

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 7 mars 2025
Par M. Thomas MORGENROTH**

**L'APPROCHE PAR COMPETENCES DANS LES EXPERIMENTATIONS DE
PARCOURS DE SANTE.**

**APPLICATION AUX COMPETENCES PHARMACEUTIQUES DANS LE CADRE
DU DISPOSITIF « IATROPREV ».**

Membres du jury :

Président :

- Monsieur le Professeur François PUISIEUX – PU-PH en Gériatrie – université de Lille

Assesseur(s) :

- Monsieur le Professeur Bertrand DECAUDIN – PU-PH en Pharmacie clinique université de Lille

Membre(s) extérieur(s) :

- Madame le Docteur Marie-Paule SCHNEIDER-VOIROL – Professeure associée – Université de Genève – Directrice scientifique de pharma24, Genève.
- Monsieur le Docteur Grégory TEMPREMANT – Pharmacien – Président de l'URPS Pharmacie des Hauts-de-France – Conseiller régional des Hauts-de-France

UFR3S-Pharmacie

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

Université de Lille

Président
Premier Vice-président
Vice-présidente Formation
Vice-président Recherche
Vice-président Ressources Humaine
Directrice Générale des Services

Régis BORDET
Bertrand DÉCAUDIN
Corinne ROBACZEWSKI
Olivier COLOT
Jean-Philippe TRICOIT
Anne-Valérie CHIRIS-FABRE

UFR3S

Doyen
Premier Vice-Doyen, Vice-Doyen RH, SI et Qualité
Vice-Doyenne Recherche
Vice-Doyen Finances et Patrimoine
Vice-Doyen International
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie
Vice-Doyen Territoire-Partenariats
Vice-Doyen Santé numérique et Communication
Vice-Doyenne Vie de Campus
Vice-Doyen étudiant

Dominique LACROIX
Hervé HUBERT
Karine FAURE
Emmanuelle LIPKA
Vincent DERAMECOURT
Sébastien D'HARANCY
Caroline LANIER
Thomas MORGENROTH
Vincent SOBANSKI
Anne-Laure BARBOTIN
Victor HELENA

Faculté de Pharmacie

Vice - Doyen
Premier Assesseur et
Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement
Assesseur à la Vie de la Faculté et
Assesseur aux Ressources et Personnels
Responsable de l'Administration et du Pilotage
Représentant étudiant
Chargé de mission 1er cycle
Chargée de mission 2eme cycle
Chargé de mission Accompagnement et Formation à la Recherche
Chargé de mission Relations Internationales
Chargée de Mission Qualité
Chargé de mission dossier HCERES

Pascal ODOU

Anne GARAT

Emmanuelle LIPKA
Cyrille PORTA
Honoré GUISE
Philippe GERVOIS
Héloïse HENRY
Nicolas WILLAND
Christophe FURMAN
Marie-Françoise ODOU
Réjane LESTRELIN

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82

M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BERLARBI	Karim	Physiologie	86
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bio inorganique	85
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86

M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86

Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	GILLIOT	Sixtine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80

Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M.	BEDART	Corentin	ICPAL	86
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
Mme	BOU KARROUM	Nour	Chimie bioinorganique	
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FRULEUX	Alexandre	Sciences végétales et fongiques	

M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	LIBERELLE	Maxime	Biophysique - RMN	
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
M.	MENETREY	Quentin	Bactériologie - Virologie	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87

M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	ROGEL	Anne	Immunologie	
M.	ROSA	Mickaël	Hématologie	87
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mme	KUBIK	Laurence	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BAILLY	Christian	ICPAL	86
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie pharmaceutique	86

Maîtres de Conférences Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M	AYED	Elya	Pharmacie officinale	
M.	COUSEIN	Etienne	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
Mme	DANICOURT	Frédérique	Pharmacie officinale	
Mme	DUPIRE	Fanny	Pharmacie officinale	
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
Mme	GEILER	Isabelle	Pharmacie officinale	
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86
M	POTHIER	Jean-Claude	Pharmacie officinale	
Mme	ROGNON	Carole	Pharmacie officinale	

Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BOUDRY	Augustin	Biomathématiques	
Mme	DERAMOUDT	Laure	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	GISH	Alexandr	Toxicologie et Santé publique	
Mme	NEGRIER	Laura	Chimie analytique	

Hospitalo-Universitaire (PHU)

	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DESVAGES	Maximilien	Hématologie	
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	BERNARD	Lucie	Physiologie	
Mme	BARBIER	Emeline	Toxicologie	
Mme	COMPAGNE	Nina	Chimie Organique	
Mme	COULON	Audrey	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	DUFOSSEZ	Robin	Chimie physique	
Mme	FERRY	Lise	Biochimie	
M	HASYEOUI	Mohamed	Chimie Organique	
Mme	HENRY	Doriane	Biochimie	
Mme	KOUAGOU	Yolène	Sciences végétales et fongiques	
M	LAURENT	Arthur	Chimie-Physique	
M.	MACKIN MOHAMOUR	Synthia	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	RAAB	Sadia	Physiologie	

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	DELOBEAU	Iris	Pharmacie officinale
M	RIVART	Simon	Pharmacie officinale
Mme	SERGEANT	Sophie	Pharmacie officinale
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

LRU / MAST

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FRAPPE	Jade	Pharmacie officinale
M	LATRON-FREMEAU	Pierre-Manuel	Pharmacie officinale
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de soutenance. Ce travail s'appuie sur un dispositif expérimental dont vous êtes l'un des fondateurs. Votre expérience relative aux parcours de santé nourrira un regard très éclairant sur ce travail, lequel je l'espère pourra en retour venir nourrir votre réflexion.

A Monsieur le Professeur Bertrand DECAUDIN

Cher Bertrand, permets-moi de paraphraser une de tes citations : « tout seul on va plus vite, ensemble on va plus loin », en y ajoutant : « avec Bertrand Décaudin on va plus haut ! ». J'ai eu l'immense chance de croiser ton chemin et de travailler à tes côtés durant plusieurs années. Grâce à toi, j'ai grandi ! Tu as été et tu restes un modèle. Merci de ta confiance ! Merci d'avoir accepté d'endosser le rôle de Directeur de thèse. Je ne vois pas comment il en aurait autrement ! Ton soutien moral a été précieux dans ma reprise d'études et a assurément contribué à lutter contre les moments difficiles où j'étais proche de l'abandon... Je te serai infiniment reconnaissant !

A Madame le Docteur Marie-Paule SCHNEIDER-VOIROL

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Votre expertise, reconnue internationalement, dans les sciences de l'implémentation appliquée aux services pharmaceutiques contribuera assurément à enrichir ce travail et à y apporter des voies d'amélioration !

A Monsieur le Docteur Grégory TEMPREMANT

Cher Grégory, j'ai plaisir de partager avec toi ce moment de mon parcours. Ta rigueur dans l'exercice de ton art, ton investissement constant dans la défense de la profession pour la mettre en valeur, ton inclinaison à l'innovation au service des patients, font de toi sans conteste un pharmacien exemplaire ! J'espère que tu apprécieras ce travail et que nous pourrons ensemble accompagner les pharmaciens dans leurs mutations professionnelles ! Merci de ta présence !

SOMMAIRE

INTRODUCTION	18
I. La place des compétences dans les dispositifs expérimentaux en santé.....	25
A / L'approche par compétences dans une logique de parcours	25
1) Une redéfinition des périmètres d'intervention	25
2) Une réponse collective aux besoins du patient	27
B / L'approche par compétences en appui des expérimentations en santé	29
1) Les compétences au cœur des innovations organisationnelles	30
2) Les compétences au service de la prévention du risque iatrogène chez le sujet âgé.....	32
II. L'intégration des compétences dans la conception des dispositifs expérimentaux	35
A / Les compétences dans une logique d'implémentation.....	35
1) La dimension compétences dans la science de l'implémentation.....	35
2) L'impact des compétences dans la reproductibilité du dispositif	39
B / L'évaluation des compétences au service de l'implémentation	41
1) La cartographie des compétences.....	41
2) Le suivi des compétences	44
ANNEXES.....	48
BIBLIOGRAPHIE	58

LISTE DES ABBREVIATIONS

BPM : Bilan Partagé de Médication

CFIR : Consolidated Framework for Implementation Research

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriales de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

PACTE : Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe

PPP : Plan Pharmaceutique Personnalisé

PREPS : Programmes de recherche sur la performance du système des soins

PRISM : Practical, Robust Implementation and Sustainability Model

PSP : Pôle de Santé Pluriprofessionnelle

RCP : Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle

TDF : Theoretical Domains Framework

TMF : Theories, Models or Frameworks

INTRODUCTION

Le système de santé français est en profonde transformation¹. D'une part, la demande en services de santé n'a de cesse de s'accroître, notamment portée par le vieillissement de la population française. D'autre part, le coût de l'innovation technologique induit la question de son accessibilité, dans un contexte concurrentiel globalisé faisant pression sur les prix. Ainsi, malgré une offre de soins maintenue quantitativement, une pénurie peut se faire jour, se matérialisant par l'exacerbation d'inégalités et par l'émergence de zones sous dotées², notamment dans le domaine pharmaceutique³.

Le contexte économique contraint à repenser l'organisation des soins dans l'objectif d'une prise en charge optimale et respectueuse des besoins du patient, devenant dès lors « essentiel de mieux coordonner l'utilisation des services offerts à l'intérieur d'un même épisode de soins et ce qui va encore plus loin, de nous préoccuper de leur disponibilité, de leur efficacité et de leur efficience »⁴.

Dans cette optique, la promotion de parcours de soins constitue une réponse⁵. Il s'agit de dépasser une vision organisationnelle se résumant au simple enchaînement et au bon moment de différentes compétences professionnelles pour développer une meilleure coordination des interventions professionnelles.

Cette évolution engendre un renversement en délaissant une approche par l'exercice de compétences des professions de santé dans une démarche descendante au profit de réponses à des besoins exprimés par les patients dans une démarche ascendante

¹ Transcription du discours sur la transformation du système de santé "Prendre soin de chacun" du Président de la République, Emmanuel Macron, Elysée, 18 septembre 2018, www.elysee.fr [consulté le 18.02.2025].

² Chevillard G., Mousquès J., « Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français », *Cybergeog*, 2018, pp. 1-28.

³ Louchez A., « Analyse économique du rôle des pharmaciens et des pharmacies de ville - Entre contraction de l'offre de soins et diversification de l'activité », dir. Le Clainche C., Lille, 2024.

⁴ Aissou M., Danos J.-P., Jolivet A., *Structurer les parcours de soins. Politiques, méthodes et outils pour la mise en œuvre de la loi Santé*, Décideur Santé, LEH Editions, 02.2020, p. 12.

⁵ Saison J., « Le parcours du patient au cœur de l'évolution du système de santé », *RDSS*, 2021, p. 395.

inusitée en santé⁶. Ce modèle induit à repenser la place du patient dans le système de santé, en le considérant en tant que partenaire⁷ dans une logique de démarche participative⁸, lui conférant certaines compétences⁹ et amenant à redéfinir celles des professionnels de santé¹⁰.

La recomposition organisationnelle du système de soins¹¹ se manifeste également par un abandon progressif des segmentations pouvant exister sur le secteur de la santé, par le développement de structures hybrides d'exercice coordonné (maisons et pôles de santé, centres de santé, communautés professionnelles territoriales de santé), également intégrées dans des réseaux de soins ville-hôpital, ainsi que par le déploiement d'accords de partenariats entre structures sanitaires, ainsi qu'avec le secteur social, ou encore entre secteurs public et privé. De même, l'introduction de protocoles pluriprofessionnels ouvrant droit à la délégation de tâches, ainsi que de modes d'exercice, comme la pratique avancée, constituent des premières tentatives des pouvoirs publics dans cet objectif.

En parallèle, des initiatives collectives contribuent à nourrir des dynamiques territoriales de coordination, notamment incarnées dans les projets portés par les structures de coordination locales, et financés dans le cadre de leurs missions, mais aussi par l'expérimentation de parcours innovants, financés par le ministère de la santé sur le fondement de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018¹². En complément des Programmes de recherche sur la performance du système des soins (PREPS), cette ouverture aux praticiens s'inscrit dans un contexte global d'accroissement des politiques publiques expérimentales car « expérimenter de

⁶ Delande G., « L'article 51 : nouveau sésame de la réforme ? », *Droit et santé*, 2019, n° 88, pp. 304-306.

⁷ Pomey, M., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M., Débarges, B., Clavel, N. et Jouet, E. (2015) . Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, S1(HS), 41-50. <https://doi.org/10.3917/spub.150.0041>.

⁸ « Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire », Haute Autorité de Santé, mis en ligne le 22.09.2020, https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201812/fr/soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire, [consulté le 18.02.2025].

