharmacie et étudiants de 5AHU pouvait émerger. Dès lors, cela accentuait leurs difficultés à consentir à une éventuelle participation. Les informateurs pouvaient douter de l'intérêt du préparateur dans une activité en place depuis de nombreuses années et qui de surcroît, semblait se dérouler correctement sans leur concours. Il a été exprimé un besoin de retour d'expérience sur des cas concrets de conciliation médicamenteuse. Ce qui aurait peut-être permis de mettre en lumière l'intérêt de celle-ci et en conséquence l'obtention d'une mobilisation plus franche sur ce projet.

« j'pense que ça a son utilité. Mais après est ce que c'est nécessaire d'inclure les préparateurs ? [...] au final ils ont servi à quoi les préparateurs ? [...] on en n'a jamais vraiment euh...pas impliqués parce qu'on le faisait pas mais, jamais expliquer jamais...tu vois on a toujours été à l'écart de ce truc. » (P3)

Il y avait chez ces informateurs, un besoin réel d'identifier leur plus-value pour donner du sens à leur implication. Cette question de l'intérêt du préparateur dans la conciliation était soulevée concernant des tâches purement administratives qui leur apparaissaient simplistes, peu épanouissantes et pouvant relever de n'importe quel autre professionnel. S'agissant de leur interaction avec le patient et le médecin, les informateurs pouvaient estimer que leur niveau de formation ne leur permettait pas de pouvoir entreprendre ce type d'activité. Leur manque de connaissance aurait ainsi pu les mettre en difficulté dans leur tentative d'appropriation du dossier, en cas de sollicitation du patient, ou encore d'échange avec le médecin. Il y avait donc une crainte de ne pas être la hauteur face à une tâche qui pouvait leur sembler lourde d'exigences et de responsabilités. Ils pouvaient par ailleurs appréhender de se sentir dépassés par les tâches qu'ils auraient à entreprendre. En ce sens, ils ne pouvaient selon eux se substituer aux infirmiers, médecins et plus encore aux pharmaciens, qui étaient plus légitimes qu'eux dans la conduite de cette activité.

« que ce soit le pharmacien ou le préparateur on peut tous les 2 aller chercher la carte vitale, aller chercher un papier. [...] monter dans la chambre, lui demander les médicaments à la maison, l'infirmière elle peut le faire. Pourquoi moi ? » (P5) ; « Même sur toutes les pathologies, fin on est pas des...fin voilà. C'est pour ça qu'on est sous la responsabilité du pharmacien, parce qu'il y a plein de choses qu'on ne sait pas. » (P8)

Les personnes interrogées établissaient une hiérarchisation des savoirs entre préparateurs, pharmaciens et médecins. La question de la légitimité du préparateur se posait particulièrement concernant leur relation avec le médecin. Les fondements de cette relation n'étaient pas nécessairement favorables à une volonté de collaboration de la part des préparateurs. Le médecin était principalement décrit par le spectre des rares interactions qu'ils pouvaient avoir avec ce dernier, faisant mention de communications téléphoniques parfois conflictuelles éprouvées par le préparateur. Tout en évitant de généraliser et reconnaissant qu'il pouvait s'agir là d'un préconçu, ces informateurs avaient l'image d'une figure d'autorité pouvant leur manquer de respect. Dès lors, la perspective d'investir leur environnement dans le but d'intervenir dans leurs prescriptions était vécue difficilement. Ils se voyaient devoir endosser principalement un rôle d'autorité et d'ingérence auprès des médecins. Ainsi, leur légitimité à entrer en communication avec les médecins dans le cadre de cette activité, leur apparaissait bien moins envisageable que pour les pharmaciens, de compétences égales ou complémentaires et entretenant des rapports plus réguliers et cordiaux avec eux. Les préparateurs se projetaient en revanche avec plus de sérénité sur leurs interactions avec les infirmiers, du fait d'échanges d'ordinaire plus fréquents et d'un niveau hiérarchique considéré comme plus équivalent.

« on a très peu de contacts avec les médecins, sauf quand ils ont envie de pousser une gueulante en pharma tu vois » (P3) ; « y'a des médecins qui sont vraiment pas sympas. [...] j'avais pas envie de ça justement j'pense qu'on le subit assez [...] j'aurais quand même un peu peur de faire du flicage et que ce soit...fin que ce soit perçu comme du flicage. » (P2) ; « j'me dis qu'ils ont quand même des connaissances euh...plus que nous au final. C'est ça le truc. J'vais leur apprendre quoi moi ?...Ouais j'aurais quand même l'impression de critiquer ce qu'ils font. » (P8)

Les informateurs qui semblaient avoir établi leurs zones de responsabilité, suggéraient au contraire de désacraliser le médecin, de composer avec les personnalités et de

dépasser son préconçu. Cela permettrait de passer d'une relation non pas de supérieur à subalterne mais de collaboration dans la limite de leurs compétences.

« un médecin, c'est un homme comme un autre [...] je respecte la personne en tant que telle mais j'ai pas d'a priori parce que...c'est quelqu'un qui est entre guillemets euh au-dessus de toi. Moi j'aime pas ce terme tu vois » (P6)

V. Le rôle de l'encadrement

Que ce soit dans un simple souci de perfectionnement ou dans le but de répondre au manque de formation ressenti comme un handicap dans leur participation, un besoin de formations complémentaires et de maîtrise de connaissances pratiques était formulé. Ces rappels ou remises à niveau leur permettraient de gagner en légitimité aussi bien vis-à-vis des équipes soignantes que des patients.

« J pense qu'il faudrait faire une formation spécifique sur les médicaments régulièrement prescrits dans ce service là pour qu'on soit à même de répondre aux questions des gens tu vois. [...] Et puis si on y va pour expliquer des DM ou autre chose il faut qu'on sache vraiment tout sur ce DM. » (P2)

Il pouvait aussi y avoir une crainte ou un sentiment avéré de se trouver seul par moment et en situation de difficulté. De ce fait, les informateurs évoquaient l'importance d'un accompagnement, de ne pas se trouver en autonomie complète immédiate et d'avoir la possibilité d'acquérir progressivement de l'expérience. Ils reconnaissaient la disponibilité de l'encadrement comme précieuse. En cas d'obstacle, avoir des référents de confiance vers lesquels se tourner ou pouvoir discuter avec les soignants rassure. Il en est de même pour le partage de responsabilités. Travailler en collaboration et être sous la supervision du pharmacien permettait une reconnaissance du droit à l'erreur, de ne pas savoir et de légitimer davantage leur travail aux yeux du corps médical.

« ils sont toujours dans la pédagogie. [...] tu te dis toujours que de toute façon ce que tu verras pas le pharmacien il le verra.[...] ils (les médecins) nous reconnaissent puisqu'ils ont pas non plus refusé que ça soit fait par des préparateurs et encore une fois ils savent que c'est sous couvert du pharmacien » (P4) ; « il expliquait aussi, il me lâchait pas comme ça. C'était une équipe quoi. » (P7)

Concernant la formation spécifique à l'activité dont avait bénéficié les informateurs, les avis pouvaient toutefois être mitigés, exprimant tantôt le désir ou la satisfaction d'une formalisation de l'activité.

« après t'avais pas vraiment de procédure, un peu comme un schéma qui peut t'expliquer quoi faire, où aller, des exemples type de concil pour te mettre un peu dans le bain [...] au final, entre guillemets on m'a donné les infos et les outils pour faire au mieux quoi. » (P1) ; « le positif c'est que voilà, on avait un travail, une procédure... » (P7)

VI. Conséquences d'une activité nouvelle sur le quotidien en pharmacie

1. Influence sur l'organisation des autres secteurs d'activité

La problématique du temps était envisagée sous l'aspect de la disponibilité et de l'adaptabilité du préparateur. Une activité telle que la conciliation médicamenteuse nécessitait pour les informateurs un investissement important dans un quotidien déjà rythmé par une quantité de tâches conséquente. Il existait ainsi une crainte d'accroissement de leur charge de travail et de prise de retard dans leurs activités dédiées par l'ajout d'une activité annexe. Cette appréhension était majorée par le caractère temporaire du projet qui ne leur semblait pas justifier une perturbation non négligeable de leur quotidien de travail. Cependant *a posteriori*, les informateurs ne relevaient pas d'impact majeur sur l'organisation habituelle.

« on s'est dit on a peut-être déjà tellement assez de boulot fin. Les nouveaux trucs c'est bien mais y'arrive un moment plus plus plus plus fin...[...] on s'est dit ça va être un truc de 3 mois après euh après merci on n'a plus besoin de vous. » (P3) ; « c'est stressant quand même euh, c'est nouveau [...] à l'époque j'avais trop trop de choses à faire. Le DM, le reconditionnement...j'pouvais pas, j'avais pas le temps de le faire. J'avais du mal à me détacher. » (P5)

Tout en reconnaissant également le manque de disponibilité du préparateur, le projet OPTISORT était au contraire pour certains informateurs, l'occasion de pouvoir se dégager du temps pour s'investir dans une activité nouvelle.

« qu'on soit mis à l'écart de la conciliation c'est vrai, mais cependant on n'a pas le temps. [...] Là c'était justement l'occasion de s'dire bah on va découvrir ce que c'est »
(P4)

2. Influence sur les relations entre préparateurs et pharmaciens

L'appréhension d'une surcharge de travail était exacerbée par un sentiment préexistant de glissement de tâches et la conciliation médicamenteuse était perçue comme une activité normalement dévolue aux pharmaciens et étudiants en pharmacie. Elle est alors apparue lors de la présentation du projet, comme une source de surcharge de leur emploi du temps par les pharmaciens.

Cette activité n'était pas intégrée comme cohérente vis-à-vis des attributions du préparateur. Elle était désignée comme une source de tâches à faible valeur ajoutée pour le préparateur. Leur implication risquait selon eux d'être insuffisamment mise en lumière du fait d'un environnement de travail aux frontières floues ou mal définies quant à leur interaction avec le pharmacien. Cela pouvait constituer une réponse inadéquate à leur besoin de valorisation.

Une collaboration étroite avec le pharmacien indispensable dans cette activité, risquait d'attiser les tensions existantes et apparaissait alors difficilement envisageable. Ces tensions ont ainsi eu un impact sur la décision de participer ou non au projet.

Des informateurs ont également exprimé l'idée que leur décision de participation pourrait à l'avenir être reconsidérée suite à la constatation d'une amélioration des relations entre préparateurs et pharmaciens.

« on a déjà bien assez de choses à faire et on s'est dit « encore une fois une tâche qu'ils vont nous refiler » (P2) ; « Tu vois c'est normal qu'on fasse pas le même boulot mais euh c'est déjà arrivé plusieurs fois où tu te casses la tête à faire des choses et puis derrière euh c'est pas toi qui retires... » (P3)

D'autres informateurs semblaient par ailleurs davantage mettre en avant leur intérêt personnel plutôt que celui du pharmacien et ne faisait pas mention d'un impact des relations avec les pharmaciens sur leur décision de participer.

3. Influence sur les relations entre préparateurs

De la même façon, l'importance d'une cohésion d'équipe se faisait sentir à l'évocation des relations entre préparateurs. Certaines difficultés relationnelles pouvaient perturber la bonne gestion des dossiers de conciliation basée sur une étroite collaboration entre collègues. Celles-ci influençaient alors la décision de participer ou non. Cette activité nouvelle pouvait donc exacerber des tensions préexistantes.