⁹ « Pratique collaborative et partenariat patient en santé service sociaux », *Référentiel de compétences*, Université de Montréal, octobre 2016, <https://ecoledupartenariat.org/fr/>, [consulté le 18.02.2025].

¹⁰ Partnering with Patients, Families, and Communities: An Urgent Imperative for Health Care, Recommendations from the Macy Foundation Conference on Partnering with Patients, Families, and Communities to Link Interprofessional Practice and Education, Conference recommendations, Avril 2014, Arlington, Virginia.

¹¹ Sebai, J., « Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins : application aux systèmes de soins coordonnés », *Santé Publique*, 2016, Vol. 28(2), pp. 223-234.

¹² Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, *JORF* 31.12.2017.

nouveaux modes de financement est alors présenté comme un moyen de trouver des solutions pour améliorer la qualité et l'efficacité des soins »¹³. Le bilan dressé fin 2024 fait état de 155 expérimentations retenues depuis l'instauration du dispositif « article 51 », sur 1 258 projets déposés, ainsi que l'aboutissement de 41 projets¹⁴. Cet engouement illustre la volonté des professionnels de santé d'être impliqués dans les réformes¹⁵.

Si ces dispositifs s'inscrivent dans une volonté de systématiser une évaluation des politiques publiques dans une démarche fondées sur les faits¹⁶, se pose la question des modes d'évaluation de ces expérimentations.

A ce titre, les objectifs de ces expérimentations peuvent éclairer l'évaluateur, visant, d'une part, à faciliter l'évaluation des produits de santé innovants bénéficiant d'un accès dérogatoire et, d'autre part, améliorer l'organisation du système sanitaire et médico-social et la pertinence de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficacité du système de santé et de l'accès aux soins. Ce second axe a notamment été propice à non seulement inclure les professionnels de ville, bénéficiant de financement de plus de trois expérimentations sur quatre¹⁷, encourageant ainsi le développement de la coordination entre les différents professionnels, entre les soignants « de ville » et hospitaliers, et entre les secteurs sanitaire, médico-social et social¹⁸.

La coordination pluriprofessionnelle ainsi inscrite dans ces parcours innovants invite à se pencher sur la mobilisation et l'articulation des compétences des professionnels impliqués, entendues comme la réunion des savoirs, savoir-faire et savoir-être¹⁹. Cette

¹³ Morize N., Bourgeois I., Fournier C., « Renouveler l'action publique en santé : un article (51) pour expérimenter avec les organisations de santé », *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n° 261, 09.2021, pp. 1-8.

¹⁴ « Rapport au Parlement 2024 sur les expérimentations innovantes en santé », Ministère de la santé et de l'accès aux soins, 11.2024.

¹⁵ Vézinat N., *Vers une médecine collaborative, politique des maisons de santé pluriprofessionnelles en France*, Paris, 2019 PUF.

¹⁶ Barbier J.-C., « Eléments pour une sociologie de l'évaluation des politiques publiques en France », *Revue française des affaires sociales*, 2010, 1, pp. 25-49 ; Cairney P., *The Politics of Evidence-based Policy Making*. Palgrave Pivot, 2016, pp. 1-137.

¹⁷ « Dispositif article 51 : quel bilan après cinq ans d'existence », Lemaire N., www.mnh.fr [consulté le 18.02.2025].

¹⁸ Douguet F., Fillaut T., Hontebeyrie J., *Intervenir en première ligne, Les professions de santé libérales face au défi de la santé de proximité*, Paris : L'Harmattan, 2016, Coll. Le travail du social.

¹⁹ <https://www.francetravail.fr/candidat/vos-recherches/preparer-votre-candidature/accompagne-dans-sa-recherche/les-3-types-de-competences-a-v-1.html> [consulté le 18.02.2025].

dimension doit s'entendre tant au plan individuel que collectif, et invite à s'appuyer sur l'expérience de dispositifs existants afin d'illustrer leur rôle et la manière de les appréhender, aux fins d'une implémentation réussie.

L'expérimentation « IATROPREV » s'inscrit dans ces considérations. Initiée en 2019²⁰, dans le cadre d'un portage régional des CHU de Lille et Amiens, le dispositif « Optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée, dans l'objectif final de réduire le risque iatrogène », visait à titre principal l'optimisation médicamenteuse chez les sujets âgés de 75 ans et plus, dans la perspective de réduire le risque iatrogène chez les personnes âgées. Incluant les professionnels hospitaliers et de ville, médecins généralistes et gériatres, pharmaciens hospitaliers et d'officines, l'inclusion des patients d'abord par la porte d'entrée hôpital s'est progressivement étendue à l'entrée ville. L'évaluation positive du dispositif²¹ a abouti à un prolongement de l'expérimentation de 3 ans, étendue à trois autres régions françaises. Elle a ainsi permis de révéler l'intérêt d'une analyse des compétences, tant dans la coordination et le renforcement de celles déployées par les professionnels de santé, que dans l'organisation du parcours au travers d'un nouveau profil : le gestionnaire de parcours.

En s'appuyant sur cette expérimentation, il s'agira d'apprécier l'intérêt d'intégrer les compétences dès la phase de conception des dispositifs expérimentaux, notamment par la réalisation d'une cartographie dans le cadre d'un diagnostic territorial. Le renouvellement et l'extension de cette expérimentation (« IATROPREV 2 ») invite à réaffirmer cette dimension dans le cadre de l'implémentation et de l'évaluation afin de garantir la reproductibilité.

L'objet principal de cette expérimentation étant la lutte contre le risque de iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé, le rôle du pharmacien s'avère prépondérant, et vient renforcer sa dimension clinique. Un focus sur les compétences pharmaceutiques

²⁰ Arrêté n° R32-2019-10-17-002 du 17 octobre 2019, ARS des Hauts-de-France, portant autorisation de l'expérimentation « optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée, dans l'objectif final de réduire le risque iatrogène » ; prolongement : Arrêté n° R32-2023-436 bis du 19 octobre 2023, ARS des Hauts-de-France.

²¹ Evaluation de l'expérimentation art. 51 IATROPREV, CEMKA, 21.05.2024, disponible en ligne : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/article-51-experimentations-en-cours> [consulté le 18.02.2025].

permettra d'aborder la question de leur mise en œuvre et leur gestion prévisionnelle, notamment dans les pharmacies d'officine.

Cet article sera décomposé en deux parties, en étudiant d'abord la place des compétences dans les dispositifs expérimentaux en santé (I), avant d'approfondir les possibilités de les intégrer dès la phase de conception de ces projets (II).

I. La place des compétences dans les dispositifs expérimentaux en santé

L'importance des compétences des professionnelles de santé a pu être soulignée par l'OCDE²², la pandémie de Covid-19 ayant révélé le risque d'une pénurie, dans un contexte de perte d'attractivité de certaines professions²³, et ce malgré un besoin médical croissant. Ainsi, les États n'ont cessé de développer des stratégies d'anticipation, permettant de combattre ces pénuries, tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif²⁴. Dès lors, les prévisions nécessitent d'intégrer l'évolution prévisible de ces compétences, sous l'influence continue des innovations qu'elles soient technologiques ou organisationnelles. Partant, la logique de parcours appelle à mettre en œuvre une approche par compétences (A), contribuant ainsi à l'innovation portée par les dispositifs expérimentaux en santé (B).

A / L'approche par compétences dans une logique de parcours

L'évolution des compétences tend à faire varier les prérogatives qui leur sont attachées, et donc à redéfinir les périmètres d'intervention des professionnels de santé (1) dans l'objectif d'une réponse collective à un ensemble cohérent de besoins (2).

1) Une redéfinition des périmètres d'intervention

La définition des professions de santé a été initialement élaborée en faisant référence aux diplômes requis et aux actes pratiqués, confère un certain nombre de monopoles.

²² OCDE, *Repenser l'évaluation de la performance des systèmes de santé : Un cadre renouvelé*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, 2024, <https://doi.org/10.1787/04e8cdb9-fr>, not. pp. 34-36.

²³ Ainsi, une enquête menée sur 23000 d'infirmiers hospitaliers dans 10 pays de l'UE a révélé qu'un tiers d'entre eux envisageaient un changement d'emploi à un an : Heinen M. et al., « Nurses' intention to leave their profession: a cross sectional observational study in 10 European countries », *International Journal of Nursing Studies*, 2013, vol. 50/2, pp. 174-184, <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2012.09.019> ; <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-08/ER1277.pdf> [consulté le 18.02.2025].

²⁴ OCDE/OIT, *Equipping Health Workers with the Right Skills: Skills Anticipation in the Health Workforce, Getting Skills Right*, Éditions OCDE, 2022, Paris. <https://doi.org/10.1787/9b83282e-en>.

Au monopole médical, portant sur la prévention, le diagnostic et le traitement des patients²⁵, d'autres monopoles professionnels ont été progressivement conférés à des professions de santé : les monopoles pharmaceutique et officinal, le monopole des chirurgiens-dentistes, le monopole des vétérinaires ou encore celui des biologistes. Néanmoins, certains des actes relevant de ces monopoles ont pu faire l'objet de partages ou de dérogations, pouvant parfois susciter certains frottements²⁶. Ainsi « corsetés »²⁷ dans leurs monopoles respectifs, les tentatives d'atténuation de cette segmentation ont pu d'abord susciter certaines réticences²⁸.

Afin d'introduire du liant dans cette juxtaposition de compétences, le médecin traitant a pu constituer un temps, un moyen de coordonner le parcours de soins des patients²⁹, sans pour autant répondre aux souhaits de transferts de compétences proposés par le rapport Berland³⁰. La coopération interprofessionnelle est apparue plus tardivement comme un autre moyen de parvenir à cet objectif. Dès 2008, la HAS et l'observatoire des professions de santé appelaient à de nouvelles formes de coopération³¹. L'année suivante, le législateur profitait d'une loi socle³² pour introduire les protocoles de coopération³³, ouvrant l'opportunité de délégations de tâches, et donc un transfert de compétences sous protocole. Le faible engouement pour ces protocoles, illustré notamment par l'absence totale de propositions de protocoles par des pharmaciens, a pu s'expliquer en partie par le caractère contraignant de la procédure de validation, appelant à un assouplissement, opéré en 2019 en ouvrant également la voie à l'élaboration de protocoles locaux³⁴.

²⁵ Leca A. (dir.), Le monopole médical en question, *Les cahiers de droit de la santé*, 2019, Bordeaux, LEH, pp. 1-172.

²⁶ [A l'instar de la vente des médicaments par les vétérinaires \(article R. 5141-112 du code de la santé publique\) ou encore des médecins « propharmaciens » \(article L. 4211-3 du code de la santé publique\).](#)

²⁷ Debarge O., Morgenroth T., « Les parcours patients : un changement de paradigme », *Actes de colloque*, ALASS-GISEH, 2024, pp. 175 – 182.

²⁸ Maurain C., « Une troisième voie... De la dispensation aux soins de premier recours », in Leca A., Maurain C., Moine-Dupuis I., Rousset G., dir., *L'avenir du monopole pharmaceutique*, op. cit., p. 98.

²⁹ Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, JORF 14.08.2004.

³⁰ Berland Y., *Coopération des professionnels de santé : le transfert de tâches et de compétences*, Rapport, Ministère de la Santé, octobre 2003, pp. 1-55.

³¹ Haute autorité de santé, *Accélérer les coopérations et les partages de tâches entre professionnels de santé*, position de la HAS, 13 mars 2024.

³² Loi n° 2009-879, du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF 22.07.2009.

³³ Article L. 4011-1 du code de la santé publique.

³⁴ Article 66 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019.

D'autres évolutions parallèles, propres à chaque profession ont pu venir appuyer ce décroisement. Ainsi, la pratique avancée pour les professionnels du soin infirmier a permis de relayer l'activité médicale, restant toutefois circonscrit dans un cadre réglementaire contraint et dans certaines spécialités (les pathologies chroniques stabilisées, l'oncologie, les maladies rénales, la psychiatrie, les urgences). La pharmacie d'officine a aussi constitué un lieu de décroisement, la pandémie ayant contribué à accélérer l'introduction de nouvelles missions partagées telles que le dépistage ou encore la vaccination. De même, de nouvelles prérogatives impliquent désormais une coopération autour de compétences partagées, à l'instar des bilans Partagés de Médication ou des dispensations protocolisées.

Dès lors, cette évolution professionnelle a pu renforcer la dimension clinique de l'activité pharmaceutique au sein de l'officine³⁵, appelant une évolution des compétences, assurée en partie par les formations obligatoires préalables, ainsi qu'une homogénéisation de la pratique de la pharmacie clinique³⁶.

Ce mouvement entérine ainsi un changement de conception de l'exercice professionnel, lequel a muté d'une définition centrée sur des prérogatives attachées aux professions, vers une déclinaison de missions dont elles bénéficient³⁷, permettant dès lors de construire une réponse collective autour du patient.

2) Une réponse collective aux besoins du patient

Dans la continuité de la récente législation relative au droit des patients, la stratégie nationale de santé 2018-2022 réaffirme « le rôle des usagers dans le système de santé comme acteurs de leur parcours de santé ».

Dans cette optique, il n'appartient plus au patient de devoir s'adapter au système de santé, mais l'ensemble des composantes du système de santé se doit d'être adapté

³⁵ Brion F., Aulagner G., Beaudoux J.-L., *Pharmacie clinique à l'officine*, 2023, 2e éd, Maloine.

³⁶ Allenet B., Juste M., Mouchoux C., Collomp R., Pourrat X., Varin R., Honoré S., « De la dispensation au plan pharmaceutique personnalisé : vers un modèle intégratif de pharmacie clinique », *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*, Volume 54, Issue 1, 2019, pp. 56-63. <https://doi.org/10.1016/j.phclin.2018.12.003>.

³⁷ Moret-Bailly J., « Les modes de définition des professions de santé, présent et avenir », *RDSS*, 2018, pp. 508-519.

au patient. Ainsi, il ne s'agit uniquement d'organiser des parcours, mais d'adopter « une logique de parcours »³⁸.

Si les termes ou expressions « parcours », « parcours de soins », « parcours de soins coordonnés », « parcours de soins complexes », sont utilisés dans le code de la santé publique, de façon paradoxale, l'expression « parcours du patient », plus générale, n'est que peu employée³⁹. Elle s'avère pourtant utile car elle permet une approche plus globale⁴⁰, davantage centrée sur la personne que sur les actes.

Dès lors, la définition des parcours implique de dépasser une somme d'individualités pour construire une réponse collective et coordonnée. La Haute autorité de santé, dans un document publié en février 2015 et intitulé « Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels ? »⁴¹, décrit les conditions d'élaboration des protocoles pluriprofessionnels afin « d'associer des compétences médicales, soignantes, médico-sociales pour mieux prendre en charge une situation concernant une ou des maladie(s) aiguë(s) ou chronique(s) ». La HAS souligne le risque d'une recherche de « la clarification du rôle de chaque professionnel plutôt que la promotion du travail en équipe ». Elle suggère alors une attention particulière au respect des « frontières de compétences et des responsabilités existantes », et met en lumière « les bénéfices attendus d'une responsabilité partagée entre professionnels vis-à-vis des risques de rupture dans le parcours des patients ».

Cette réponse collective peut s'appuyer sur le mouvement actuel de structuration de l'offre de soins primaires de premier recours⁴², lequel contribue à redéfinir l'organisation territoriale autour d'organisations pluriprofessionnelles, à l'instar des

³⁸ Piveteau D., « Les parcours portent la transformation du système de santé », *ADSP*, 2014, n° 88, pp. 15-17.

³⁹ Trois occurrences sont présentes dans le code de la santé publique, dans la partie réglementaire consacrée aux activités de soins dans les spécifications techniques de fonctionnement, en matière de neuroradiologie (Art. D. 6124-150 CSP), d'imagerie médicale en cardiologie (Art. D. 6124-181 CSP) et de radiologie interventionnelle (D. 6124-239 CSP).

⁴⁰ Borgetto M., « Le parcours du patient », *RDSS*, 2021, p. 393.

⁴¹ https://www.has-sante.fr/jcms/c_2033014/fr/comment-elaborer-et-mettre-en-oeuvre-des-protocoles-pluriprofessionnels [consulté le 18.02.2025].

⁴² <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/organisation-territoriale-des-soins-de-premier-recours> [consulté le 18.02.2025].

Maisons ou Pôles de santé (MSP)⁴³⁴⁴⁴⁵, ainsi que les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). L'engouement pour ces formes organisées de coopération témoigne de leur nécessité. Avec 2551 structures labellisées au plan national fin 2023⁴⁶, l'objectif affiché de 4000 MSP⁴⁷ semble en bonne voie ; les CPTS étant plus récentes, l'objectif 100% de couverture n'est pas encore atteint⁴⁸. Ce développement s'accompagne d'une montée en compétences du travail en équipe, à l'instar du Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe⁴⁹ proposé par la HAS.

Si l'initiative laissée aux acteurs territoriaux de soins a pu contribuer à ce succès, de la même façon, l'opportunité offerte à ces mêmes acteurs de pouvoir initier des expérimentations a permis de penser une réponse collective coordonnée autour de besoins de patients non satisfaits.

B / L'approche par compétences en appui des expérimentations en santé

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018, parue le 30 décembre 2017, a introduit par son article 51 la possibilité de mettre en œuvre «des expérimentations dérogatoires», pour une durée n'excédant pas 5 ans ». L'objectif était de faire émerger des organisations innovantes dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux, afin de

⁴³ Ray M., Bourgueil Y., Sicotte C., « Les maisons de santé pluriprofessionnelles : un modèle organisationnel au carrefour de multiples logiques », *Revue française des affaires sociales*, 2020, (1), pp. 57-77. <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0057>.

⁴⁴ Alrabie N., « Integrating professionals in French multi-professional health homes: Fostering collaboration beyond the walls », *Health Services Management Research*, 2020;33(2), pp. 86-95. DOI :10.1177/0951484819858828

⁴⁵ Yatim, F., Sebai, J., « Coopération inter-organisationnelle dans le domaine de la santé. Le cas des Maisons de Santé Pluri-professionnelles en France », *Gestion et management public*, 2021, Volume 9 / n° 3(3), pp. 47-69. <https://doi.org/10.3917/gmp.093.0047>.

⁴⁶ <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889> [consulté le 18.02.2025].

⁴⁷ « Professionnels de santé, collectivité : le plan 4000 maisons de santé », https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_msp_2027_v2_format_a4_impression-vf.pdf [consulté le 18.02.2025].

⁴⁸ <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/cpts-s-organiser-sur-un-meme-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients/article/l-atlas-des-cpts> [consulté le 18.02.2025].

⁴⁹ https://www.has-sante.fr/jcms/c_2831393/fr/s-engager-dans-le-programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe-pacte [consulté le 18.02.2025].

« concourir à l'amélioration et à la prise en charge du parcours des patients, de l'efficience du système de santé et de l'accès aux soins »⁵⁰.

Les initiatives ainsi portées ont pu mettre en exergue l'importance des compétences ainsi que de leur articulation (1), le dispositif IATROPREV en constitue une illustration (2).

1) Les compétences au cœur des innovations organisationnelles

Avant la loi du 30 décembre 2017, l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale prévoyait jusqu'alors des « projets pilotes » expérimentaux mais dont les objectifs devaient exclusivement permettre d'« optimiser les parcours de soins des patients souffrant de pathologies chroniques » pour une durée de quatre ans.

Outre une extension de la durée, ainsi qu'un élargissement substantiel du champ d'application, le dispositif « article 51 » allonge la liste des dérogations possibles à certaines dispositions du code de la santé publique, notamment en matière financière⁵¹, mais principalement en matière de prérogatives professionnelles. Dès lors, tant les établissements de santé que les professionnels libéraux, peuvent être autorisés à dépasser les conditions de leur exercice initial en se livrant à des activités jusqu'alors non permises, telles que le cumul d'activités dans des lieux d'exercice et selon des statuts différents, ou encore de réaliser certains actes⁵² ou prestations⁵³.

Ainsi, ces expérimentations ont pu permettre d'abaisser certaines frontières en termes de compétences, dans une logique de construction de parcours au service des bénéficiaires des dispositifs mis en œuvre. A ce propos, le guide méthodologique d'évaluation à destination des porteurs de projets « article 51 » fait figurer les compétences et leur évolution parmi les objectifs d'évaluation : « le projet permet une

⁵⁰ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/evaluation-des-experimentations-dinnovation-en-sante-article-51> [consulté le 18.02.2025].

⁵¹ Exemples : en matière de partage d'honoraires entre professionnels de santé (article L. 4113-5 du code de la santé publique), ou encore en matière de centralisation des encaissements par une structure *ad hoc* (article L. 4041-2 et L. 4042-1 du code de la santé publique).

⁵² Exemples : Extension des lieux et des conditions de prélèvement et de réalisation de la phase analytique des examens de biologie médicale ; autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements constitués soit d'établissements de santé, soit de professionnels de santé.

⁵³ Exemple : la possibilité offerte aux établissements de santé de proposer à leurs patients une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé, en amont ou en aval de leur hospitalisation.

mutation des expertises professionnelles (exercice pluriprofessionnel, transfert de compétence, nouveaux métiers) »⁵⁴. Cet indicateur participe à l'évaluation plus globale de la faisabilité opérationnelle, répondant à la question : « Dans quelle mesure les acteurs ont-ils réellement la capacité de monter et faire fonctionner les dispositifs envisagés ? » (cf Annexe 1).

Sur ce critère de faisabilité, trois autres indicateurs sont proposés : les moyens mis en œuvre (dont humains) effectivement mobilisables dans un délai et à un coût raisonnable, la capacité du porteur à structurer et piloter une organisation innovante, la capacité du projet à s'installer dans la durée.

Les compétences semblent ainsi déterminantes dans les conditions de succès liées à cet indicateur et leur mise en œuvre promeut une approche décloisonnée. Un récent rapport de l'OCDE a pu souligner que si la limitation légale des tâches autorisées de certaines professions peut contribuer à assurer une prestation de soins de qualité, elle peut également « limiter la possibilité d'une réaffectation optimale des tâches entre les professions »⁵⁵. En effet, « les lois sur le champ d'exercice peuvent être inflexibles ou ne pas être facilement adaptables aux besoins changeants en compétences du secteur. Par conséquent, elles peuvent constituer un obstacle important à l'utilisation pleine et efficace des renseignements sur les compétences pour la réaffectation des tâches et pour obtenir la bonne combinaison de compétences dans le secteur de la santé »⁵⁶.

Ainsi, une meilleure combinaison des compétences participe à l'efficacité et l'efficience des organisations mises en place. Ces deux critères sont également examinés par l'évaluateur des dispositifs article 51, lesquels reposent notamment sur la capacité d'une performance collective plus élevée que celle produite par la somme des acteurs.

Si les indicateurs proposés font reposer l'évaluation de la performance principalement sur des indicateurs de qualité et de pertinence des soins au profit des patients, dans une perspective économique coûts/bénéfices optimisée, l'estimation des gains relatifs aux modes d'organisation du travail peut également reposer sur l'amélioration des

⁵⁴ *Guide méthodologique de l'évaluation des projet art. 51 LFSS 2018*, CNAM, DREES, 2019, spéc. p. 19.

⁵⁵ Traduit de l'anglais : OECD/ILO (2022), *op.cit.*, spéc. p. 51.

⁵⁶ *Ibid.*

conditions et de la qualité de vie au travail perçues par les professionnels de santé impliqués. Ces considérations peuvent constituer un facteur motivationnel déterminant, pouvant parfois conditionner l'appropriation et le succès de ces innovations. La place des compétences s'avère incontournable, tant pour lever les freins à l'engagement, qu'en tant que levier de motivation, et incite à adopter une approche par compétences.

2) Les compétences au service de la prévention du risque iatrogène chez le sujet âgé

Dans le respect des lignes directrices évoquées précédemment, l'évaluation du dispositif « IATROPREV » a pu notamment relever « une dynamique ville-hôpital instaurée et le développement des compétences avec une acculturation aux bonnes pratiques gériatriques »⁵⁷, mettant ainsi en exergue tant l'apport des compétences dans la coordination du parcours que la dimension formative du parcours⁵⁸.

D'une part, les compétences mobilisées ont pu contribuer dans le succès de la mise en œuvre du dispositif en s'intéressant notamment au « rôle essentiel/indispensable du gestionnaire de cas »⁵⁹. L'analyse de leurs tâches réalisée en fin d'expérimentation a pu compléter l'étude d'ergonomie des postes réalisée en amont, et y associer des temps d'exécution. Deux apports essentiels transparaissent dans le rapport d'évaluation : au plan organisationnel et dans le développement du dispositif. En effet, les multiples tâches organisationnelles (informations des professionnels de ville, recueil de l'accord de participation, organisation de la Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle (RCP), envoi du Plan Pharmaceutique Personnalisé (PPP), suivi de sa mise en œuvre à 45 et 90 jours, clôture et suivi des indicateurs...) ont permis « d'alléger considérablement la tâche des acteurs hospitaliers qui sont libérés de toutes les missions organisationnelles pour se concentrer sur leur fonction d'expert et il assure la coordination entre les acteurs de ville et hospitaliers ». Au-delà, en parallèle

⁵⁷ Rapport d'évaluation du dispositif IATROPREV, réalisé par CEMKA, CNAM / DREES, 2024, 21.05.2024, spéc. p. 3.