Sur le long terme, cette nouvelle activité était également appréhendée aussi bien par les participants que les non participants. Elle était perçue comme un obstacle à la cohésion et au travail de routine du fait de la délocalisation des préparateurs de la pharmacie.

« t'étais un peu à part [...] Je vois pas pourquoi je serais resté dans un coin à juste faire ça quoi [...] je voulais pas que ça les oblige à en faire plus de ce côté et qu'ils se disent bah tiens lui il est pas là en fait. » (P1) ; « ce truc là c'est ça aussi, ça élimine le fait de travailler en groupe, fin en équipe. Et moi ça j'ai beaucoup de mal. Parce que on a une bonne équipe et tout euh donc moi à me retrouver dans mon coin à faire ça euh. [...] ça ça m'aurait frustrée. » (P8)

Lors du déroulement de l'activité, l'externalisation de tâches dans le service de soins a eu des conséquences sur le collectif de préparateurs. Une inégalité de répartition des tâches et un sentiment d'abandon étaient ressentis par les personnes travaillant en pharmacie, qui voyaient là un moyen pour les participants d'esquiver la routine.

Les informateurs ayant participé à l'activité évoquaient quant à eux l'importance de la coopération et de l'esprit d'équipe qui régnaient entre préparateurs dans le cadre de leur travail de conciliation médicamenteuse. Cette solidarité a été appréciée notamment en cas de difficultés rencontrées, de partage d'informations et de suivi de dossier d'un patient.

« Voilà on s'entraidait aussi. [...] ça se passait bien en plus euh on avait un bon relationnel. J'te dis euh le soir si j'avais ou eux, on avait une concil qui arrivait et la personne qui était partie, on cherchait déjà par exemple la pharmacie. » (P6) ; « Si y'avait des difficultés particulières on échangeait entre nous. Euh...du coup euh, hop ça permettait de rebondir ou d'éviter de déranger les pharmaciens. » (P7)

Discussion

I. Critique de la méthode

1. Choix de l'étude qualitative

L'objectif de ce travail était de mettre en lumière et de comprendre les phénomènes complexes mis en jeu lors de la décision des préparateurs de participer ou non à cette activité de pharmacie clinique, ainsi que la confirmation ou la remise en question de ce choix durant l'étude.

Cela consistait à explorer de manière inductive des facteurs subjectifs tels que les émotions, les postures et les relations humaines. Ces données apparaissaient donc difficiles à évaluer dans une étude quantitative, fondée sur un raisonnement déductif à partir d'une problématique et d'une ou plusieurs hypothèses de départ. La méthode de recherche qualitative permettait de restituer ces phénomènes observés, avec plus de fiabilité et de représentativité.

2. Choix de la méthode de recherche qualitative et de recueil

Les préparateurs sollicités constituaient un groupe d'acteurs partageant une expérience commune impliquant les interactions avec leur environnement et ses différents intervenants, tels que les préparateurs, les pharmaciens, les soignants et les patients. Les faits observés devaient être recueillis sans tenir compte des idées préconçues du chercheur, mais plutôt dans une logique d'émergence d'hypothèses et de concepts divers que l'auteur n'aurait pas envisagé.

La théorisation ancrée semblait être la méthode la plus appropriée car elle permet d'étudier le comportement des personnes dans leur contexte social, interactif. Elle consiste en une restitution fidèle du vécu des interviewés (ancrage) permettant la compréhension du phénomène étudié (théorisation) par une mise en relation constante des données de terrain (7).

L'entretien individuel utilisé pour le recueil de données a été privilégié par rapport à l'entretien collectif au regard du nombre limité d'informateurs. De plus, les informateurs se connaissant entre eux, l'entretien collectif aurait pu être source de réticences à exprimer des opinions soumises au jugement d'autrui.

La conduite des entretiens a été menée en s'appuyant sur la méthode de l'entretien compréhensif de Jean-Claude Kaufmann (8). Cette technique qui a pour but de libérer la parole de l'interviewé est notamment basée sur l'empathie, la prise de distance, l'engagement de l'enquêteur et l'écoute attentive. Elle permet également de renforcer le principe de neutralité du chercheur.

3. Première expérience en étude qualitative

Il s'agissait d'un premier travail de recherche qualitative pour le chercheur. Celui-ci manquait d'expérience aussi bien en termes de conduite d'entretiens que d'analyse, ce qui a pu retentir sur la qualité de l'étude. Afin d'apporter de la rigueur à son travail, le chercheur a pu suivre une formation d'initiation à l'étude qualitative. Des ouvrages méthodologiques cités dans la bibliographie ont également été consultés. Les critères COREQ ont également été suivis afin de renforcer la validité scientifique de ce travail. Afin de limiter la subjectivité du chercheur et comme l'impose la méthode, une triangulation a été effectuée jusqu'à l'atteinte d'un consensus pour le codage ouvert.

4. La posture du chercheur

Le statut d'interne en pharmacie du chercheur a pu modifier le discours des informateurs. D'autant plus que celui-ci avait exercé un semestre au sein du service, auprès des préparateurs inclus dans l'étude. Concernant le chercheur lui-même, ses *a priori* ont été identifiés au préalable.

La définition de ses *a priori* a été utile pour la conduite des entretiens compréhensifs. L'objectif de cette approche est d'apparenter le plus possible l'entretien à une conversation, de pouvoir s'éloigner du guide en fonction de ce que dit l'informateur. Cela permet de recueillir et de développer le vécu de l'informateur sur un mode moins rigide que l'entretien semi directif qui se limite à des relances ne favorisant pas

nécessairement la libération de la parole. En effet, selon la conduite compréhensive de l'entretien, l'enquêteur doit à l'inverse s'engager, en alliant écoute attentive, prise de distance, et analyse critique des propos de l'informateur. Le chercheur adaptait son discours et effectuait ainsi des allers-retours entre prise de position en faveur de l'informateur et introduction d'un point de vue différent ou d'éléments d'analyse de ses propos, à partir de ses *a priori* ainsi que des diverses représentations recueillies au fil des entretiens.

5. Echantillon étudié

L'échantillon prédéfini par les critères d'inclusion à l'étude, était restreint. Et bien que la saturation des données nous ait semblée atteinte, celle-ci n'a pu être discutée de manière pertinente du fait d'un manque d'informateurs supplémentaires à disposition au bout des 8 entretiens. Ainsi, des propos n'ont peut-être pas été inclus. L'échantillon était toutefois hétérogène, ce qui permettait de refléter au mieux le phénomène étudié. Cette hétérogénéité a été constatée en termes d'âge, de sexe, d'expérience professionnelle antérieure et de participation ou non à la conciliation médicamenteuse. Par ailleurs, les entretiens ont été réalisés 1 an après la conduite de l'étude OPTISORT, les informateurs ont donc pu rencontrer des difficultés à se replonger dans la situation vécue.

Les informateurs connaissaient le chercheur avant la réalisation de l'étude, ce qui a pu influencer sur leur libre expression. Ils n'avaient cependant jamais échangé de propos auparavant concernant la conciliation médicamenteuse et l'intégration des préparateurs, assurant ainsi la neutralité le jour de l'entretien. Les relations antérieures entretenues avec le chercheur pouvaient également être propice à l'instauration d'un climat de détente et de confiance, favorisant la discussion.

6. Entretiens et enregistrements

L'ensemble des entretiens s'est déroulé en face à face mais pour deux d'entre eux, les contraintes liées au confinement dû au contexte épidémique covid-19 ont imposé

une réalisation par visioconférence. La distance et les légères difficultés techniques rencontrées ont donc pu influencer la libre parole.

Un seul entretien a été fourni à sa demande, à l'informateur pour relecture. Il s'agissait pour cet informateur de vérifier qu'un passage pour lequel il avait demandé de couper le dictaphone, n'apparaissait pas dans le verbatim. Ce verbatim n'a donc pas été modifié ou corrigé suite à cette relecture.

II. Autour des résultats

1. Un changement inévitable : la pharmacie clinique comme réponse ?

Notre étude s'intéressait à la possibilité d'une extension des attributions du préparateur dans le cadre des activités de pharmacie clinique. Il était pertinent d'aborder avec les informateurs la question de la perception de l'avenir du métier des préparateurs.

L'évolution du métier de préparateur par l'extension de ses activités dans les services de soins, notamment dans le domaine de la pharmacie clinique, est plus que jamais d'actualité en France. Elle a été amorcée de manière concomitante au développement du champ d'action du pharmacien dans des activités cliniques et face au manque de personnels et de moyens financiers (10). Bien que peu documentés, les exemples d'implication des préparateurs dans les activités de pharmacie clinique se multiplient, tant dans la conciliation médicamenteuse (11–13) que dans la consultation pharmaceutique et l'éducation thérapeutique des patients (14–17). Cela montre la volonté des établissements de santé d'élargir le rôle des préparateurs dans ces domaines.

Cette réflexion est également entamée depuis plusieurs années à l'étranger, comme en témoignent les nombreuses études disponibles sur l'implication du préparateur (18–35), en particulier dans la conciliation médicamenteuse. Certaines études traitent plus précisément de l'avantage économique constaté suite à cette intégration (36–38). Elles confirment le fait que l'expansion du rôle du préparateur pourrait être une réponse aux problématiques de ressources humaines et financières rencontrées dans le déploiement de la pharmacie clinique en France. Au Royaume-Uni, les préparateurs exercent de nombreuses tâches directement en lien avec le patient. Une étude

s'intéressant au point de vue des préparateurs britanniques a fait ressortir un sentiment de « sous-utilisation » et un désir d'extension future de leurs tâches en particulier dans le domaine clinique (39).

Dans notre étude, les informateurs étaient majoritairement soucieux et perplexes quant à l'avenir de leur profession. Ils se référaient notamment à l'évolution actuelle de leur métier et de leur exercice qui pouvait ne pas les satisfaire du fait d'une augmentation des tâches répétitives et monotones. Une étude comparant les fonctions des préparateurs en pharmacie hospitalière en France et au Québec s'est intéressée à leur perception de leur métier (40). Cette notion de perte de sens de leur profession n'a pas été trouvée chez leurs homologues québécois. Par ailleurs, ces derniers trouvaient majoritairement que leurs compétences et leurs connaissances étaient bien utilisées et que leur activité avait un impact direct sur la qualité des soins. Parmi les facteurs ayant favorisé leur choix à devenir préparateur, on retrouve entre autres la diversité des tâches accomplies, l'autonomie et la réalisation de préparations. Cette activité de préparation a dû être interrompue dans l'établissement suite à une centralisation de la pharmacotechnie sur un autre site du groupe hospitalier. Cet événement ainsi que la programmation d'une automatisation du circuit du médicament, ont contribué fortement à la remise en question du sens de leur activité. La future organisation de cette automatisation n'était pas clairement définie au moment des entretiens et ce manque d'information a pu renforcer leur inquiétude quant à l'avenir de leur pratique.

Cependant la libération de temps anticipée par les préparateurs dans la perspective d'instauration d'un automate n'est pas unanime dans la littérature. Cette estimation de gain de temps pour le préparateur est en effet dépendante de l'automate utilisé. Dans certains cas ce gain est objectivé et permet d'envisager un transfert vers des tâches à plus forte valeur ajoutée (41,42). Il serait en revanche surestimé dans d'autres cas, en raison de l'absence de prise en compte des étapes de complémentation et de manutention (43–45). Les préparateurs peuvent alors exprimer un sentiment de perte de temps, une absence d'allègement de tâches voire même une augmentation de celles-ci, ainsi qu'une dévalorisation de leur métier (46). Ces données confirmeraient l'appréhension exprimée par certains des informateurs. Il conviendra donc d'être attentif au ressenti des préparateurs dans le cadre de ce projet d'automatisation et d'œuvrer dans une perspective de diversification de leurs tâches, notamment à plus forte valeur ajoutée.