⁵⁸ Morgenroth T., Rognon C., Decaudin B., Beuscart J.-B., « La dimension compétences dans la prévention du risque iatrogène du patient âgé par la concertation ville-hôpital. Le dispositif "IATROPREV" », ALASS-GISEH, Actes de colloques, 2024, pp. 158-165.

⁵⁹ Rapport d'évaluation, *op. cit.*

de ces activités liées à la mise en œuvre des parcours dans leurs établissements, « les gestionnaires portent l'organisation du dispositif dans les hôpitaux périphériques ».

Ce rôle de facilitateur a permis de mieux organiser la rencontre entre professionnels de santé aux compétences complémentaires. En effet, la réunion de concertation pluriprofessionnelle, pierre angulaire du dispositif, a ainsi permis de créer ou d'intensifier le lien ville-hôpital entre professionnels de santé qui avaient rarement l'occasion d'échanger. Malgré un temps nécessaire « d'acculturation et d'appropriation », il est observé une bonne adhésion des professionnels de ville, médecins généralistes et pharmaciens d'officine. D'un point de vue global, « les porteurs et professionnels hospitaliers se rejoignent sur l'amélioration des liens ville-hôpital et de la dynamique initiée sur le traitement adapté, approprié du patient âgé ».

D'avis des pharmaciens engagés dans ce dispositif, tant la valorisation de leurs compétences que la fluidité accrue des relations avec les médecins ont participé à l'amélioration de la qualité de leur exercice professionnel : « grâce à IATROPREV, les pharmaciens d'officine ont pu montrer leurs compétences et les médecins traitants⁶⁰ se rendre compte qu'ils pouvaient s'appuyer sur eux pour sécuriser les prescriptions » (Représentant de l'URPS Pharmaciens). De même, les médecins généralistes interrogés ont pu confirmer à propos des relations avec l'hôpital, la capacité du dispositif à « *recréer* du lien qui n'existait plus ».

Dès lors, ce lien ainsi renforcé a également contribué à accentuer la dimension formative de l'expérimentation pour les professionnels de santé participants. Il est souligné que « le projet participe à la diffusion d'une culture d'optimisation des traitements médicamenteux à l'hôpital et en ville », via les RCP mais aussi en intégrant IATROPREV dans des dispositifs de formation ou d'échanges de pratiques, auprès des pharmaciens hospitaliers ainsi que des jeunes internes en pharmacie (formation initiale)⁶¹ : tant sur le plan pharmacothérapeutique que sur les questions en rapport avec la nécessaire communication entre l'hôpital et la ville. De même, les

⁶⁰ Représentant de l'URPS Pharmaciens, Evaluation de l'expérimentation art. 51 IATROPREV, CEMKA, 21.05.2024, spéc. p. 60.

⁶¹ Sur le lien formation interprofessionnelle et collaboration interprofessionnelle : <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>, cf schéma p. 9 [consulté le 18.02.2025]

professionnels « se rejoignent sur les effets observés de l'expérimentation sur les changements de pratiques : une évolution de l'intérêt porté par les professionnels de ville au risque iatrogène selon les porteurs et professionnels hospitaliers ; « *un changement de paradigme* » qui se traduit par un impact observé sur les pratiques des médecins traitants / pharmaciens d'officine ; une amélioration des compétences sur le bon usage des médicaments principalement attribuée aux RCP (caractère formatif des RCP) ». En outre, « si la RCP est focalisée sur le cas d'un patient, elle amène à d'autres questions plus générales et permet, selon les hospitaliers, aux professionnels de ville de s'informer et de se poser des questions pour d'autres patients ». Ainsi, les échanges et recommandations formulées en RCP sur le risque iatrogène bénéficient alors de manière plus globale à la patientèle des médecins et pharmaciens impliqués.

Soulignons que « la mise en place d'un dispositif de prise en charge interdisciplinaire et pluriprofessionnelle » constituait un des objectifs secondaires du projet⁶². Fort du succès de cet objectif, il apparaît toutefois nécessaire de pouvoir tester la reproductibilité du dispositif sur d'autres territoires, dans des configurations différentes, amenant dès lors à mobiliser le champ des sciences de l'implémentation.

⁶² Cf Cahier des charges annexé aux arrêtés susvisés.

II. L'intégration des compétences dans la conception des dispositifs expérimentaux

L'importance des compétences dans le succès des expérimentations en santé invite les porteurs à intégrer cette dimension dès la conception du projet, dans le cadre d'une réflexion méthodologique sur l'implémentation (A). Cette approche implique de déployer certains outils permettant d'évaluer les compétences en amont et en cours d'expérimentation (B).

A / Les compétences dans une logique d'implémentation

La science de l'implémentation peut être définie comme « l'étude scientifique des méthodes visant à promouvoir l'application systématique des résultats de la recherche et d'autres pratiques fondées sur des données probantes dans la pratique courante, et donc à améliorer la qualité et l'efficacité des services et des soins de santé »⁶³. Elle ambitionne ainsi de faciliter la mise en œuvre des innovations fondées sur des données probantes. Par extension, elle invite ainsi à considérer la reproductibilité d'un même dispositif innovant dans un contexte différent, avec des moyens (notamment humains) différents. En tant que facteur clé de succès, les compétences trouvent naturellement leur place dans ce questionnement (1), dans un objectif de reproductibilité (2).

1) La dimension compétences dans la science de l'implémentation

A la différence de la recherche clinique, la science de l'implémentation est attentive aux complexités supplémentaires qui caractérisent les contextes du monde réel, selon des considérations spécifiques⁶⁴. L'importance du contexte pour une mise en œuvre

⁶³ Eccles M.P., Mittman B.S., « Welcome to Implementation Science », *Implement Sci*, 2006, 1(1):1. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1>.

⁶⁴ Neta G., Brownson R.C., Chambers D.A., « Opportunities for epidemiologists in implementation science: A primer », *Am J Epidemiol*, 2018, 187(5), pp. 899–910. <https://doi.org/10.1093/aje/kwx323>.

réussie et durable des innovations a suscité une certaine attention dans la science de l'implémentation, l'analyse contextuelle étant de plus en plus reconnue comme essentielle à la méthodologie⁶⁵⁶⁶⁶⁷⁶⁸⁶⁹. Le contexte peut être défini comme « un ensemble de caractéristiques et de circonstances qui se composent de facteurs actifs et uniques, au sein desquelles la mise en œuvre est intégrée »⁷⁰. Le contexte est multidimensionnel et dynamique. Il interagit avec une intervention et sa mise en œuvre dans le cadre, c'est-à-dire le « lieu physique dans lequel une intervention est mise en pratique »⁷¹. Les principaux modèles employés en science de l'implémentation (TMFs : Theories, Models or Frameworks) intègrent l'analyse du contexte. Nous pouvons citer par exemple : Consolidated Framework for Implementation Research⁷², Promoting Action on Research Implementation in Health Services⁷³, ou encore Theoretical Domains Framework (TDF)⁷⁴. Notons l'existence de modèles propres aux activités pharmaceutiques : Framework for Implementation of Services in Pharmacies⁷⁵ ou encore Framework for Implementation Research on Pharmacy Services⁷⁶.

⁶⁵ Pfadenhauer L.M., Gerhardus A., Mozygemba K., Lysdahl K.B., Booth A., Hofmann B., et al., « Making sense of complexity in context and implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework », *Implement Sci.*, 2017, 12(1), p. 21. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0552-5>.

⁶⁶ Rogers L., De Brún A., McAuliffe E., « Development of an integrative coding framework for evaluating context within implementation science », *BMC Med Res Methodol.*, 2020, 20(1), p. 158. <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01044-5>.

⁶⁷ Nilsen P., Bernhardsson S., « Context matters in implementation science: a scoping review of determinant frameworks that describe contextual determinants for implementation outcomes », *BMC Health Serv Res.*, 2019, 19(1), p. 189. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4015-3>.

⁶⁸ Dryden-Palmer K.D., Parshuram C.S., Berta W.B., « Context, complexity and process in the implementation of evidence-based innovation: a realist informed review », *BMC Health Serv Res.*, 2020, 20(1), p. 81. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4935-y>.

⁶⁹ Davis M., Beidas R.S., « Refining contextual inquiry to maximize generalizability and accelerate the implementation process », *Implement Res Pract.*, 2021, 2. <https://doi.org/10.1177/2633489521994941>.

⁷⁰ Pfadenhauer L.M. & al., *op. cit.*

⁷¹ *Ibid.*

⁷² Rycroft-Malone J., « The PARIHS framework - a framework for guiding the implementation of evidence-based practice », *J. Nurs. Care Qual.*, 2004 Oct-Dec; 19(4), pp. 297-304. DOI: 10.1097/00001786-200410000-00002.

⁷³ Moullin J.C., Sabater-Hernández D., Benrimoj S.I., « Qualitative study on the implementation of professional pharmacy services in Australian community pharmacies using framework analysis », *BMC Health Serv. Res.*, 2016 Aug 25;16(1), p. 439. DOI: 10.1186/s12913-016-1689-7.

⁷⁴ Atkins L., Francis J., Islam R., O'Connor D., Patey A., Ivers N., & al., « A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems », *Implement Sci.*, 2017, 12(1), p. 77. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0605-9>.

⁷⁵ Smith M.A., Blanchard C.M., Vuernick E., « The Intersection of Implementation Science and Pharmacy Practice Transformation », *Ann. Pharmacother.*, 2020, 54(1), pp. 75-81. DOI: 10.1177/1060028019867253.

⁷⁶ Shoemaker S. J., Curran G. M., Swan H., Teeter B. S., Thomas J., « Application of the Consolidated Framework for Implementation Research to community pharmacy: A framework for implementation research on pharmacy services », *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 13 (5), 2017, pp. 905-913. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.06.001>.

S'agissant des activités pharmaceutiques, la méthode Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) a pu être mobilisée pour une analyse de 45 publications relatives à l'évaluation de l'implémentation de services fournis dans les pharmacies d'officine⁷⁷. Cette méthode décompose l'analyse contextuelle en cinq domaines : les caractéristiques de l'intervention, le cadre extérieur, le cadre interne, les caractéristiques individuelles, ainsi que les procédés. Les compétences sont ainsi mentionnées tant au niveau du cadre interne que des caractéristiques individuelles. L'étude a ainsi pu notamment mettre en évidence que les connaissances et les compétences des pharmaciens en matière de service étaient cruciales et souvent un facteur de mise en œuvre, tout comme les croyances positives à l'égard du service. Elle propose ainsi un modèle adapté du CFIR en étendant le critère des « caractéristiques individuelles » aux « caractéristiques de l'équipe pharmaceutique » (**cf Annexe 3**), incluant notamment les connaissances et croyances à propos des services proposés, ainsi que les éléments pouvant contribuer à leur efficacité, telles que les compétences, les capacités ainsi que le type d'apprentissage.

De façon plus générale, une revue de 17 différents modèles d'implémentation en tenant compte des déterminants de chaque modèle⁷⁸, met en évidence la diversité de ces déterminants mais également leur variabilité selon l'objet de l'implémentation ou les résultats attendus. Ainsi, il apparaît que les compétences sont mentionnées en tant que déterminants dans différents modèles mais dont l'objet de l'implémentation consiste principalement en des changements comportementaux⁷⁹⁸⁰ ou de pratiques cliniques⁸¹. Le contexte organisationnel, et notamment les rapports entre professionnels impliqués, dont le niveau d'interactions, apparaît également en tant que

⁷⁷ Sarah J. & al., *op. cit.*

⁷⁸ Nilsen P. & al., *op. cit.*

⁷⁹ Michie S., Johnston M., Abraham C., Lawton R., Parker D., Walker A., « On behalf of the Psychological Theory Group. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach », *Qual. Saf. Health Care*, 2005, 14, pp. 26–33. DOI: 10.1136/qshc.2004.011155.

⁸⁰ Cane J., O'Connor D., Michie S., « Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research », *Implement Sci.*, 2012, 7, p. 37. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-37>.

⁸¹ Rainbird K., Sanson-Fisher R., Buchan H., *Identifying barriers to evidence uptake*, Melbourne: National Institute of Clinical Studies, 2006, pp.1-67.

déterminants, que ce soit dans l'implémentation d'innovations organisationnelles en santé⁸² ou d'amélioration des pratiques professionnelles⁸³.

Au regard de ces classifications, le dispositif IATROPREV porte davantage sur les seconds aspects, appelant dès lors à s'inspirer des cadres théoriques de références dans ces domaines, à l'instar du modèle Practical, Robust Implementation and Sustainability Model (PRISM)⁸⁴. Ce modèle se concentre sur les interactions avec les parties prenantes pour influencer l'adoption, la mise en œuvre, le maintien, la portée et l'efficacité du programme. Il propose une liste de questions clés pour chaque phase de déploiement du projet, selon le domaine étudié (d'un point de vue organisationnel ou du patient, en matière d'objectifs ou des caractéristiques du dispositif) (**cf Annexe 4**). Certaines questions impliquent les compétences des professionnels de santé. Ainsi, l'étude des caractéristiques des organisations réalisant l'implémentation du dispositif soulève notamment la question de ressources humaines disponibles. De même, dans une perspective organisationnelle, l'importance de la coordination, et donc de l'articulation des compétences, doit être interrogée.