En ce sens, pour certains des informateurs, la conciliation médicamenteuse pouvait constituer une réponse à ces incertitudes quant à leur avenir. L'engouement pour cette activité était trouvé dans la littérature (40), en particulier comme moyen de se détacher d'un travail jugé trop répétitif (47). De même, dans les rares études qualitatives s'intéressant au ressenti des préparateurs concernant la conciliation médicamenteuse (11,48), les préparateurs y voient une opportunité, une perspective d'évolution vers plus de polyvalence et de revalorisation de leurs activités.

Toutefois, la notion de tâches à forte valeur ajoutée doit être discutée. La tentation de se tourner vers des activités de pharmacie clinique ne doit pas occulter l'existence de différents profils et aspirations au sein d'une même équipe. Pour certaines personnes occupant des postes en majorité administratifs ou logistiques, parfois par appétence, les aspects plus cliniques d'une pratique pharmaceutique peuvent ne pas faire sens (11), voire être éloignés de leurs préoccupations. Ce constat peut se retrouver dans d'autres PUI, quelle que soit la fonction. Ceci est tout aussi vrai pour les pharmaciens que pour les préparateurs et doit être pris en compte lors de l'élaboration d'un tel projet.

2. Une nécessité de décloisonnement de la pharmacie

Les informateurs ont exprimé un sentiment de cloisonnement. Ce sentiment naît de l'éloignement géographique traditionnel de la PUI par rapport aux services de soins et de la séparation du circuit du médicament en deux entités, comme présenté dans le dernier rapport en date de l'IGAS sur le circuit hospitalier (49). Les deux entités sont définies par un circuit clinique représenté par la prise en charge médicamenteuse du patient depuis son entrée jusqu'à sa sortie, et par un circuit logistique assuré par la PUI. Ce dernier rejoint le circuit clinique au moment de l'administration du médicament au patient. Ces deux circuits sont donc interconnectés et le déploiement de la pharmacie au sein des services pourrait contribuer à leur rapprochement, notamment par le biais de la pharmacie clinique dont ce même rapport soulève les bénéfices.

Pour un préparateur, l'informatisation a pu contribuer à la raréfaction des échanges entre les services et la pharmacie. Cependant, une étude portant notamment sur la perception qu'ont les préparateurs de l'informatisation du circuit du médicament, a montré qu'ils perçoivent une valorisation de leur travail et une amélioration de la communication avec les services (50). En revanche ils relevaient un manque

d'informations cliniques disponibles à leur niveau qui a également été mentionné par les informateurs.

L'éloignement ressenti par les informateurs se faisait sentir aussi bien vis à vis des soignants que des patients et de leur prise en charge, du fait du caractère administratif et technique de leur profession. Dans leur étude qualitative concernant la dispensation nominative (51), David et al. évoquent ce sentiment d'isolement des préparateurs lié à leur pratique et l'importance de l'ouverture aux services. Leur décroisement doit permettre de participer à la prise en charge optimale des patients et d'être reconnu de manière singulière, par l'apport de leurs compétences propres. Le préparateur qui se voit alors investi d'une tâche valorisante, pourrait plus facilement trouver sa place au sein de la structure hospitalière. De plus, les relations interprofessionnelles, le sentiment d'utilité et la reconnaissance font partie des composantes du sens donné par les personnes vis-à-vis de leur travail. Ce sens détermine l'engagement du professionnel dans l'exercice de ses activités et contribue à son bien-être au travail (52).

La frustration de l'absence de contact avec le patient était principalement exprimée par des personnes ayant une expérience professionnelle ou associative au contact de personnes fragiles ou souffrantes, et donc imprégnés de cette « culture patient ». Ce qui favorisait leur volonté de s'impliquer pour et auprès du patient. De plus, comme exprimé par les informateurs, le préparateur peut constituer un interlocuteur privilégié et singulier pour le patient. Cette notion apparaît dans l'étude de Niederhauser et al (48).

Les préparateurs ont pu témoigner de leur présence dans les services avant même le projet OPTISORT, dans le cadre de la gestion d'armoires. Celle-ci contribuait plutôt selon eux au maintien de la vision des soignants d'une pratique limitée au spectre de la gestion et du contrôle pharmaceutique. Cette vision des professionnels de santé a également été trouvée dans la thèse de E. Musy (53) à l'égard des pharmaciens hospitaliers. Les préparateurs pouvaient ainsi éprouver un sentiment de manque de reconnaissance de la part des équipes soignantes à leur égard (40). Cependant, Roger A. et al. ont pu constater une satisfaction du bloc opératoire lors de l'investissement d'un préparateur dans la gestion et la sécurisation des dispositifs médicaux (54). De la même manière, des études impliquant des préparateurs assumant des rôles essentiellement logistiques au sein des services (55,56) ou par le biais d'une équipe mobile pharmaceutique (57), ont montré une amélioration des

échanges avec les soignants grâce à leur présence effective. Cette satisfaction résultait alors d'une objectivation par les soignants du service rendu par le préparateur dans la sécurisation du circuit du médicament. Il semble donc nécessaire de communiquer au préalable auprès des soignants et de mettre en lumière le bénéfice d'une implication des équipes pharmaceutiques, dans l'intérêt commun porté à la prise en charge du patient. Ce, quel que soit le rôle joué par le préparateur au sein des services.

Une présence accrue dans les services et une intégration dans des activités cliniques permettraient pour les informateurs de modifier leurs relations avec les soignants, de changer le regard porté sur la pharmacie. Ce serait une occasion d'élargir leur champ d'informations cliniques. Suite à la mise en place d'activités de pharmacie clinique incluant les préparateurs en pharmacie, Jennings et al. ont constaté la satisfaction des prescripteurs et leur désir d'une présence plus importante des équipes pharmaceutiques (58). Dans l'étude de Niederhauser et al., les auteurs ont également rapporté la satisfaction des prescripteurs et des infirmières. Ces dernières évoquent un gain de temps, une amélioration de la gestion des piluliers et le sentiment d'un allègement de certaines responsabilités par transfert de tâches. L'amélioration du dialogue entre les services et la pharmacie est effective lorsque les soignants reconnaissent les avantages de cette collaboration : le gain de temps pour les soignants, l'amélioration de la précision des informations ou encore la sécurisation de la prise en charge des patients (31,47,59). D'autre part, Duwez et al. indiquaient qu'une relation permanente et de proximité avec les services de soin constituait un levier pour la participation des préparateurs dans les activités de pharmacie clinique. Ils précisaient que le phénomène s'illustre dans les établissements dits à taille humaine ou encore lors de la création d'antennes pharmaceutiques au cœur des services de soin.

3. Une intégration qui ne va pas de soi : Formation et rôle de l'encadrement

Contrairement à l'étude de Duwez et al. (11), les informateurs n'ont pas tous bénéficié d'une mise en situation lors de la présentation théorique des bases de la conciliation médicamenteuse et du projet de recherche OPTISORT. Toujours sur la base du

volontariat, Il leur a été proposé de suivre les internes ou les 5AHU dans leur activité de conciliation et ce, plusieurs mois avant le démarrage du projet. L'absence de mise en situation ou d'exemples pratiques a pu empêcher un jugement objectif de l'utilité de l'activité et de leur rôle. Leur décision de participer ou non s'est ainsi fondée sur une extrapolation de leur fonction et de leur rapport aux soignants et aux patients. De ce fait, l'idée que les préparateurs se faisaient de leur rôle et de leur position au sein de la conciliation a pu les inciter, autant que les décourager à intégrer le projet. Il semble donc important pour le préparateur de pouvoir faire l'expérience d'une activité totalement nouvelle et par définition inconnue, afin de pouvoir confirmer ou infirmer ses préconçus et se projeter de manière totalement éclairée. Car alors même que la littérature révèle une position des préparateurs plutôt en faveur de leur intégration (11,40,47,48), et malgré les arguments évoqués auparavant motivant cette participation, le projet n'a malheureusement pas su convaincre la majorité de l'équipe.

En premier lieu, la question de la légitimité du préparateur d'un point de vue de la réglementation a été évoquée à de nombreuses reprises. Celle-ci a été étudiée par Duwez et al., s'appuyant sur le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière (60) et la fiche métier préparateur en pharmacie du ministère des Solidarités et de la Santé (61). Selon eux, le bien-fondé d'une place donnée au préparateur dans la pharmacie clinique était pleinement justifié. Le préparateur y était défini comme possédant une connaissance parfaite du médicament, capable alors de donner des informations utiles au patient et son entourage, sans se substituer au personnel médical. A l'étranger, la grande majorité des études s'intéressant à l'impact de la participation du préparateur dans la conciliation médicamenteuse témoignait de son efficacité (18–20,22,24–26,28–30,34,35,38,47,62–65) ou encore de son niveau d'exactitude au moins semblable à celui d'un pharmacien (19,26,63).

Il est difficile de comparer les pratiques internationales en raison des différences de fonctionnement des systèmes de santé, du niveau de formation de leurs acteurs, leur contenu, ainsi que des profils de poste qui peuvent varier d'un pays à l'autre. Toutefois, ces données permettent d'être confiant dans le service rendu par les préparateurs dans ce type d'activité.

S'agissant du modèle français, il est également possible de se référer à l'arrêté du 2 août 2006, relatif à la formation conduisant au diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière et qui précise les conditions de sa délivrance (66). Le contenu de la formation détaillé dans cet arrêté comprend les modules « Pharmacologie et

thérapeutique hospitalières » et « Communication au sein de l'équipe, avec les patients et transmission des informations ». Ces aspects bien que théoriques semblaient pouvoir donner au préparateur les outils et compétences nécessaires pouvant être mis en pratique en pharmacie clinique. Toutefois des informateurs ont remis en cause cette formation initiale qui leur paraissait insuffisante pour envisager leur participation. Duwez et al. ont également relevé l'importance du parcours et de la formation dans le ressenti des préparateurs. Ceux qui avaient suivi une formation en pharmacie clinique estimaient pouvoir exercer un jugement clinique sous la responsabilité du pharmacien. Alors que des préparateurs qui manquaient d'expérience officinale ou dont la formation se limitait au brevet de préparateur, exprimaient pour leur part un sentiment de manque de connaissances qui constituait un frein à leur participation. Ainsi, si la grande majorité estimait avoir les connaissances suffisantes pour pratiquer des activités de pharmacie clinique, ils étaient en demande de consolidation, tout comme l'ont exprimé nos informateurs. Ceci confirme l'importance d'une formation initiale dédiée à la pharmacie clinique et à l'activité entreprise dans ce cadre, ainsi qu'une formation continue, leur donnant les outils pour exercer sereinement leurs fonctions. Il est notamment possible de s'appuyer sur le guide pratique de formation et d'évaluation des préparateurs en pharmacie sur la conciliation médicamenteuse. Ce guide élaboré par les Hôpitaux Universitaires et le Groupe Hospitalier Saint Vincent de Strasbourg, est basé sur la collaboration pharmacien-préparateur (67). Néanmoins, Niederhausbergen et al. insistaient sur le caractère chronophage de l'encadrement des préparateurs pour les pharmaciens. Cette notion tend à contredire la perspective d'une libération de temps pharmacien, espérée afin de permettre l'extension du champ d'action de la pharmacie clinique (48). Nguyen et al. confirmaient également l'importance de la formation des préparateurs en évoquant l'impact financier de la participation des préparateurs (68). Les auteurs démontraient qu'il n'existait pas de différence de coût lorsque la conciliation était réalisée par un pharmacien ou un préparateur, si l'on prenait en compte le temps de supervision du pharmacien qui restait indispensable. Une plus grande autonomie de la part des préparateurs possédant de l'expérience dans ce domaine a par ailleurs été constatée, laissant entrevoir une diminution de ces coûts avec le temps.