Néanmoins cette première approche se concentre sur la cartographie des facilitateurs et des obstacles à la mise en œuvre des dispositifs, d'autres approches plus théoriques permettant notamment d'évaluer des interactions entre le contexte, l'intervention et la mise en œuvre⁸⁵.

L'adoption d'une démarche méthodologique empruntée à la science de l'implémentation semble apporter certaines garanties dans le succès et le maintien d'actions innovantes en santé. Dès lors, il peut être regretté leur faible mobilisation par les porteurs de projets, même si l'on peut considérer que beaucoup appliquent partiellement ces méthodes sans le savoir. Relevons que les guides méthodologiques d'accompagnement des innovations en santé n'en font que partiellement mention.

⁸² Feldstein A.C., Glasgow R.E., « A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice », *Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf.*, 2008, 34, pp. 228–43. DOI: 10.1016/s1553-7250(08)34030-6.

⁸³ Flottorp S.A., Oxman A.D., Krause J., Musila N.R., Wensing M., Godycki-Cwirko M., & al., « A checklist for identifying determinants of practice: a systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice », *Implement Sci.*, 2013, 8, p. 35. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-35>.

⁸⁴ Feldstein AC & al., *op. cit.*

⁸⁵ Mielke J., Leppla L., Valenta S., & al., « Unraveling implementation context: the Basel Approach for coNtextual ANALysis (BANANA) in implementation science and its application in the SMILe project », *Implement Sci. Commun.*, 2022, 3, p. 102. <https://doi.org/10.1186/s43058-022-00354-7>

Ainsi, une allusion aux analyses d'implantations figure parmi les sources de données mobilisables en matière d'évaluation des expérimentations article 51 (**cf Annexe 1**), de même la notion d'implémentation est simplement évoquée dans le cadre de la grille générique d'entretien proposée à l'évaluateur (**cf Annexe 2**). Une simple information des méthodologies de référence participerait à en augmenter la portée. Ceci est d'autant plus surprenant que la soutenabilité et la reproductibilité constituent des indicateurs d'évaluation des dispositifs expérimentaux.

2) L'impact des compétences dans la reproductibilité du dispositif

La notion de reproductibilité implique la possibilité de pouvoir réimplémenter un dispositif dans d'autres contextes pouvant différer. Son évaluation appelle à s'intéresser aux déterminants pouvant constituer des leviers ou des freins à la mise en œuvre afin, d'une part, de préciser les configurations minimales nécessaires pour une implémentation réussie et, d'autre part, de configurer le dispositif à implémenter pour accroître son adaptabilité dans l'optique d'une *conformation* à un contexte spécifique.

Elle constitue le dernier critère d'évaluation des expérimentations « article 51 », par la question : « Dans quelle mesure les acteurs ont-ils réellement la capacité de monter et de faire fonctionner les dispositifs envisagés ? » (**cf Annexe 1**). Les critères d'analyse proposés s'intéressent davantage au contexte qu'au dispositif lui-même, proposant ainsi : « des marqueurs de la reproductibilité complexes, multifformes et variables ont été identifiés et analysés » ; « des contextes similaires ont été identifiés dans d'autres territoires / auprès d'autres publics cibles » ; « des leviers de succès comparables ont été identifiés dans d'autres territoires ». Par ailleurs, la notion de soutenabilité est également mobilisée par : « l'impact budgétaire en cas de « généralisation » ou « de passage » à une échelle plus importante est soutenable pour le système ».

Cette approche économique de la soutenabilité amène à exclure l'intérêt porté aux compétences, présumant en quelque sorte la permanence de celles-ci. Or, comme beaucoup de pays de l'OCDE, les difficultés d'accès aux professionnels de santé, et leur diminution quantitative sur certains territoires, peuvent porter préjudice à la

pérennité de dispositifs pourtant initiés de façon concluante. Dès lors, la gestion de ces manques constitue un levier motivationnel fort pour faire évoluer les dispositifs et amène à la création de nouveaux métiers, notamment dans la coordination des trajectoires de santé.

Dans le cadre d'une réflexion sur l'évaluation des performances des systèmes de santé, l'OCDE a pu faire évoluer son cadre d'analyse. Partant du constat préalable des difficultés liées aux pénuries de main-d'œuvre en matière de santé, l'OCDE fait de ce domaine un axe d'évaluation s'articulant autour de trois dimensions : « la disponibilité et les effectifs des professionnels de santé ; les compétences des professionnels de santé ; la sécurité et le bien-être des professionnels de santé »⁸⁶.

La grille de l'évaluateur des expérimentations article 51 (**cf Annexe 2**) prévoit une question mobilisant la question des compétences : « Toutes les compétences identifiées comme nécessaires à la prise en charge des patients et à la coordination des soins sont-elles présentes dans l'expérimentation ? ». Si l'évaluation du dispositif IATROPREV a pu mettre en exergue les dimensions de coordination et d'apprentissage (*cf infra*), certaines voies d'amélioration ont pu être également relevées. Ainsi, le faible niveau d'inclusions constaté par l'« entrée ville » du dispositif renvoie à la capacité des professionnels de santé de pouvoir porter cette filière. En effet, l'hypothèse d'un effet d'entraînement par l'« entrée hospitalière » préalable sur la ville ne s'est pas avérée. Si le rapport d'évaluation relève une certaine adhésion des médecins généralistes et des pharmaciens d'officines, eu égard au nombre de praticiens ayant participé au dispositif (au 03/01/2024, 376 médecins généralistes et 295 pharmaciens d'officine ont participé à au moins une RCP ; 144 médecins généralistes ont refusé), une grande dispersion doit être constatée, par un faible nombre de patients par participants, et pose la question de leur capacité à repérer des patients éligibles, « une modalité nouvelle qui demande une évolution dans les pratiques ».

L'extension du dispositif « IATROPREV 2 » invite à faire évoluer les objectifs et les critères d'évaluation. Ainsi, outre la recherche d'une puissance statistique renforcée

⁸⁶ OCDE (2024), *Repenser l'évaluation de la performance des systèmes de santé : Un cadre renouvelé*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/04e8cdb9-fr>, spéc. p. 38.

par un nombre d'inclusions plus important, il s'agit également de « tester la transférabilité du dispositif à d'autres types d'établissements et dans d'autres régions, et enfin identifier les conditions de son déploiement »⁸⁷. Dans l'optique à terme d'un déploiement national, cette seconde phase mobilisera la question des compétences en déployant à la fois tant à des régions ayant été expérimentatrices d'un parcours relevant de l'article 51 autour de la iatrogénie médicamenteuse mais aussi des établissements de santé dits « naïfs ».

Dès lors, une évaluation contextuelle préalable semble incontournable, incluant notamment une dimension « compétences ».

B / L'évaluation des compétences au service de l'implémentation

Si l'évaluation des compétences participe à l'analyse du contexte de l'implémentation, il convient également d'en assurer le suivi afin le cas échéant de mettre en œuvre des mesures correctives. Ainsi, une cartographie des compétences préalable semble nécessaire (1) dans l'objectif d'un suivi prévisionnel (2).

1) La cartographie des compétences

Le recensement des compétences est propre à chaque dispositif et nécessite d'étudier de façon approfondie les tâches réalisées, afin de déterminer les compétences associées, puis d'identifier les intervenants correspondants.

La réalisation de cet exercice sur l'expérimentation « IATROPREV 2 » amène d'abord à s'appuyer sur les enseignements de la première expérimentation afin de confirmer ou d'ajuster les besoins en compétences, tant techniques qu'administratives. D'un point de vue technique, si le groupe des quatre professionnels de santé reste inchangé, l'abandon de l'entrée ville amène toutefois à recentrer les interactions professionnelles au niveau du binôme hospitalier : pharmacien clinicien et médecin gériatre, avec une répartition claire des tâches et ordre d'interventions. « Le

⁸⁷ Cahier des charges IATROPREV 2 , *op. cit.*, spéc. Partie III.1 Présentation du projet d'expérimentation.

pharmacien hospitalier réalise une conciliation médicamenteuse d'entrée, incluant la vérification de différents éléments de pharmacie clinique auprès du patient ou de son entourage (adhésion, prises, administration, gestion des médicaments), réalise un bilan de médication (expertise de pharmacie clinique) sur la base des ordonnances en cours et consigne ses avis pharmaceutiques et propositions dans un document ad hoc. Il identifie un risque d'iatrogénie médicamenteuse et réalise un plan pharmaceutique personnalisé (PPP) avec des propositions d'actions de suivi. Le médecin vérifie les antécédents médicaux du patient (actifs, résolus, symptômes, etc.), compile l'historique médical récent du patient (hospitalisations, consultations, biologies, imagerie, etc.), consulte les recommandations en vigueur le cas échéant, et consigne ses observations et propositions dans un document ad hoc ». Le plan pharmaceutique personnalisé établi sera discuté lors d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) « Optimisation médicamenteuse » entre le binôme hospitalier et les acteurs de ville, médecin traitant et pharmacien d'officine.

L'intervention clinique pharmaceutique est ainsi réaffirmée. Le niveau de compétences en gériatrie du pharmacien n'est toutefois pas précisé, à la différence de la compétence médicale constituée « d'un gériatre ou d'un médecin ayant suivi une formation ou ayant une expérience en gériatrie ». L'intervention du médecin généraliste et du pharmacien d'officine se faisant *a posteriori*, dans le cadre de la RCP, les compétences de repérage et d'inclusion ne semblent plus nécessaires. Si cette exclusion de l'entrée ville permet de concentrer l'évaluation du dispositif sur sa porte d'entrée hospitalière, on ne saurait ignorer l'éventualité que les acteurs de la ville, forts d'une expérience réussie dans le suivi de patients inclus dans le dispositif, puissent proposer l'inclusion de certains de leurs patients au profil correspondant. A défaut d'hospitalisation, le recours à la téléexpertise médicale auprès du spécialiste en gériatrie⁸⁸ pourra apporter un soutien et si nécessaire déclencher une hospitalisation, le cadre réglementaire ne prévoyant pas la sollicitation de l'avis d'un pharmacien par téléexpertise.

La réciprocité des flux entre la ville et l'hôpital participant au renforcement du lien, il est toutefois relevé que « les coporteurs et les expérimentateurs avec leurs partenaires mèneront une réflexion sur la mobilisation des acteurs de ville dans le suivi du patient

⁸⁸ Article R. 6316-1 du code de la santé publique.

à la suite de la RCP et documenteront toutes propositions d'organisation entre la ville et l'hôpital ». Cette réflexion semble pertinente au regard des dispositifs propres aux professionnels de ville qui pourraient être mobilisés. Ainsi, le Bilan Partagé de Médication (BPM) est réalisé à l'initiative du pharmacien d'officine ou à la demande du médecin traitant chez des patients de plus de 65 ans souffrant d'une ou plusieurs pathologies chroniques et présentant au moins cinq molécules ou principes actifs prescrits pour une durée supérieure ou égale à 6 mois. Le médecin traitant effectue alors la réévaluation médicamenteuse avec l'appui du pharmacien d'officine à l'aide du BPM. De même, le médecin traitant peut également réaliser à partir de janvier 2025, une consultation longue de déprescription des patients de plus de 80 ans ayant au moins 10 lignes de traitements médicamenteux. Cette consultation s'appuie sur le bilan de médication préalablement prescrit et réalisé par le pharmacien d'officine.

En parallèle du pharmacien, le réseau des infirmiers libéraux pourrait également être mobilisé dans le cadre de l'accompagnement de la prise médicamenteuse à domicile. Introduit en 2022⁸⁹, « cet acte eut être prescrit par le médecin lors de la mise en œuvre ou de la modification d'un traitement ou encore au cours d'une situation clinique susceptible de remettre en question la stratégie thérapeutique pour un patient non dépendant, polymédiqué et présentant des critères de fragilité identifiés par le médecin traitant ou le prescripteur »⁹⁰. Dans l'objectif d'une meilleure adhésion du patient, et de prévenir les risques liés à la iatrogénie et les hospitalisations inopportunes, l'infirmier peut à l'occasion de trois entretiens dans l'année réaliser des surveillances et observations d'indicateurs cliniques, ainsi que vérifier la compréhension du traitement par le patient, la préparation du pilulier, les stocks, les modes de prises, de façon à mettre en évidence le cas échéant les motifs de non prise, d'effets indésirables, de modification de posologie. Si un retour est prévu auprès du médecin prescripteur, il peut être regretté l'absence de lien avec le pharmacien correspondant.

D'un point de vue administratif, le gestionnaire de cas, désormais gestionnaire « de parcours », est confirmé. Ses tâches sont précisées ainsi que les profils correspondants : « le gestionnaire de parcours est un professionnel formé au parcours

⁸⁹ Avenant 6 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux, 22 juin 2022.

⁹⁰ <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/medicaments/risque-iatrogenique-prevention-chez-la-personne-agee-de-65-ans-et-plus/supports-d-information-destination-des-patients/role-des-autres-professionnels-de-sante-et-des-aidants> [consulté le 18.02.2025].

IatroPrev, avec un profil administratif, de type attaché de recherche clinique (ARC), assistant médico-administratif ou avec un profil de compétences en lien avec la coordination des trajectoires de santé de type coordinateur de communauté professionnelle de territoire de santé (CPTS) ». Si la diversité des profils pouvant occuper l'emploi accorde une flexibilité souhaitable dans l'implémentation dans des contextes variés, elle soulève néanmoins la question d'une possible hétérogénéité de mise en œuvre au regard des écarts des compétences propres à chaque profil. L'examen des tâches (**cf Annexe 4**) distingue celles propres à l'expérimentation de celles qui pourront être pérennisées en cas de basculement dans le droit commun. Relevons que si la fonction d'animation territoriale ouvre la voie à d'autres tâches, celle-ci est partagée car intégrée dans un portage collectif de « l'animation territoriale autour de la iatrogénie médicamenteuse ». Il peut ainsi être supposé que le profil du gestionnaire de parcours pourra influencer sur l'organisation et le leadership de cette animation.

Ce recensement des besoins devra ensuite être mis en correspondance avec les contextes dont les configurations en termes de ressources humaines pourront varier. Ce rapprochement pourra être réalisé à partir d'un diagnostic territorial des compétences pour chaque déclinaison locale du projet, incluant les structures de coordination pluriprofessionnelles, les établissements hospitaliers de référence ainsi que les professionnels de santé de ville. Ce diagnostic pourra aboutir à un plan d'action, pouvant s'apparenter à une démarche de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) propre à la mise en œuvre du dispositif, en conservant toutefois une dimension collective, telle que conçue dans le cadre du programme PACTE⁹¹. Cette seconde expérimentation étant amenée à se décliner sur une période de 3 ans, une vision dynamique est nécessaire, par le biais d'une évaluation en continu et un suivi des compétences.

2) Le suivi des compétences

⁹¹ HAS, *op. cit.*

Etablie sur la base du diagnostic territorial, la planification de la gestion des compétences doit prévoir les actions de recrutement, de formation (individuelle et collective) en tenant compte de la temporalité de l'expérimentation et de son développement. Si les expertises hospitalières constituent un préalable nécessaire au démarrage de l'expérimentation, l'inclusion des professionnels de ville se réalisera progressivement en fonction du rythme d'inclusion des patients. De même, le volume d'activité du gestionnaire de parcours au plan du suivi administratif sera dépendant de ce rythme. Toutefois, le temps consacré à la fonction d'animation, selon l'organisation adoptée collectivement sur cette dimension, amène un investissement de départ plus important, notamment sur la conception et la mise en œuvre des outils de communication, de l'organisation des réunions d'information et des formations le cas échéant.

Il convient également de tenir compte de la temporalité liée l'implémentation de ces activités dans les établissements concernés, nécessitant parfois de revoir les processus internes et de s'adjoindre des compétences supplémentaires. De même, l'implémentation de ce dispositif dans l'activité quotidienne des professionnels de ville doit également être anticipée. Non seulement une question organisationnelle se posera nécessairement afin de ménager la disponibilité nécessaire pour participer activement à l'expérimentation, mais également la question des compétences pourra se poser, pouvant constituer un frein à l'accord nécessaire du médecin traitant ou du pharmacien correspondant.

S'agissant du pharmacien d'officine, s'ajoute l'évaluation de l'impact sur l'organisation de l'équipe officinale. La question du temps pharmaceutique disponible est récurrente dans le déploiement des nouvelles missions⁹². Si la délégation de tâches en interne constitue une réponse aux contraintes de disponibilités, elle implique au préalable de s'assurer de l'effectivité des compétences internes.

⁹² Interfimo, « Libérons le temps pharmaceutique ! », Interview T. Morgenroth, 2024, <https://www.interfimo.fr/onlib-infos/detail/libérons-le-temps-pharmaceutique,882> [consulté le 18.02.2025].

L'implémentation de services pharmaceutiques en officine a pu être étudiée⁹³. Elle ne peut se faire sans une réflexion et une prise en compte de leur complexité⁹⁴. Des méthodes d'implémentation ont pu être proposées⁹⁵.

Ainsi, la phase de pré-implantation appelle à évaluer le niveau de préparation en s'assurant notamment de former et préparer l'équipe, de répartir les tâches et les responsabilités ainsi que définir et mettre en œuvre un plan d'action. Un accompagnement des pharmaciens en matière d'implémentation du dispositif participerait à sécuriser son appropriation.

Si la dimension formative doit être intégrée dès la phase de pré-implémentation, une vision dynamique invite également à s'intéresser aux gains issus de l'expérience des acteurs et l'élévation de leur compétences. Dans IATROPREV, la dimension formative de la RCP a pu être mise en évidence. Il apparaît toutefois nécessaire de pouvoir l'évaluer, dans un objectif de pérennisation et potentiellement d'un déploiement de l'entrée ville.

Toutefois, l'appréciation de ces effets ne saurait ignorer son contexte, les effets positifs mesurables étant également influencés par d'autres facteurs. Ainsi, si le nombre d'inclusions supplémentaires réalisées par les professionnels de ville pourrait constituer un indicateur d'une meilleure saisine du dispositif par ces acteurs, il ne dépend pas de la seule progression de leurs connaissances techniques, d'autant que cette dernière peut être mise à profit de leur patientèle sans pour autant donner lieu à une identification.

Plus généralement, le suivi des compétences soulève la question de la méthode d'évaluation. S'intéresser à la reproductibilité implique de se libérer « de l'obsession qui pourrait être exclusivement celle d'un contrôleur de gestion » en adoptant une

⁹³ Bardet J.-D., Décaudin B., Schneider M.-P., Standaert A., Tempremant G., « Promotion des comportements favorables à la santé et suivi pharmaceutique à l'officine », *Pharmacie clinique à l'officine*, dir. Brion F., Ed. Maloine, 2023, 2^{ème} éd., pp. 199-210.

⁹⁴ Moecker R., Terstegen T., Haefeli W.E., Seidling H.M., « The influence of intervention complexity on barriers and facilitators in the implementation of professional pharmacy services - A systematic review », *Res. Social Adm. Pharm.*, 2021 Oct, 17(10), pp. 1651-1662. DOI : 10.1016/j.sapharm.2021.01.013.

⁹⁵ Moullin J.C., Sabater-Hernández D., Benrimoj SI., « Qualitative study on the implementation of professional pharmacy services in Australian community pharmacies using framework analysis », *BMC Health Serv. Res.*, 2016 Aug. 25, 16(1), p. 439. DOI : 10.1186/s12913-016-1689-7.

analyse réaliste du changement⁹⁶. Cette approche tend à considérer que ce n'est pas l'expérimentation qui en elle-même crée le changement, l'innovation organisationnelle n'étant pas toujours directement à l'origine des effets produits⁹⁷. Derrière ces expérimentations, il y a les acteurs, qui réagissent dans un certain contexte qui les influence, ce qui peut expliquer le changement dans un environnement donné peut s'avérer erroné dans un autre contexte⁹⁸.

Une méthodologie spécifique peut être suivie, en s'appuyant sur celles mobilisées dans le cadre de l'évaluation des actions de promotion de la santé⁹⁹. Elle peut se révéler pertinente dans un cadre de coopération pluriprofessionnelle¹⁰⁰. L'examen de cette coopération appelle notamment des approches théoriques spécifiques, cherchant à expliquer comment la coordination est favorable à la création de savoirs et de compétences spécifiques nécessaires à la création de ressources nouvelles dans un processus d'émergence d'innovations et de normes technologiques¹⁰¹.

Dans l'optique d'une généralisation du dispositif en droit commun, il serait trompeur de confondre généralisation et réplique à l'identique¹⁰². Ainsi, l'évaluation des compétences doit porter l'ambition de participer à la détermination des facteurs pouvant permettre une adaptabilité du dispositif aux spécificités des territoires destinés à être déclinés.

⁹⁶ Launois R., Diard M., Cabout E., Meto E., Eymere S., « Évaluer autrement les parcours de soins coordonnés article 51 LFSS 2018 : une innovation, les protocoles réalistes », *Annales Pharmaceutiques Françaises*, Volume 80, Issue 2, 2022, pp. 131-144. <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2021.06.004>.

⁹⁷ Pawson R., Tilley N., *Realistic evaluation*, London: Thousand Oaks, Calif: Sage, 1997.

⁹⁸ R. Launois, *op. cit.*

⁹⁹ Malengreaux S., Doumont D., Aujoulat I., *L'approche réaliste pour évaluer les interventions de promotion de la santé : éclairages théoriques*, Université Catholique de Louvain, 2020.

¹⁰⁰ Vareilles G., Pommier J., Kane S., Pictet G., Marchal B., « Understanding the motivation and performance of community health volunteers involved in the delivery of health programmes in Kampala, Uganda: a realist evaluation protocol », *BMJ Open*, 2015, 5:e006752. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006752>.

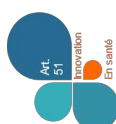
¹⁰¹ Sebai J., « Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins : application aux systèmes de soins coordonnés », *Pratiques et organisation des soins*, 2016, pp. 223-234.

¹⁰² Bousquet F., « Territoires et innovations dans les services de santé, une illustration à partir des expérimentations de l'article 51 », *Regards*, 2019 ; 56:117. <http://dx.doi.org/10.3917/regar.056.0117>.

ANNEXES

ANNEXE 1 – CRITERES D'EVALUATION DISPOSITIFS ARTICLE 51

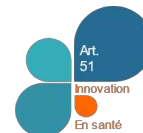
Guide méthodologique de l'évaluation des projet art. 51 LFSS 2018, CNAM, DREES, 2019, p. 19.



Critère d'évaluation	Critères d'analyse
Faisabilité/Opérationnalité : <i>Dans quelle mesure les acteurs ont-ils réellement la capacité de monter et faire fonctionner les dispositifs envisagés ?</i>	- Les moyens mis en œuvre (humains, matériels, financiers) sont effectivement mobilisables dans un délai et à un coût raisonnable - Le porteur de projet a la capacité de structurer et piloter une organisation innovante - Le projet permet une mutation des expertises professionnelles (exercice pluriprofessionnel, transfert de compétences, nouveaux métiers) - Le projet a la capacité de s'installer dans la durée
Efficacité <i>Dans quelle mesure les objectifs de l'expérimentation ont-ils été atteints sur les différentes dimensions identifiées en amont ?</i>	- L'expérience des patients/usagers, des professionnels, des aidants, ... s'est améliorée - La qualité et la pertinence des soins et des prises en charges s'est améliorée - L'accès aux soins a été renforcé sur le territoire / auprès des publics cibles - Les modes d'organisation du travail testés sont plus performants au regard de différents critères (satisfaction et qualité de vie au travail des professionnels améliorées) - Les dépenses sont optimisées par rapport à l'organisation préexistante et elles sont justifiées au regard des résultats obtenus
Efficience <i>Quel est l'impact budgétaire ? La mise en regard des résultats et des coûts dessine-t-elle une prise en charge plus performante ?</i>	- Les coûts de fonctionnement sont contrôlés et justifiés - Il est possible de mesurer ou d'estimer un ROI – des coûts évités sont mesurables ou identifiables - Le dispositif génère des gains de productivité
Reproductibilité <i>Dans quelle mesure l'expérimentation est-elle capable de donner naissance à un modèle systémique de l'offre / l'organisation des soins ?</i>	- Des marqueurs de la reproductibilité complexes, multiformes et variables ont été identifiés et analysés - Des contextes similaires ont été identifiés dans d'autres territoires / auprès d'autres publics cibles - Des leviers de succès comparables ont été identifiés dans d'autres territoires - L'impact budgétaire en cas de « généralisation » ou « de passage » à une échelle plus importante est soutenable pour le système
Sources de données envisagées (variables selon le type d'expérimentation)	
- Entretiens individuels / collectifs, enquêtes : patients bénéficiaires, aidants, professionnels de santé, partenaires... - Données agrégées et indicateurs de la plateforme de facturation article 51 - Pour certains projets : les données individuelles de la plateforme de facturation article 51 - Quand cela s'avérera possible, extraction de données issues des systèmes d'information disponibles (dossiers médicaux informatisés par exemple, SNDS) ou éventuellement développés dans le cadre de l'expérimentation ; possibilités également d'envisager des recueils ad hoc de données - Analyse d'implantation du dispositif	

ANNEXE 2 – GRILLE GÉNÉRIQUE D'ENTRETIEN ARTICLE 51

Guide méthodologique de l'évaluation des projet art. 51 LFSS 2018, CNAM, DREES, 2019, p. 51 et s.