L'évolution de la formation initiale des préparateurs face à un tel défi s'avère nécessaire. Elle doit intégrer des modules de formation spécifique à certaines activités de pharmacie clinique telle la conciliation, ou encore les modalités de conduite

d'entretiens thérapeutiques avec les patients. Certains pays comme les Pays Bas intègrent depuis plusieurs années la réalisation du BMO dans la formation initiale de leurs préparateurs (69). En Grande Bretagne, les préparateurs sont inscrits à la General Pharmaceutical Council (GPhC), équivalent de l'Ordre national des pharmaciens, qui a déjà inclus depuis 2017 la réalisation du BMO comme faisant partie des qualifications attendues des préparateurs (70).

Il est à noter par ailleurs que la remise en question par les informateurs de leur légitimité, résultait parfois d'une perception surévaluée de leur champ d'action et de leur niveau d'implication par rapport à ce qui leur était demandé. Une imprécision dans les attributions et les rôles respectifs de chaque intervenant dans la CM a donc pu influencer le choix des préparateurs. Leur formation et leur expérience leur confèrent une certaine expertise du médicament qui leur permet de détecter des erreurs (71). Cette expertise doit être utilisée à bon escient, en leur permettant de débiter ce travail de détection de divergences ou d'erreurs de prescription, qui les stimulera et donnera plus de sens à leur implication. Il est malgré tout important de rappeler que comme dans toute activité pharmaceutique, le préparateur travaille constamment sous la responsabilité et le contrôle effectif du pharmacien (72). L'analyse finale des divergences par l'exercice du jugement clinique revient au pharmacien. Tout comme dans notre étude, Duwez et al. ont pu observer ce défaut de mise en perspective de la pharmacie clinique par les préparateurs comme un frein à leur participation. Ils indiquaient toutefois que la présence effective du pharmacien rassurait les préparateurs.

A l'inverse si leur implication n'est envisagée que du point de vue purement administratif, les préparateurs peuvent avoir le sentiment d'être sous-utilisés ou de jouer un rôle d'intermédiaire comme l'ont montré Niederhaus et al. Dans cette étude, des préparateurs exprimaient leur frustration de ne pouvoir aller au bout de leur démarche en interagissant avec le médecin. Dans le cadre du projet Optisort, la présence du préparateur lors des échanges avec le médecin lors de la CME n'était pas systématique et essentiellement fondée sur le volontariat et leur disponibilité. Nos informateurs pouvaient redouter cette interaction par l'image d'une hiérarchisation des savoirs, ainsi qu'un manque de relationnel fréquent avec les médecins. Il est donc capital de définir précisément les rôles et les responsabilités de chacun et surtout de s'assurer que ceux-ci ont bien été compris. Cela favorise l'instauration d'une

collaboration saine et stimule autant que rassure les intervenants quant à leurs capacités à s'impliquer dans une telle démarche.

Outre le contact avec le médecin, des informateurs étaient réticents au contact avec le patient. Le fait d'envisager des interactions directes avec celui-ci engendrait de surcroît une remise en cause de leur orientation vers la pharmacie hospitalière. La complexité des rapports avec le malade, les doutes quant à leurs capacités de communication voire d'empathie, cristallisaient ainsi leur appréhension quant à la conduite d'entretien avec le patient. Le fait que la conciliation médicamenteuse se déroulait dans un service de gériatrie, qui comportait en majorité des personnes fragiles, polyopathologiques ou encore ayant des difficultés importantes de communication, a pu accentuer cette inquiétude. Cette crainte de « l'environnement patient » auquel ils se sentent insuffisamment préparés est trouvée dans d'autres études, lorsque l'éventualité d'activités déployées au lit du malade était évoquée (48,73). Niederhauser et al. précisaient en outre qu'un interrogatoire réalisé dans un espace dédié conférait un sentiment de meilleur contrôle de la situation. Comme nous l'avons évoqué auparavant, une formation à la conduite d'entretien et plus particulièrement au chevet du patient, doit donc être proposée dans le cadre de l'intégration des préparateurs aux activités de pharmacie clinique. Une telle formation n'a pu être proposée dans le cadre du projet OPTISORT, par manque de temps. Par ailleurs, il s'agira d'être attentif aux capacités de communication et de relations interpersonnelles que requièrent ces activités et que tous ne possèdent pas de manière intrinsèque. Ces aptitudes requises notamment dans le cadre de la réalisation de la conciliation médicamenteuse sont citées dans divers programmes de formation et d'études (18,67,74). Bien qu'une étude déclarait qu'une expérience officinale offrait de meilleures capacités de communication envers les patients (47), Duwez et al. estimaient que le parcours officinal n'était pas corrélé à la volonté d'implication des préparateurs mais qu'il leur permettait de se projeter plus facilement en tant qu'acteurs.

4. Conséquences d'une activité nouvelle sur le quotidien en pharmacie

La conciliation médicamenteuse est une activité qui peut être vécue au quotidien comme chronophage, imprévisible, générant des interruptions de tâches et parfois source de stress (11,48). En cela, une attention particulière doit être apportée à la

répartition des tâches entre préparateurs. Dans leur revue de la littérature sur l'extension du rôle des préparateurs, Irwin et al. recommandaient que le préparateur soit dédié à l'activité (18). Cela ne doit cependant pas se faire au détriment de missions jugées de plus « faible valeur ajoutée ». Les missions doivent donc être réparties de manière équitable, tout en tenant compte des appétences et aspirations de chacun. Cela peut également permettre d'éviter un phénomène de scission dans l'équipe, générateur de tensions.

A ce propos, les tensions préexistantes rapportées par les informateurs entre préparateurs ou entre préparateurs et pharmaciens, ont nécessairement influencé de manière négative leur décision de participation à l'activité. Il semble que le manque de reconnaissance, de sens donné à leur travail ou encore de possibilité d'évolution, aient contribué à l'installation de ces tensions, et *in fine* au désengagement de certains informateurs de ce projet (52). De même, les retours négatifs de préparateurs ayant participé, ont pu contribuer à l'entretien de ce désengagement. Cela montre l'importance de l'organisation d'une communication ouverte concernant les retours d'expérience des intervenants, favorisant les échanges et l'entraide. Ces retours auront d'autant plus de force s'ils sont exprimés par des préparateurs. Ils permettront le cas échéant, d'apporter des mesures correctives qui offriront davantage de chance de rassembler autour de cette nouvelle activité lors d'une éventuelle prochaine expérience.

Conclusion

Les préparateurs du service exprimaient le besoin d'une évolution et d'une revalorisation de leur profession. Ce sentiment était renforcé par le projet d'automatisation amorcé dans l'établissement et sous-entendait la nécessité de perspectives de changements concrets. Face à un tel défi, la pharmacie clinique peut constituer un élément de réponse. Cette étude offre donc une vision globale et authentique de l'ambivalence du ressenti des préparateurs sur leur participation à une telle activité, source d'engouement et d'appréhension.

La pharmacie clinique, en particulier la conciliation médicamenteuse, peut constituer une opportunité pour les préparateurs de redonner du sens à leur quotidien professionnel, d'acquérir de nouvelles compétences tout en s'appuyant sur leurs aptitudes propres. Elle leur permet de travailler de manière complémentaire et étroite avec les services et de se reconnecter avec les patients. L'implication des préparateurs dans l'optimisation et la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients serait alors mise en valeur.

Ces activités sont toutefois encore méconnues des préparateurs et impliquent leur confrontation avec un environnement non maîtrisé. Cette double inconnue nécessite donc un encadrement attentif de la part des pharmaciens. Ces derniers doivent avant tout susciter l'intérêt des préparateurs et garantir une formation rigoureuse aussi bien théorique que pratique. Les préparateurs peuvent alors prendre conscience de leur plus-value dans cette activité, ce qui peut aider à susciter leur intérêt. Les rôles et attributions de chaque acteur de la conciliation médicamenteuse doivent être clairement définis. Une telle formation et un accompagnement soutenu doivent permettre aux préparateurs de se sentir légitimes et confiants dans leur collaboration avec les pharmaciens et les services de soins.

La participation des préparateurs à la pharmacie clinique est rare en France mais tend néanmoins à s'accroître. Dans cette perspective et face à la diversité des activités qu'offre cette discipline, l'intégration d'une formation spécifique dans le cursus des préparateurs semble indispensable.

Il paraît également important de favoriser le volontariat et d'identifier les profils et sensibilités de chacun. Cela favorise un plein engagement et un maintien d'une cohésion d'équipe, indispensables à la conduite et à la pérennisation de l'intégration

des préparateurs dans ces activités. Cette idée d'aspirations professionnelles individuelles s'applique également aux pharmaciens, face à leur implication croissante dans le développement de la pharmacie clinique. Aussi, il serait intéressant d'explorer de la même manière le ressenti des pharmaciens concernant l'avenir de leur profession associé à l'essor de ces activités.

Bibliographie

1. Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur | Legifrance [Internet]. [cité 12 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/ordonnance/2016/12/15/2016-1729/jo/texte>
2. Décret n° 2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux pharmacies à usage intérieur. 2019-489 mai 21, 2019.
3. Rapport d'expérimentation sur la mise en oeuvre de.pdf [Internet]. [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-11/rapport_dexpermentation_sur_la_mise_en_oeuvre_conciliation_des_traitements_medicamenteux_ar_9_es.pdf
4. guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf [Internet]. [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf
5. Bénard-Larivière A, Miremont-Salamé G, Pérault-Pochat M-C, Noize P, Haramburu F, the EMIR Study Group on behalf of the French network of pharmacovigilance centres. Incidence of hospital admissions due to adverse drug reactions in France: the EMIR study. *Fundam Clin Pharmacol*. févr 2015;29(1):106-11.
6. Gleason KM, McDaniel MR, Feinglass J, Baker DW, Lindquist L, Liss D, et al. Results of the Medications At Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) Study: An Analysis of Medication Reconciliation Errors and Risk Factors at Hospital Admission. *J GEN INTERN MED*. mai 2010;25(5):441-7.
7. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. 2ème édition. De Boeck; 2014. 152 p.
8. Kauffman JC. L'entretien compréhensif. 4e édition. Armand Colin; 2011. 128 p.
9. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 16 sept 2007;19(6):349-57.
10. La pharmacie clinique, état des lieux et perspectives d'une discipline en développement. Décembre 2018. [Internet]. [cité 21 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/429903/2024829/version/11/file/Cahier+th%C3%A9matique+13+-+Pharmacie+clinique.pdf>
11. Duwez M, Valette A, Foroni L, Allenet B. Implication du préparateur en pharmacie hospitalière dans le déploiement de la conciliation des traitements médicamenteux en France : représentations et engagement des préparateurs. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. 1 mars 2019;77(2):168-77.
12. Dalil S, Boujandir F, Chansiaux DC. Journée Nationales de Formation ANPPH 2019. Conciliation médicamenteuse : Rôle du PPH au plus près du patient. :1.
13. Maurer C, Walther J, Roy S, Quoirin E, Gayol P, Bilbault P, et al. Conciliation médicamenteuse en unité d'hébergement de courte durée : état des lieux pour une meilleure priorisation des patients. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. 1 juin 2020;55(2):117-26.
14. Flatres A, Hamonou S, Baudon-Lecame M, Bergot E. Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique pour les patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire dans un service de pneumologie. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. 1 juill 2018;53(3):231-40.
15. Rolland S, Genevee T, Ferry I, Lafay M, Seara C, Escalup L. Journées Nationales de Formation ANPPH 2019 L'éducation thérapeutique du patient (ETP) : Place du préparateur en pharmacie hospitalière. :1.