7. Grille générique d'entretien

Les entretiens menés dans le cadre de l'évaluation des expérimentations amèneront l'évaluateur externe à interroger le porteur sur les conditions de mise en œuvre du projet et sur les résultats obtenus. Pour faciliter cet échange, qui aura lieu au moins 3 fois (construction de la méthode d'évaluation, évaluation intermédiaire et évaluation finale), il est apparu important de sensibiliser les porteurs aux types de questions qui pourraient leur être posées. Les questions qui suivent constituent des exemples de questions que pourraient vous poser les évaluateurs au cours des échanges. Elles seront bien entendu adaptées par l'évaluateur au cas spécifique de votre projet. En particulier, le guide aborde successivement plusieurs dimensions qui vont de la genèse du projet jusqu'à ces effets à long terme.

Dimensions	Objectifs	Modalités pratiques
Historique	Comment s'est construit le projet ? Comment s'est construit le réseau des professionnels/établissements engagés dans le projet ? Comment décririez-vous le contexte (institutionnel / environnemental) dans lequel votre projet se développe ?	Quelle était l'hypothèse à l'origine du projet ? Est-elle toujours vérifiée ? L'expérimentation répond-elle à une demande des professionnels de santé, des établissements ou des pouvoirs publics ? Quelles actions avez-vous engagées pour vous allier les professionnels engagés dans l'expérimentation ? Auprès de qui avez-vous trouvé l'aide nécessaire pour monter votre projet ? Quels échanges ont eu lieu avec les acteurs institutionnels (administration, élus, représentants des professionnels, ...) ? Comment se positionnent-ils ? idem pour les professionnels de santé dans l'environnement de votre projet ? quelle est l'importance des caractéristiques locales dans le développement et le fonctionnement du projet ?
Implémentation / mise en œuvre	Dans quelle mesure le déploiement du projet est-il conforme à ce qui a été décrit dans le cahier des charges de l'expérimentation ? Le projet a-t-il entraîné une évolution des pratiques professionnelles ? Les objectifs de couverture territoriale prévus sont-ils bien respectés ? Quels sont les moyens mis à disposition du projet ? Comment analysez-vous le rôle et l'impact du mode de financement	Quels sont les obstacles au déploiement ? Quelles adaptations ont été nécessaires ? Une formalisation des pratiques (type protocole) a-t-elle été réalisée ? des formations ont-elles été nécessaires ? dans les deux cas, quels processus d'élaboration ? Quelles sont les stratégies de recrutement des professionnels, établissements de santé, ainsi que des patients ? Toutes les compétences identifiées comme nécessaires à la prise en charge des patients et à la coordination des soins sont-elles présentes dans l'expérimentation ? Comment s'effectue la promotion du projet en direction des professionnels de santé et des établissements ? Quels sont les facteurs qui facilitent leur adhésion ? Quelles sont vos attentes vis-à-vis de ces nouvelles modalités d paiement ? comment vivez-vous sa mise en œuvre ? quels impacts

Dimensions	Objectifs	Modalités pratiques
	dérogatoire ?	en attendez-vous ?
Pilotage	Comment le pilotage de l'expérimentation est-il organisé ?	Le pilotage est-il conforme à ce qui avait été envisagé au moment de la formulation du projet ? La répartition des rôles et des responsabilités est-elle claire entre les acteurs de l'expérimentation ? Des réunions entre les acteurs sont-elles organisées, des instances définies ? Comment s'effectue la communication des informations en interne ?
Fonctionnement / partenariat	Comment les relations entre les partenaires sont-elles organisées à l'intérieur de l'expérimentation ? Comment les modalités de répartition des rémunérations des professionnels participants ont-elles été définies ?	Les relations sont-elles informelles ou juridiquement formalisées ? Font-elles l'objet d'une forme de contractualisation ? Sont-elles sources de discussions récurrentes ? Quelle analyse portez-vous sur cette répartition après la mise en place de l'expérimentation ? Quels sont les risques liés à cette répartition ?
Adoption / diffusion	Quels patients ou structures visez-vous ? Comment se déroulent les inclusions ? Quelle appropriation par les professionnels de la nouvelle organisation ?	Quelles sont les caractéristiques des patients cibles ? Les inclusions ont-elles démarrées ? Par qui les patients sont-ils inclus ? Les critères d'inclusion sont-ils clairs et respectés de façon identique par tous ces professionnels ? Quelles sont les caractéristiques des patients qui adhèrent et de ceux qui refusent ? Le rythme des inclusions des patients dans l'expérimentation est-il conforme à ce qui avait été envisagé au départ ? Comment assurez-vous la promotion du projet en direction des patients ? Comment faites-vous pour vous assurer que la population des patients inclus est représentative de la population ciblée ? Comment cette question est-elle gérée formellement/informellement ? des outils de reporting ont-ils été mis en place ?
Qualité des prises en charge	Quels sont les principaux résultats attendus de votre projet sur la santé des patients ?	Quels sont les leviers / forces / avantages pour atteindre ces résultats ? Quelles sont les principaux obstacles/risques à l'atteinte des résultats escomptés ? Les évolutions / progrès dans la prise en charge des patients sont-ils mesurés ?
Satisfaction	Les professionnels et/ou les établissements participants aux prises en charge sont-ils satisfaits des nouvelles modalités de prise en charge ? Les patients ayant bénéficié de la prise en charge en sont-ils satisfaits ?	Comment vous en assurez-vous ? Quelles sont les lacunes identifiées ? L'analyse de la satisfaction des patients a-t-elle modifié les pratiques ?
Coûts de fonctionnement / gestion	Quel dispositif d'identification et de suivi des coûts de fonctionnement du projet avez-vous mis en place ?	Quels sont les coûts qui nécessitent d'être suivis pour le projet ? une forme de comptabilité analytique est-elle en place ?

Dimensions	Objectifs	Modalités pratiques
		Les ressources attribuées dans le cadre de l'expérimentation vous semblent-elles suffisantes ? Est-ce que des gains de productivité sont envisagés ou réalisés grâce à l'organisation mise en place ? Le cas échéant est ce que ces gains peuvent permettre des investissements pour améliorer encore la prise en charge ?
Système d'information	Un SI spécifique a-t-il été développé pour le projet ? Quels sont les principaux objectifs du système d'information ?	Le SI est-il plus particulièrement dédié : à la prise en charge médicale ? au partage des informations patients entre les professionnels ? au suivi de l'activité des professionnels ? à la facturation ? à l'évaluation de la prise en charge de votre patientèle et de son état de santé ? Le SI permet-il des échanges entre les partenaires de l'expérimentation ? avec d'autres professionnels /organisations de santé (interopérabilité) ? Son utilisation effective correspond-elle aux objectifs initiaux ? Quels en sont les principaux modules ?
Et après...	Comment anticipez-vous les suites de l'expérimentation ? Votre projet peut-il servir de modèle pour d'autres professionnels / organisations Quels sont les facteurs de réussite et les points à améliorer pour cette expérimentation ?	Questions ouvertes

ANNEXE 3 – GRILLE CFIR – SERVICES PHARMACEUTIQUES

Shoemaker S. J., Curran G. M., Swan H., Teeter B. S., Thomas J., « Application of the Consolidated Framework for Implementation Research to community pharmacy: A framework for implementation research on pharmacy services », *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 13 (5), 2017, pp. 905-913. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.06.001>.

A framework for implementation research on pharmacy services (adapted from CFIR).

Domains Construct	Description
Pharmacy Service Characteristics	
Relative Advantage	Pharmacy staff, providers, and patients' perception of the advantage or benefits of the service versus an alternative service or in addition to dispensing.
Adaptability	The degree to which the service can be adapted, tailored, or refined to meet local needs of the pharmacy.
Complexity	Perceived difficulty of implementing the service reflected by scope, radicalness, disruptiveness, incorporation into workflow, staff needed, and number of steps required to implement.
Cost	Costs of providing the service, including implementing the service, investment, supplies and opportunity costs.
Outer Setting	
Patient Needs & Resources	The extent to which patient needs, as well as barriers and facilitators to meet those needs, are accurately known and prioritized by the pharmacy with the service.
Cosmopolitanism	The degree to which a pharmacy is networked with other pharmacies and providers.
Peer Pressure	Competitive pressure to provide a service; typically because most or other key peers or competing pharmacies have already implemented the service.
External Policy & Incentives	A broad construct that includes external strategies to spread the service, including policy and regulations (governmental or other central entity), external mandates, recommendations and guidelines, pay-for-performance, collaboratives, and public or benchmark reporting.
Inner Setting	
Structural Characteristics	The type of pharmacy, size, physical space, staffing and other structural characteristics.
Culture	Norms, values, and basic assumptions of a pharmacy.
Implementation Climate	The absorptive capacity for change, shared receptivity of staff, and extent to which provision of the service will be rewarded, supported, and expected within the pharmacy.
Tension for Change	The degree to which pharmacy managers, pharmacists, and other pharmacy staff perceive the current situation as needing change and that the service should be provided.
Compatibility	The degree of tangible fit between meaning and values attached to the service by pharmacy staff; how those align with pharmacists' own norms, values, and perceived risks and needs; and how the service fits with existing pharmacy workflows and systems.
Organizational Incentives & Rewards	Incentives such as awards, performance reviews, promotions, and raises in salary, and less tangible incentives such as increased stature or respect.
Readiness for Implementation	Tangible and immediate indicators of pharmacy commitment to its decision to implement the service.
Leadership Engagement	Commitment, involvement, and accountability of leaders and pharmacy managers with implementing and providing the service.
Available Resources	The level of resources dedicated for implementation and on-going provision, including money, training, education, physical space, and time, of the service.
Access to Knowledge & Information	Ease of access to digestible information and knowledge about the service and how to incorporate it into workflow.
Pharmacy Staff Characteristics	
Knowledge & Beliefs about the Service	Pharmacy staff's attitudes toward and value placed on the service as well as familiarity with service components, steps, documentation, care process, etc.
Self-efficacy	Pharmacy staff's belief in their own capabilities to provide the service.
Other Personal Attributes	A broad construct to include other personal traits such as tolerance of ambiguity, intellectual ability, motivation, values, competence, capacity, and learning style.
Process	
Planning	The degree to which a scheme or method of behavior and tasks for implementing the service are developed in advance, and the quality of those schemes or methods.
Engaging	Attracting and involving appropriate individuals in the implementation and provision of the service through a combined strategy of education, role modeling, training, and other activities.
Formally Appointed Internal Leaders	Individuals from within the pharmacy who have been formally appointed with responsibility for implementing and overseeing the service.
Champions	Individuals who dedicate themselves to supporting, marketing, and 'driving through' the implementation and provision of the service, overcoming indifference or resistance that the service may provoke in a pharmacy.
External Change Agents	Individuals who are affiliated with an outside entity who formally influence or facilitate decisions in a desirable direction to provide the service like a professional pharmacy association or local pharmacy school.
Executing	Carrying out or accomplishing the implementation according to plan.
Reflecting & Evaluating	Quantitative and qualitative feedback about the progress and quality of implementation and providing the service, with regular reflection about progress and experience.

ANNEXE 4 – QUESTION CLES ET SUGGESTIONS _ MODELE PRISM

Feldstein A.C., Glasgow R.E., « A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice », *Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf.*, 2008, 34, pp. 228–43. DOI: 10.1016/s1553-7250(08)34030-6.

The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety

Table 4. Key Questions and Suggestions by Relevant Project Phase to Enhance Implementation and Sustainability for Each Practical, Robust Implementation and Sustainability Model (PRISM) Domain

PRISM Domain	Key Questions	Project Phase	Suggestions
Program (Intervention) Organizational Perspective	Are key staff ready to conduct intervention?	Development	Consider readiness of top leadership, middle management, and frontline staff before selecting intervention.
	Is the program complex and burdensome?	Development	Simplify the program while maintaining essential elements.
	Does the clinical target area have a strong evidence base?	Development	If clinical evidence is weak, find the compelling need for change (e.g., business imperative).
	Can decision support be embedded in work flow?	Development	Don't rely on strong evidence to create change; whenever possible, embed tools to support evidence base in work flow.
	How much cross-departmental coordination will be necessary?	Implementation	Assure processes coordinate needs of all stakeholders.
	Can cross-departmental coordination be used to increase the number and strength of project champions?	Implementation	Capitalize on the need for coordination to deepen support.
	Can staff try the program and easily stop it if needed?	Implementation	Trialability and reversibility help convince staff to adopt new programs.
	Will the program be usable and modifiable without threatening essential elements?	Development, Implementation	Assess the usability and adaptability of the program.
	Will key staff be able to observe results?	Development, Implementation	Design monitoring so results can be seen early.
Program (Intervention) from Patient Perspective	Does the program address important patient barriers to response?	Development	Evaluate and address at least 1–2 important barriers with the program.
	Is the program patient-centered?	Development	Provide opportunities for patients to make positive steps regardless of stage of change.
	Does the patient get the "run-around" when trying to follow advice?	Implementation	Assess patient usability of program and address service issues.
	Is the program complex and/or costly for patients?	Implementation	Simplify program and reduce patient out-of-pocket cost as much as possible.
	Does the patient understand when he/she has done well?	Implementation	Integrate patient feedback into programs.