16. Distani L. Journées Nationales de Formation ANPPH 2019. Quand le binôme PPH/Pharmacien devient plus fort. :1.
17. Eynard M, Courtin C, Fortin C, Greder-Belan A, Samdjeje F. Éducation thérapeutique du patient : et si c'était un préparateur en pharmacie ? *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. 1 mars 2019;54(1):94-5.
18. Irwin AN, Ham Y, Gerrity TM. Expanded Roles for Pharmacy Technicians in the Medication Reconciliation Process: A Qualitative Review. *Hosp Pharm*. janv 2017;52(1):44-53.
19. Snoswell CL. A meta-analysis of pharmacists and pharmacy technicians' accuracy checking proficiency. *Res Social Adm Pharm*. juin 2020;16(6):760-5.
20. Choi YJ, Kim H. Effect of pharmacy-led medication reconciliation in emergency departments: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Pharm Ther*. déc 2019;44(6):932-45.
21. Gernant SA, Nguyen M-O, Siddiqui S, Schneller M. Use of pharmacy technicians in elements of medication therapy management delivery: A systematic review. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 1 oct 2018;14(10):883-90.
22. Nguyen JTV, Ziser KED, Penm J, Schneider CR. Impact of a pharmacy technician on clinical pharmacy services in an Australian hospital. *Int J Clin Pharm*. avr 2019;41(2):445-51.
23. Cater SW, Luzum M, Serra AE, Arasaratnam MH, Travers D, Martin IBK, et al. A prospective cohort study of medication reconciliation using pharmacy technicians in the emergency department to reduce medication errors among admitted patients. *J Emerg Med*. févr 2015;48(2):230-8.
24. Jobin J, Irwin AN, Pimentel J, Tanner MC. Accuracy of medication histories collected by pharmacy technicians during hospital admission. *Res Social Adm Pharm*. juill 2018;14(7):695-9.
25. Kraus SK, Sen S, Murphy M, Pontiggia L. Impact of a pharmacy technician-centered medication reconciliation program on medication discrepancies and implementation of recommendations. *Pharm Pract (Granada)*. juin 2017;15(2):901.
26. Johnston R, Saulnier L, Gould O. Best Possible Medication History in the Emergency Department: Comparing Pharmacy Technicians and Pharmacists. *CJHP [Internet]*. 6 oct 2010 [cité 21 juin 2020];63(5). Disponible sur: <http://www.cjhp-online.ca/index.php/cjhp/article/view/947>
27. Kothari M, Maidment I, Lyon R, Haygarth L. Medicines reconciliation in comparison with NICE guidelines across secondary care mental health organisations. *Int J Clin Pharm*. avr 2016;38(2):289-95.
28. Brownlie K, Schneider C, Culliford R, Fox C, Boukouvalas A, Willan C, et al. Medication reconciliation by a pharmacy technician in a mental health assessment unit. *Int J Clin Pharm*. avr 2014;36(2):303-9.
29. Pevnick JM, Nguyen C, Jackevicius CA, Palmer KA, Shane R, Cook-Wiens G, et al. Improving admission medication reconciliation with pharmacists or pharmacy technicians in the emergency department: a randomised controlled trial. *BMJ Qual Saf*. juill 2018;27(7):512-20.
30. Sadasivaiah S, Smith DE, Goldman S, Ratanawongsa N. Improving best possible medication history with vulnerable patients at an urban safety net academic hospital using pharmacy technicians. *BMJ Open Qual*. oct 2017;6(2):e000102.
31. Buck TC, Gronkjaer LS, Duckert M-L, Rosholm J-U, Aagaard L. Medication reconciliation and prescribing reviews by pharmacy technicians in a geriatric ward. *J Res Pharm Pract*. oct 2013;2(4):145-50.
32. Bailey JE, Surbhi S, Bell PC, Jones AM, Rashed S, Ugwueke MO. SafeMed: Using pharmacy technicians in a novel role as community health workers to improve transitions of care. *J Am Pharm Assoc (2003)*. janv 2016;56(1):73-81.

33. Bemt PMVD, Broek SVD, Nunen AKV, Harbers JB, Lenderink AW. Medication Reconciliation Performed by Pharmacy Technicians at the Time of Preoperative Screening. *Ann Pharmacother.* mai 2009;43(5):868-74.
34. Cooper JB, Lilliston M, Brooks D, Swords B. Experience with a pharmacy technician medication history program. *Am J Health Syst Pharm.* 15 sept 2014;71(18):1567-74.
35. Rubin EC, Pisupati R, Nerenberg SF. Utilization of Pharmacy Technicians to Increase the Accuracy of Patient Medication Histories Obtained in the Emergency Department. *Hosp Pharm.* mai 2016;51(5):396-404.
36. Banks VL, Barras M, Snoswell CL. Economic benefits of pharmacy technicians practicing at advanced scope: A systematic review. *Res Social Adm Pharm.* 18 janv 2020;
37. Codd C, Martinusen D, Cardone KE, Cho K, Pai AB. Preparing for implementation of a medication reconciliation measure for dialysis: Expanding the role of pharmacy technicians. *Am J Health Syst Pharm.* 19 2020;77(11):892-6.
38. Champion HM, Loosen JA, Kennelty KA. Pharmacy Students and Pharmacy Technicians in Medication Reconciliation: A Review of the Current Literature. *J Pharm Pract.* avr 2019;32(2):207-18.
39. Boughen M, Sutton J, Fenn T, Wright D. Defining the Role of the Pharmacy Technician and Identifying Their Future Role in Medicines Optimisation. *Pharmacy.* 15 juill 2017;5(4):40.
40. Roland C, Guérin A, Vaconsin P, Bussièrès J-F. Préparateurs en pharmacie hospitalière en France et au Québec : étude comparative de la formation et de l'activité. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien.* sept 2017;52(3):237-49.
41. Bartakova M. Mise en place et évaluation d'une automatisation de l'activité de distribution des médicaments aux unités de soins à la pharmacie du CHU de Grenoble. Thèse d'exercice. juin 2007;123.
42. Raingeard E, Fréville J-C, Grimandi G, Truchaud A. Intérêt de l'automatisation de la distribution du médicament – méthode de comparaison des technologies disponibles sur le marché français. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien.* 1 juin 2012;47(2):91-105.
43. Taton A. La dispensation journalière individuelle nominative automatisée : Bilan après 3 ans d'utilisation de l'automate Acced 220 d'ECO-DEX à l'hôpital Européen. Thèse d'exercice. 2017;140.
44. Martinez L, Jacob A, Charlier L, Iskra F, Biardeau G, Guillien S, et al. Dispensation individuelle nominative (DIN) manuelle vs DIN automatisée dans un service de long séjour (LS) : quelle efficacité ? *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien.* 1 déc 2016;51(4):357.
45. Noël M, Chéreau J, Rognon A, Metz V, Serradeil B, Coquet E. Automatisation de la dispensation nominative : un gain de temps ? *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien.* 1 sept 2015;50(3):331-2.
46. Veyrier M, Nicolas L, Cavagna P, Vignes ML, Karczewski C, Kubiak L, et al. Intégration d'un automate de dispensation nominative au sein d'une pharmacie à usage intérieure : analyse prospective de processus et mise en place de mesures correctives. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien.* 1 juin 2019;54(2):145-55.
47. Sen S, Siemianowski L, Murphy M, Mcallister SC. Implementation of a pharmacy technician-centered medication reconciliation program at an urban teaching medical center. *American Journal of Health-System Pharmacy.* 1 janv 2014;71(1):51-6.
48. Niederhauser A, Zimmermann C, Fishman L, Schwappach DLB. Implications of involving pharmacy technicians in obtaining a best possible medication history from the perspectives of pharmaceutical, medical and nursing staff: a qualitative study. *BMJ Open.* mai 2018;8(5):e020566.
49. Inspection Générale des Affaires Sociales. Le circuit du médicament à l'hôpital. 2011 nov p. 113.

50. Bernard E, Sambarino A, Schmidlin S, Chauvet C, Aubrespy G. Informatisation du circuit du médicament : comment accompagner l'équipe des préparateurs dans le changement de pratiques ? *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. févr 2012;47:S75.
51. David P-M, Maire P. Changements « portés par la base » : les préparateurs dans les unités de soins ; perspectives sociologiques sur le travail hospitalier. *Le Pharmacien Hospitalier*. mars 2011;46(1):36-41.
52. Morin EM, Aranha F, Vargas FG, IRSST (Québec). Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel: rapport. Montréal: IRSST, Direction des communications; 2008.
53. Musy E. Point de vue des professionnels de santé sur les éléments déterminant l'absence des pharmaciens des programmes d'Education Thérapeutique du Patient au CHU de Lille : une recherche qualitative à partir d'entretiens individuels semi-structurés [Thèse d'exercice]. 2018.
54. Roger A, Gourgouillon D, Egot M, Macrez D, Staquet C, Vella I, et al. Préparateur (PPH) dédié au bloc opératoire : impact relationnel et économique pour la gestion et la sécurisation du circuit des dispositifs médicaux. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. déc 2014;49(4):316.
55. Magdinier C, Malet L, Perichou J, Leboucher Gilles. Gestion des produits pharmaceutiques en unités de soin par un préparateur en pharmacie hospitalière. Évaluation du ressenti du personnel paramédical après un an de collaboration. *Techniques hospitalières*. avr 2014;(741):7.
56. Langham JM, Boggs KS. The effect of a ward-based pharmacy technician service [Internet]. *Pharmaceutical Journal*. 2000 [cité 2 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.pharmaceutical-journal.com/the-effect-of-a-ward-based-pharmacy-technician-service/20001982.article>
57. Lazaro P, Sury-Lestage S, Princet I, Beuzit K, Faucher-Grassin J, Dupuis A. Partage d'expérience : les équipes pharmaceutiques mobiles à l'hôpital, un concept qui fait ses preuves ! *Annales Pharmaceutiques Françaises*. sept 2013;71(5):364-8.
58. Jennings P, Lotito A, Baysson H, Pineau-Blondel E, Berlioz J. La pharmacie clinique en milieu hospitalier : une enquête de satisfaction auprès des prescripteurs. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. mars 2017;75(2):144-51.
59. Patel S, Mathis AS, Costello J, Ghin HL, Fahim G. Satisfaction With Medication Reconciliation Completed by Pharmacy Technicians in an Emergency Department. *P T*. juill 2018;43(7):423-8.
60. Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière : Préparateur(trice) en pharmacie hospitalière (PPH) [Internet]. [cité 20 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=15>
61. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Préparateur en pharmacie [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. [cité 20 juin 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/preparateur-en-pharmacie>
62. Smith SB, Mango MD. Pharmacy-based medication reconciliation program utilizing pharmacists and technicians: a process improvement initiative. *Hosp Pharm*. févr 2013;48(2):112-9.
63. Hart C, Price C, Graziose G, Grey J. A program using pharmacy technicians to collect medication histories in the emergency department. *P T*. janv 2015;40(1):56-61.
64. Michels RD, Meisel SB. Program using pharmacy technicians to obtain medication histories. *Am J Health Syst Pharm*. 1 oct 2003;60(19):1982-6.
65. Gardella JE, Cardwell TB, Nnadi M. Improving medication safety with accurate preadmission medication lists and postdischarge education. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. oct 2012;38(10):452-8.

66. Arrêté du 2 août 2006 relatif à la formation conduisant au diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière | Legifrance [Internet]. [cité 26 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000788207>
67. CONCIMED Guide pratique pour développer en établissement de santé la conciliation médicamenteuse associant pharmacien et préparateur en pharmacie. [Internet]. 2015 [cité 20 juin 2020]. Disponible sur: https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-10/Guide_pratique_concimed.pdf
68. Nguyen CB, Shane R, Bell DS, Cook-Wiens G, Pevnick JM. A Time and Motion Study of Pharmacists and Pharmacy Technicians Obtaining Admission Medication Histories. *J Hosp Med.* mars 2017;12(3):180-3.
69. van den Bemt PMLA, van der Schrieck-de Loos EM, van der Linden C, Theeuwes AMLJ, Pol AG, Dutch CBO WHO High 5s Study Group. Effect of medication reconciliation on unintentional medication discrepancies in acute hospital admissions of elderly adults: a multicenter study. *J Am Geriatr Soc.* août 2013;61(8):1262-8.
70. Standards for the initial education and training of pharmacy technicians. General Pharmaceutical Council. [Internet]. 2017 [cité 28 juin 2020]. Disponible sur: https://www.pharmacyregulation.org/sites/default/files/standards_for_the_initial_education_and_training_of_pharmacy_technicians_october_2017.pdf
71. Dambrine M, Gallet F, Caudron J, Joubioux AL, Frimat B. Problèmes détectés sur les prescriptions par les préparateurs en pharmacie hospitalières présents dans les services de soins : Quel impact ? [Internet]. Congrès Hopipharm 2016. [cité 20 juin 2020]. Disponible sur: https://www.synprefh.org/files/file/espace-congres/hopipharm/hopipharm2016_pdf_poster/hopi2016_poster-170.pdf
72. Code de la santé publique - Article L4241-1. Code de la santé publique.
73. Paillet M, Simon L, Lefeuvre L, Grippi R, Cannonge B, Bohand X. Perception de la dispensation journalière individuelle nominative par les préparateurs en pharmacie. *Actualités Pharmaceutiques Hospitalières.* 1 nov 2008;4(16):42-5.
74. Davidson TR, Hobbins MA, Blubaugh CM. Development and Implementation of a Pharmacy Technician Medication History Program. *J Pharm Pract.* 3 oct 2019;897190019878565.

Annexes

Annexe 1: Lettre d'information



PHARMA-PREP ENTRETIENS AVEC LES PREPARATEURS EN PHARMACIE NOTE D'INFORMATION

Numéro de protocole : CIER-2019-31
Responsable de Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille
traitement de données: Hôpital Saint Philibert - M. Laurent DELABY, Directeur Général ; delaby.laurent@ghicl.net
Responsable de la mise en œuvre Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille
du traitement de données: Hôpital Saint Philibert - Antoine LEFEBVRE, pharmacien, lefebvre.antoine@ghicl.net
Cette étude est réalisée dans le cadre de la thèse de pharmacie de Mr Matthieu RAOULT

Madame, Monsieur,

Le GHICL vous propose de participer à une étude portant sur la participation des préparateurs en pharmacie à une activité de pharmacie clinique. Cette lettre d'information a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser : lisez-la attentivement, vous disposerez ensuite d'un délai de réflexion avant de donner votre réponse.

OBJECTIF DE LA RECHERCHE

L'objectif de cette étude est de recueillir et analyser le ressenti des préparateurs en pharmacie de l'hôpital Saint-Philibert suite à la mise en place d'une activité de pharmacie clinique (conciliation médicamenteuse) réalisée dans le cadre de l'étude OPTISORT d'octobre 2018 à janvier 2019.

DEROULEMENT DE LA RECHERCHE

Si vous acceptez de contribuer à cette étude, vous participerez à un entretien en face à face avec Mr Matthieu RAOULT, dans un espace calme, garantissant la confidentialité des échanges. Vous serez libre d'y mettre un terme à tout moment.

CONDITIONS DE PARTICIPATION

Pour pouvoir participer à la recherche, vous devez être un préparateur en pharmacie du GHICL et avoir bénéficié de la présentation du projet OPTISORT. Vous n'êtes pas obligé d'avoir participé activement à OPTISORT pour participer à cette étude.

DECISION DE PARTICIPER A LA RECHERCHE

Votre participation est volontaire : vous avez le droit de refuser de participer à cette recherche ou de la quitter à tout moment sans avoir à vous justifier.

Votre participation à la recherche sera sans frais, ni indemnité. Vous n'aurez aucun bénéfice direct en participant à cette étude.

CONFIDENTIALITE ET PROTECTION DES PARTICIPANTS

➤ Recueil et utilisation des données

Si vous participez à cette étude, un traitement de vos données personnelles sera mis en œuvre pour permettre la conduite de l'étude et l'analyse des résultats de la recherche.

Seules les données nécessaires à l'étude seront collectées au cours d'entretiens individuels : ces entretiens seront enregistrés au moyen d'un dictaphone, et retranscrits par la suite dans leur intégralité sur un document Word. Les données ainsi recueillies seront utilisées conformément à votre accord de participation ainsi qu'aux lois et à la réglementation en vigueur. Elles pourront également être utilisées dans des publications relatives à l'étude. Ces données seront accessibles par le responsable de traitement ainsi que par les autorités sanitaires habilitées pour vérifier la bonne conduite de l'étude, ou par toute autre personne requise par la loi. **Votre identité n'apparaîtra pas** : elle sera codée (par un numéro, sans votre nom, ni prénom, ni initiales), de l'enregistrement à la retranscription. Seule la personne réalisant l'entretien pourra faire le lien entre vos données codées et vous.

La durée de conservation des données

Les enregistrements seront supprimés Le lendemain de la soutenance de la thèse

Les documents Word pourront être conservés jusqu'à deux ans après publication des résultats de la recherche puis archivés pour une période de maximum 20 ans après la fin de la recherche conformément à la réglementation applicable.

RESULTATS DE LA RECHERCHE

Une fois la recherche terminée, les données collectées seront traitées et analysées par du personnel qualifié pour cette tâche. La confidentialité des données sera respectée. A l'issue de la recherche, si vous le souhaitez, vous pourrez également être informé des résultats globaux de l'étude lorsque ceux-ci seront disponibles en vous adressant au responsable de la mise en œuvre du traitement de données.

CONTACT POUR PLUS D'INFORMATIONS

Si vous avez une question quelconque concernant cette étude, ou si vous souhaitez vous opposer à l'utilisation de vos données, n'hésitez pas à vous adresser au Dr Antoine Lefebvre (responsable de la mise en œuvre du traitement de données) ou à Mr Matthieu RAOULT.

➤ Vos droits concernant vos données

En application du Règlement Général sur la Protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016 et de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 Informatique et Libertés modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 et son décret d'application n°2018-687 en date du 1^{er} aout 2018, vous disposez :

- d'un droit d'accès
- de rectification de vos données personnelles (vous pouvez demander de vous les faire communiquer, ou qu'elles soient rectifiées ou complétées)
- du droit de vous opposer à tout moment au traitement de ces données
- du droit de demander la limitation du traitement (dans certains cas)
- du droit de demander leur effacement.

Il faut entendre par droit d'opposition, le droit dont vous disposez d'une part de retirer votre consentement initialement donné pour la récolte et le traitement de vos données et, d'autre part, le droit de vous opposer à ce que les données déjà récoltées soient exploitées.

Vous disposez également d'un droit à la portabilité de vos données (c'est-à-dire que vous pouvez demander à récupérer vos données afin qu'elles soient transmises à un autre responsable de traitement).

Vous pouvez accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à toute donnée de l'étude vous concernant en application des dispositions L.1111-7 du Code la Santé Publique. Cependant, certaines de ces informations pourraient n'être disponibles qu'en fin d'étude.

Vos droits concernant vos données s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de cette étude. Vous pouvez en discuter avec lui. Vous pouvez également contacter le représentant du Délégué à la Protection des Données (DPO) recherche du responsable de traitement à l'adresse suivante : correspondant.recherche@ghicl.net.

Le protocole de recherche est conforme à la méthodologie de référence MR 004 édictée par la CNIL concernant le traitement des données. Si vous avez des questions concernant l'étude ou vos droits, vous pouvez contacter la DRCI

Annexe 2 : Consentement de droit à l'enregistrement



**PHARMA-PREP
ENTRETIENS AVEC LES PREPARATEURS EN PHARMACIE
NOTE D'INFORMATION**

Numéro de protocole : CIER-2019-31
Responsable de Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille
traitement de données: Hôpital Saint Philibert - M. Laurent DELABY, Directeur Général ; delaby.laurent@ghicl.net
Responsable de la mise en œuvre Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille
du traitement de données: Hôpital Saint Philibert - Antoine LEFEBVRE, pharmacien, lefebvre.antoine@ghicl.net
Cette étude est réalisée dans le cadre de la thèse de pharmacie de Mr Matthieu RAOULT

Madame, Monsieur,

Vous avez accepté de participer à une étude intitulée PREP-PHARMA, portant sur la participation des préparateurs en pharmacie à une activité de pharmacie clinique.

Pour la réalisation de celle-ci, un entretien est requis. Il sera dirigé par Mr Matthieu RAOULT et fera l'objet d'un enregistrement audio afin d'assurer une analyse complète de vos données.

L'enregistrement se fera sur un dictaphone. Il sera entièrement retranscrit, de manière anonyme, sur un support informatique. L'enregistrement ainsi que la retranscription seront conservés dans un environnement sécurisé et vous pouvez demander à les consulter jusqu'à la publication des résultats de l'étude. Les enregistrements audio seront ensuite détruits, les retranscriptions archivées.

Votre participation se fera conformément à la législation relative au respect de votre vie privée et de votre droit à la voix. Toute autre exploitation ou utilisation de votre voix ou de tout attribut de votre personnalité devra faire l'objet d'un nouvel accord.

Au cours de l'étude vous pouvez revenir à tout moment sur ce consentement.

Si vous avez une question quelconque concernant cette recherche ou l'enregistrement et la conservation de vos données, n'hésitez pas à vous adresser à

*Délégué à la Protection des Données Recherche - Hôpital St Philibert –
Délégation à la recherche clinique et à l'innovation – correspondant.recherche@ghicl.net
115 rue du Grand But – BP 249 - 59462 LOMME cedex*

Je, soussigné(e), Mr/Mme _____, né(e) le __/__/_____

- consens à l'enregistrement audio et à la retranscription anonyme des données
 refuse à l'enregistrement audio et à la retranscription anonyme des données

Fait à
Le,

Signature

Fait en deux exemplaires.

Annexe 3 : Guide pour l'entretien n°1

La pharmacie clinique ça t'évoque quoi ?

Préciser si notions manquantes, redéfinir le cadre de la pharmacie clinique avec eux

Qu'est-ce que tu as pensé lors de la présentation du projet OPTISORT ?

Tu te sentais capable d'y participer ?

Avant que le projet débute, comment tu envisageais tes rapports avec les soignants ? Avec les patients ? Avec tes collègues ? Avec les pharmaciens ?

Comment ça s'est passé finalement au quotidien ?

Comment tu vois ton métier dans l'avenir ? *De manière générale et par rapport à cette expérience*

Annexe 4 : Guide pour l'entretien n°8

La pharmacie clinique ça t'évoque quoi ?

Préciser si notions manquantes, redéfinir le cadre de la pharmacie clinique avec eux

Qu'est-ce que tu as pensé lors de la présentation du projet OPTISORT ? *Explorer le rapport à la nouveauté, attrayant ou source d'inquiétudes.*

Tu te sentais capable d'y participer ? Pourquoi ?

Est-ce que tu peux me donner ta vision de la conciliation ? *Cerner l'intérêt perçu ou non par l'interviewé (personnel et global)*

C'était quoi ton rapport à cette activité avant qu'on vous en parle et qu'on veuille vous intégrer ?

Et la place du préparateur là-dedans ?

Comment tu voyais son/ton rôle ?

Selon toi qu'est-ce que le préparateur peut apporter de plus que les autres dans la conciliation ? Ou à l'inverse lui manque-t-il des choses ?

Toi tu te sentais à ta place dans la conciliation ? Quels sont d'un point de vue plus personnel tes atouts dans ce type d'activité ? Ou tes faiblesses ? *(communication, expérience, formation, intégration)*

Pourquoi a-t-on demandé aux préparateurs d'y participer d'après toi ? Ça te semblait justifié ?

Comment tu voyais ton investissement dans cette activité ? *Vain ou motivé*

Participation au projet :

Avais-tu des attentes particulières ? L'activité a-t-elle répondu à tes attentes ?

Tu avais des appréhensions quant au fait d'aller dans le service ? *Se retrouver seul, difficultés à trouver le bon interlocuteur*

Tu t'y sentais à ta place ? Quelles difficultés as-tu rencontrées ?

Comment vois-tu les rapports de la pharmacie avec les services ? Est-ce que pour toi ce genre d'activité change quelque chose à ce niveau ?

Avant que le projet débute, comment tu envisageais tes rapports :

- Avec les médecins ?
- Avec les infirmières ?
- Avec les patients ? *Explorer le malaise ressenti ou à l'inverse l'opportunité de s'en rapprocher et ses bénéfices*
- Avec tes collègues ?
- Avec les pharmaciens ?

Comment ça s'est passé finalement (*pour chaque cas*) ?

Qu'est-ce que tu as pensé de l'encadrement ? *Formation, soutien, écoute, confiance, outils, responsabilité*

Comment te sentais-tu vis-à-vis de tes collègues ? En particulier ceux qui n'ont pas participé, quel regard penses-tu qu'ils portaient sur toi ? Qu'est-ce que tu as pensé du fait qu'ils ne voulaient pas participer ?

As-tu discuté de ton expérience avec eux ?

Que t'a inspiré cette expérience ?

Non participation au projet :

Qu'est-ce que tu ressentais vis-à-vis de l'éventualité de devoir aller plus souvent dans le service ?

Comment tu vois les rapports de la pharmacie avec les services ? Est-ce que pour toi ce genre d'activité change quelque chose à ce niveau ?

Quel rapport tu as

- Avec les médecins ?
- Avec les infirmières ?
- Avec les patients ?
- Avec tes collègues ?
- Avec les pharmaciens ?

Est-ce que ces rapports ont conditionné ton choix de ne pas participer (*pour chaque cas*) ?

Le projet a-t-il modifié ces rapports ?

Ton choix s'est-il confirmé pendant le projet ?

As-tu eu des retours des participants ? Explorer le caractère nouveau de l'intégration des préparateurs : source d'incertitudes ? Besoin d'un retour d'expérience et/ou d'une éventuelle adaptation de l'activité suite à l'expérience ?

Comment tu percevais l'activité de conciliation de tes collègues ?

Dans les 2 cas :

D'après toi comment les services perçoivent la pharmacie ? Le préparateur ?

Est-ce que tu peux me parler de l'ambiance dans la pharmacie à ce moment-là ?
Influence sur le projet

Si non abordé, évoquer le fait que certaines personnes trouvaient que la conduite de ce projet bénéficierait avant tout au pharmacien et demander ce que la personne en pense.

De manière générale, comment ça s'est passé par rapport à l'idée que tu t'en faisais ?

Que penses-tu de l'idée qu'en l'intégrant à la pharmacie clinique, le préparateur hospitalier se rapprocherait peut-être un peu plus sous certains aspects du préparateur d'officine ?

Ce type d'activité est-il en accord avec ton choix professionnel ? *Métier de préparateur, hôpital versus officine*

Si on te faisait la même proposition aujourd'hui d'y participer, qu'est-ce que tu dirais ?

Comment tu vois ton métier actuellement ? Et dans l'avenir ? *De façon globale et par rapport à cette expérience. Explorer le sens du métier, les tâches actuelles et à venir, l'automatisation, la présence dans les services, la pharmacie clinique.*

Annexe 5 : Accord du comité d'éthique de la recherche du GHICL



Délégation à la
Recherche Clinique
et à l'Innovation

COMITE INTERNE D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE

Présidente : Dr Elisabeth BAUMELOU-TORCK

| | | | |
|--------------|-----------------------|---------------------|--------------|
| Date du CIER | Jeu 19 septembre 2019 | Référence du projet | CIER-2019-31 |
|--------------|-----------------------|---------------------|--------------|

| | |
|----------------|---|
| Type de projet | Projet de Recherche N'impliquant pas la Personne Humaine (RNIPH) Etude qualitative, prospective, monocentrique, de type 4a |
|----------------|---|

| | |
|--|---|
| Titre du projet | PHARMA-PREP Entretiens avec les préparateurs en pharmacie |
| Responsable du traitement de données : | GHICL |
| Responsable de la mise en œuvre du traitement de données : | Dr Antoine LEFEBVRE |
| Interne préparant sa thèse : | M. Matthieu RAOULT |
| Lieux de l'étude : | GHICL |

| | | | |
|------------------------------|-------------------------|-------------|-------------|
| Demande d'avis concernant un | Projet initial | | |
| Dans le cadre d'une | Première soumission | | |
| Objectif | Thèse | | |
| Documents examinés | Protocole | Version 1.0 | 19/09//2019 |
| | Notice d'information | Version 1.0 | 19/09//2019 |
| | Formulaire d'opposition | Version 1.0 | 19/09//2019 |
| | Questionnaire | Version 1.0 | 19/09//2019 |

| | |
|--------------------------|--|
| Avis du CIER | Favorable |
| Commentaires, discussion | En présence de Dr Antoine LEFEBVRE La discussion porte sur l'intérêt ++ et sur l'évolution des métiers. |

| Ont participé à la délibération | Membres du CIER | Titulaires | Suppléants |
|---------------------------------|---------------------------|----------------------------------|---|
| | Expert médical qualifié | Dr Elisabeth BAUMELOU-TORCK | Pr Pierre GOSSET - Excusé |
| | Représentant de la DRCl | Domitille TRISTRAM | Dr Amélie LANSIAUX - Excusée |
| | Représentant CEM | Jean-Philippe COBBAUT- Excusé | Alain LOUTE |
| | Représentant des usagers | Gilbert PETOUX | -- |
| | Membre DIM et KASHMIR | Dr Marysa GERMAIN - Excusée | Louis ROUSSELET Amélie JOUSSET - Excusée |
| | Membre CME | Dr Emmanuel BARTAIRE | Dr Charles CHARANI - Excusé |
| | Membre CRD2M | Dr Marion LEVECQ - Excusée | -- |
| | Juriste | Flavie MAES Excusée | -- |
| | Biostatisticien | Laurène NORBERCIAK | Dr Thomas DEVELTER - Excusé |
| | Sage-Femme | Romain DEMAILLY - Excusé | Isabelle VAAST |
| | Psychologue | Cédric ROUTIER - Excusé | Marie BUTTITTA |
| | Chargé d'études cliniques | Yvette VENDEL - Excusée | -- |

A Lomme, le 19/09/2019

Rédaction : Domitille TRISTRAM

Annexe 6 : Déclaration CNIL

CNIL

3 Place de Fontenoy - 75334 PARIS Cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

RÉCÉPISSÉ

**DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À
UNE MÉTHODOLOGIE DE
RÉFÉRENCE**

Numéro de déclaration

2205968 v 0

du 30 août 2018

Madame DEMILLY MAGALI
GCS GROUPEMENT DES HOPITAUX DE
L'INSTITUT CATHOLIQUE DE LILLE
DELEGATION A LA RECHERCHE CLINIQUE ET A
L'INNOVATION (DRCI)
115 RUE DU GRAND BUT BP 249
59462 LOMME CEDEX

À LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Organisme déclarant

Nom : GCS GROUPEMENT DES HOPITAUX DE L'INSTITUT
CATHOLIQUE DE LILLE

Service : DELEGATION A LA RECHERCHE CLINIQUE ET A
L'INNOVATION (DRCI)

Adresse : 115 RUE DU GRAND BUT BP249

Code postal : 59462

Ville : LOMME CEDEX

N° SIREN ou SIRET :
753108950 00019

Code NAF ou APE :
8610Z

Tél. : 0320225269

Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : MR4 - Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Oui

Fait à Paris, le 30 août 2018
Par délégation de la commission



Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

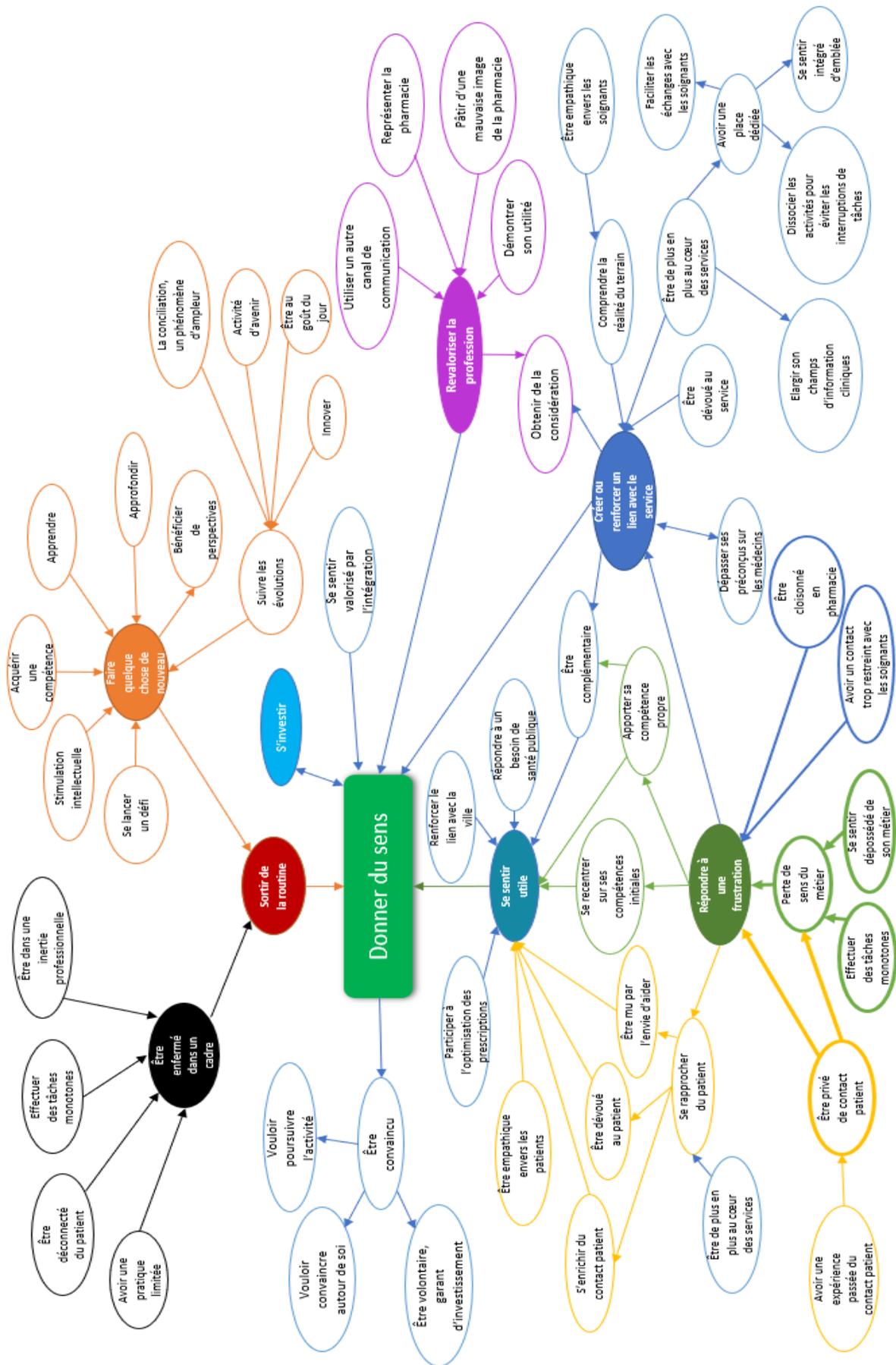
Annexe 7 : Critères COREQ

| N° | Item | Question | Réponse |
|--|--|--|--|
| Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion | | | |
| Caractéristiques personnelles | | | |
| 1 | Enquêteur/animateur | Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? | Matthieu Raoult, auteur de la thèse |
| 2 | Titres académiques | Quels étaient les titres académiques du chercheur ? | Interne en pharmacie hospitalière ayant réalisé 7 semestres d'internat |
| 3 | Activité | Quelle était leur activité au moment de l'étude ? | Interne en pharmacie |
| 4 | Genre | Le chercheur était-il un homme ou une femme ? | Homme |
| 5 | Expérience et formation | Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ? | Formation "Initiation à la recherche qualitative" et lecture d'ouvrage d'analyse qualitative |
| Relations avec les participants | | | |
| 6 | Relation antérieure | Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ? | Oui |
| 7 | Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur | Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche | Thème de la recherche, réalisée dans le but de soutenir son mémoire de DES |
| 8 | Caractéristiques de l'enquêteur | Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche | Interne de pharmacie poursuivant une étude dans le cadre de son mémoire de DES. Position en faveur de l'intégration des préparateurs au sein des activités de pharmacie clinique. |
| Domaine 2 : conception de l'étude | | | |
| Cadre théorique | | | |
| 9 | Orientation méthodologique et théorie | Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? | Entretiens individuels compréhensifs et analyse par théorisation ancrée |
| Sélection des participants | | | |
| 10 | Échantillonnage | Comment ont été sélectionnés les participants ? | Échantillonnage à participation volontaire. Parmi les 10 personnes ayant été sollicitées pour participer à l'activité de conciliation médicamenteuse, 8 ont accepté d'être incluses dans l'étude et ont été interviewées |
| 11 | Prise de contact | Comment ont été contactés les participants ? | Face à face |
| 12 | Taille de l'échantillon | Combien de participants ont été inclus dans l'étude ? | 8 |
| 13 | Non-participation | Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ? | 2 refus de participer (par crainte de mise en avant de son témoignage et sans explication) |

| Contexte | | | |
|---|--|---|--|
| 14 | Cadre de la collecte de données | Où les données ont-elles été recueillies ? | Sur le lieu de travail dans un espace dédié à l'entretien ou au domicile de l'interviewé. Deux entretiens réalisés par visioconférence depuis le lieu de travail et le domicile de l'informant, suite au confinement imposé par l'épidémie de coronavirus |
| 15 | Présence de non-participants | Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? | Non |
| 16 | Description de l'échantillon | Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date | Moyenne d'âge, expérience officinale |
| Recueil des données | | | |
| 17 | Guide d'entretien | Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ? | Guide non fourni aux informateurs Guide non testé au préalable |
| 18 | Entretiens répétés | Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ? | Non |
| 19 | Enregistrement audio/visuel | Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ? | Enregistrement audio à l'aide d'un dictaphone |
| 20 | Cahier de terrain | Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ? | Prises de notes de terrains après chaque entretien dans le journal de bord. Ce journal contient également les comptes rendus de codage et les comptes rendus théoriques |
| 21 | Durée | Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé ? | 57,68 minutes en moyenne Maximum 94,52 minutes Minimum 35,53 minutes |
| 22 | Seuil de saturation | Le seuil de saturation a-t-il été discuté ? | La totalité des participants possible a été interviewée donc la saturation des données est obligatoirement atteinte |
| 23 | Retour des retranscriptions | Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? | Uniquement pour un entretien, afin que l'interviewé s'assure que des éléments déclarés "en off" n'y apparaissent pas |
| Domaine 3 : Analyse et résultats | | | |
| Analyse des données | | | |
| 24 | Nombre de personnes codant les données | Combien de personnes ont codé les données ? | Deux personnes pour le codage ouvert sur 3 entretiens tout au long du travail. Les autres entretiens ont été analysés par le chercheur uniquement. |
| 25 | Description de l'arbre de codage | Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ? | Oui |

| Analyse des données | | | |
|----------------------------|--|--|---------------------------------|
| 26 | Détermination des thèmes | Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ? | Déterminés à partir des données |
| 27 | Logiciel | Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ? | QSR NVivo 12® |
| 28 | Vérification par les participants | Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ? | Non |
| Rédaction | | | |
| 29 | Citations présentées | Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? | Oui |
| 30 | Cohérence des données et des résultats | Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? | Oui |
| 31 | Clarté des thèmes principaux | Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? | Oui |
| 32 | Clarté des thèmes secondaires | Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ? | Oui |

Annexe 8 : Extrait de schématisation issue du codage



Annexe 9 : Autorisation de soutenance



Faculté de Pharmacie
de Lille

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



DEMANDE D'AUTORISATION DE SOUTENANCE

Nom et Prénom de l'étudiant : RAOULT Matthieu INE : 0997059250E

Date, heure et lieu de soutenance :

Le 11 / 09 / 2020 à 17h00. Amphithéâtre ou salle : Cucie

Engagement de l'étudiant - Charte de non-plagiat

J'atteste sur l'honneur que tout contenu qui n'est pas explicitement présenté comme une citation est un contenu personnel et original.

Signature de l'étudiant :

Avis du directeur de thèse

Nom : LEFEVRE

Prénom : ANTOINE

Favorable

Défavorable

Motif de l'avis défavorable :

Date : 07/08/2020

Signature:

Avis du président du jury

Nom : DINE

Prénom : Thierry

Favorable

Défavorable

Motif de l'avis défavorable :

Date : 21/8/2020

Signature:

Décision du Doyen

Favorable

Défavorable

1e 27 août 2020

Le Doyen

B. DÉCAUDIN

NB : La faculté n'entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans les thèses, qui doivent être regardées comme propres à leurs auteurs.

NA/ 2018

Université de Lille
FACULTE DE PHARMACIE DE LILLE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2019/2020

Nom : RAOULT
Prénom : Matthieu

Titre de la thèse :

Exploration du vécu d'une équipe de préparateurs sollicités à intégrer une activité de pharmacie clinique.

Mots-clés : Recherche qualitative, préparateur pharmacie, conciliation médicamenteuse

Résumé : Une étude sur l'impact de la mise en place de conciliations et de révisions médicamenteuses pluridisciplinaires sur le taux de réhospitalisation du sujet âgé, a été menée au sein de l'établissement. Il a été proposé aux préparateurs de participer à la réalisation de l'historique médicamenteux des patients lors de leur admission, à l'élaboration des documents de synthèse et à la réalisation d'entretiens « patient ». L'objectif de cette étude est d'explorer le vécu des préparateurs ayant participé ou non à cette étude, afin d'entrevoir les facteurs favorisant ou limitant une telle intégration. Il s'agit d'une recherche qualitative par entretiens individuels compréhensifs, analysés par la méthode de théorisation ancrée. Les résultats ont montré que les préparateurs font face à des changements importants pouvant remettre en question le sens de leur profession et de leur implication quotidienne. L'automatisation du circuit du médicament à venir et leur déploiement potentiel dans les services de soins ont constitué des sources d'inquiétude. La pharmacie clinique peut être une opportunité d'évolution et de valorisation de leur profession. Elle est un moyen d'acquérir de nouvelles compétences en se reconnectant au patient et en créant un lien de complémentarité avec les services. Les préparateurs donnent du sens à cette collaboration et se sentent pleinement acteur de la prise en charge des patients. Ils peuvent toutefois appréhender la conduite d'une activité méconnue et la confrontation avec un environnement qu'ils maîtrisent mal. Ils ont alors le sentiment de ne pas disposer des capacités ou des qualifications suffisantes pour se confronter au patient ou au médecin, remettant en question l'intérêt de leur participation. L'encadrement doit réussir à susciter l'intérêt des préparateurs en mettant en avant des éléments concrets d'utilité de l'activité et de leur intégration. Une formation théorique et pratique doit être proposée au plus grand nombre, mais le volontariat et l'identification des sensibilités personnelles et professionnelles de chacun restent les garants d'un plein engagement. Un accompagnement attentif doit leur permettre de se sentir en confiance dans la conduite de l'activité et dans leurs interactions avec les différents acteurs. Il serait pertinent d'explorer également le vécu des pharmaciens dans le cadre de leurs activités de pharmacie clinique.

Membres du jury :

Président :

Monsieur le Professeur Thierry DINE, *Professeur des Universités, Faculté de Pharmacie de Lille, Pharmacien Praticien hospitalier au CH de Loos-Haubourdin*

Directeur de mémoire :

Monsieur le Docteur LEFEBVRE Antoine, *Pharmacien Praticien hospitalier, CH Saint Philibert - GHICL - Groupe Hospitalier Institut Catholique de Lille*

Assesseur(s) :

Monsieur le Professeur Jean Marc CHILLON, *Professeur des Universités, Faculté de Pharmacie d'Amiens, Pharmacien Praticien hospitalier au CH Universitaire d'Amiens*

Madame MARFAING Laurence, *Préparatrice en pharmacie, Cadre PUI, CH Saint Philibert - GHICL - Groupe Hospitalier Institut Catholique de Lille*