(Continued on page 240)

Table 4. Key Questions and Suggestions by Relevant Project Phase to Enhance Implementation and Sustainability for Each Practical, Robust Implementation and Sustainability Model (PRISM) Domain

PRISM Domain	Key Questions	Project Phase	Suggestions
Characteristics of Organizational Recipients	Will the financial and cultural health be barriers to success?	Development	Assess organizational health and culture; tailor program as needed.
	Has the program received support of key managers?	Development, Implementation	Work with all levels of management to earn and communicate program support.
	Are systems available to support data gathering and provision of decision support?	Development, Implementation	Assess how to and who will gather performance data; encourage system improvement to enhance clinical decision support whenever possible.
	Will staffing levels and training allow for use of existing staff?	Development, Implementation	Use existing staff during early stages to ease implementation.
	Do key staff expect program to be sustainable?	Development, Implementation	Assess factors that facilitate sustainable programs; encourage key managers to expect and communicate expectation of sustainability.
	How do staff at all levels perceive net benefit of program?	Development, Implementation	Assess and provide education in modifiable areas, i.e., knowledge, beliefs, and perceived risk of inaction.
	Does the organization have one or more clinical opinion leaders in target area?	Development, Implementation, Maintenance	Engage clinical leaders from planning through implementation and maintenance stages.
	Do staff incentives relate to target area?	Development, Implementation, Maintenance	Highlight how program helps staff meet organizational expectations.
Characteristics of Patient Recipients	Are the prevailing characteristics and barriers of patient participants known?	Development	Assess target group characteristics and barriers prior to program implementation.
	Are disease burden and competing demands of target patient group understood?	Development	Assess disease burden and pattern of care to better design program.
	What are common knowledge, beliefs, and perceived risk patterns?	Development	Assess modifiable factors regarding patient perceived net benefit.
External Environment	Have performance gaps led to patient or group payor dissatisfaction? Is this a public measure, and has the competition had better performance?	Development, Implementation, Maintenance	Highlight gaps in satisfaction and other areas of performance to build support.

(Continued on page 241)

Table 4. Key Questions and Suggestions by Relevant Project Phase to Enhance Implementation and Sustainability for Each Practical, Robust Implementation and Sustainability Model (PRISM) Domain

PRISM Domain	Key Questions	Project Phase	Suggestions
External Environment, cont.	Have gaps in performance put the organization at legal or regulatory risk?	Development, Implementation, Maintenance	Highlight these factors, as they are the most powerful in this domain.
	Do reimbursement or coverage issues affect patient or staff behavior?	Development, Implementation, Maintenance	Assess effect on staff and patients; work with policy- and decision-makers to alleviate burden or provide incentives when possible.
	Are there community resources that can enhance program?	Development, Implementation, Maintenance	Assess availability and quality of community resources and integrate when possible.
Implementation and Sustainability Infrastructure	Can a “bridge” researcher facilitate implementation of a proven practice?	Development	Utilize individuals who participate in research, evaluation, and implementation.
	Should the sustainability infrastructure be the same as that used for implementation?	Maintenance	Identify key tasks after start-up is over and determine who will complete them.
	Can implementation and sustainability tasks be part of key staff job descriptions?	Development, Implementation, Maintenance	Whenever possible, avoid long-term nonsustainable add-on tasks for staff—plan for sustainability.
	Is there an existing infrastructure that can take on key implementation/ sustainability tasks?	Development, Implementation, Maintenance	Use existing structures as much as possible but enhance as needed to assure completion of key tasks.
Overall	Can I activate multiple PRISM domains and multiple elements in each domain to capitalize upon?	Development	Select an intervention and implementation infrastructure that utilizes at least one important element for success in 3–4 PRISM domains.

results. We have found it useful in conceptualizing, implementing, and evaluating health care improvement programs, and we encourage readers to provide feedback on its usefulness in their settings. ¹

This work was partially supported through cooperative agreement U18 HS11843 from the Agency for Healthcare Research and Quality; Kaiser Permanente's Garfield Memorial Fund; research contracts from Merck & Co., Inc.; and grant #R01CA090974 from the National Cancer Institute. The authors acknowledge Martha Swain for her editorial assistance and Debra Burch for her secretarial assistance.

Adrianne C. Feldstein, M.D., M.S., is Medical Liaison for Research, Northwest Permanente, and Adjunct Investigator, the Center for Health Research, Kaiser Permanente Northwest, Portland, Oregon. **Russell E. Glasgow, Ph.D.**, is Senior Scientist, Kaiser Permanente Colorado, for the Clinical Research Unit, Penrose, Colorado. Please address correspondence to Adrianne C. Feldstein, M.D., M.S., Adrianne.c.feldstein@kpchr.org.

ANNEXE 5 – DETAIL DES TACHES ASSOCIEES À LA FONCTION DE COORDINATION

Le gestionnaire de parcours assure de multiples tâches permettant l'articulation entre acteurs de ville et hospitaliers :

- Information/explicitation du parcours auprès des professionnels de ville (médecin traitant et pharmacien d'officine) indiqués par les patients, transmission des documents informatifs ;
- Organisation du rendez-vous pour la concertation pluridisciplinaire auprès du binôme hospitalier et des acteurs de ville (médecin traitant et pharmacien d'officine);
- Gestion des RCP ;
- Participation à la RCP ;
- Envoi du PPP validé et vérification de sa réception par les acteurs de ville, partage avec le patient ;
- Synthèse des préconisations formulées en vue d'un RETEX auprès des professionnels de ville ;
- Participation à l'animation territoriale ;

Missions spécifiques à l'expérimentation

- Suivi de la mise en œuvre à 90 jours (si possible, auprès du pharmacien d'officine ou du médecin traitant, et quand possible à partir des bases de facturation de l'assurance maladie) ;
- Recueil de l'accord de participation des professionnels de ville ;
- Gestion des conventions : envoi aux professionnels de ville, de la charte d'adhésion au parcours et réception de celle-ci dûment signée ;
- Accord du patient à intégrer le parcours et à utiliser ses données en respect du RGPD ;
- Gestion des forfaits : clôture du parcours et facturation ;
- Recueil et suivi des indicateurs
- Participation à l'évaluation du projet.

BIBLIOGRAPHIE

Les références ci-après sont classées par type de sources et par ordre d'apparition dans la thèse.

OUVRAGES

Aissou M., Danos J.-P., Jolivet A., *Structurer les parcours de soins. Politiques, méthodes et outils pour la mise en œuvre de la loi Santé*, Décideur Santé, LEH Editions, 02.2020, p. 12.

Chevillard G., Mousquès J., « Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français », *Cybergeo*, 2018, pp. 1-28.

Vézinat N., *Vers une médecine collaborative, politique des maisons de santé pluriprofessionnelles en France*, Paris, 2019 PUF.

Cairney P., *The Politics of Evidence-based Policy Making*. Palgrave Pivot, 2016, pp. 1-137.

Douguet F., Fillaut T., Hontebeyrie J., *Intervenir en première ligne, Les professions de santé libérales face au défi de la santé de proximité*, Paris : L'Harmattan, 2016, Coll. Le travail du social.

Leca A. (dir.), *Le monopole médical en question, Les cahiers de droit de la santé*, 2019, Bordeaux, LEH, pp. 1-172.

Brion F., Aulagner G., Beaudeux J.-L., *Pharmacie clinique à l'officine*, 2023, 2e éd, Maloine.

Rainbird K., Sanson-Fisher R., Buchan H., *Identifying barriers to evidence uptake*, Melbourne: National Institute of Clinical Studies, 2006, pp.1-67

Pawson R., Tilley N., *Realistic evaluation*, London: Thousand Oaks, Calif: Sage, 1997.

Malengreaux S., Doumont D., Aujoulat I., *L'approche réaliste pour évaluer les interventions de promotion de la santé : éclairages théoriques*, Université Catholique de Louvain, 2020.

RAPPORTS ET RECOMMANDATIONS

« Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire », Haute Autorité de Santé, mis en ligne le 22.09.2020, https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201812/fr/soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire, [consulté le 18.02.2025].

« Pratique collaborative et partenariat patient en santé service sociaux », *Référentiel de compétences*, Université de Montréal, octobre 2016, <https://ecoledupartenariat.org/fr/>, [consulté le 18.02.2025].

Partnering with Patients, Families, and Communities: An Urgent Imperative for Health Care, Recommendations from the Macy Foundation Conference on Partnering with Patients, Families, and Communities to Link Interprofessional Practice and Education, Conference recommendations, Avril 2014, Arlington, Virginia.

« Rapport au Parlement 2024 sur les expérimentations innovantes en santé », Ministère de la santé et de l'accès aux soins, 11.2024.

Evaluation de l'expérimentation art. 51 IATROPREV, CEMKA, 21.05.2024, disponible en ligne : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/article-51-experimentations-en-cours> [consulté le 18.02.2025].

OCDE, *Repenser l'évaluation de la performance des systèmes de santé : Un cadre renouvelé*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, 2024, <https://doi.org/10.1787/04e8cdb9-fr>

OCDE/OIT, *Equipping Health Workers with the Right Skills: Skills Anticipation in the Health Workforce*, Getting Skills Right, Éditions OCDE, 2022, Paris. <https://doi.org/10.1787/9b83282e-en>.

Berland Y., *Coopération des professionnels de santé : le transfert de tâches et de compétences*, Rapport, Ministère de la Santé, octobre 2003, pp. 1-55.

Haute autorité de santé, *Accélérer les coopérations et les partages de tâches entre professionnels de santé*, position de la HAS, 13 mars 2024.

OCDE (2024), *Repenser l'évaluation de la performance des systèmes de santé : Un cadre renouvelé*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/04e8cdb9-fr>.

THESES

Louchez A., « Analyse économique du rôle des pharmaciens et des pharmacies de ville - Entre contraction de l'offre de soins et diversification de l'activité », dir. Le Clainche C., Lille, 2024.

DISCOURS

Transcription du discours sur la transformation du système de santé "Prendre soin de chacun" du Président de la République, Emmanuel Macron, Elysée, 18 septembre 2018, www.elysee.fr [consulté le 18.02.2025].

ARTICLES ET CHAPITRE D'OUVRAGES

Delande G., « L'article 51 : nouveau sésame de la réforme ? », *Droit et santé*, 2019, n° 88, pp. 304-306.

Pomey, M., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M., Débarges, B., Clavel, N. et Jouet, E. (2015) . Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, S1(HS), 41-50. <https://doi.org/10.3917/spub.150.0041>.

Sebai, J., « Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins : application aux systèmes de soins coordonnés », *Santé Publique*, 2016, Vol. 28(2), pp. 223-234.

Morize N., Bourgeois I., Fournier C., « Renouveler l'action publique en santé : un article (51) pour expérimenter avec les organisations de santé », *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n° 261, 09.2021, pp. 1-8.

Barbier J.-C., « Eléments pour une sociologie de l'évaluation des politiques publiques en France », *Revue française des affaires sociales*, 2010, 1, pp. 25-49.

Heinen M. et al., « Nurses' intention to leave their profession: a cross sectional observational study in 10 European countries », *International Journal of Nursing Studies*, 2013, vol. 50/2, pp. 174-184, <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2012.09.019>.

Debarge O., Morgenroth T., « Les parcours patients : un changement de paradigme », *Actes de colloque*, ALASS-GISEH, 2024, pp. 175 – 182.

Maurain C., « Une troisième voie... De la dispensation aux soins de premier recours », in Leca A., Maurain C., Moine-Dupuis I., Rousset G., dir., *L'avenir du monopole pharmaceutique*, dir. LECA A., p. 98.

Allenet B., Juste M., Mouchoux C., Collomp R., Pourrat X., Varin R., Honoré S., « De la dispensation au plan pharmaceutique personnalisé : vers un modèle intégratif de pharmacie clinique », *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*, Volume 54, Issue 1, 2019, pp. 56-63. <https://doi.org/10.1016/j.phclin.2018.12.003>.

Moret-Bailly J., « Les modes de définition des professions de santé, présent et avenir », *RDSS*, 2018, pp. 508-519.

Piveteau D., « Les parcours portent la transformation du système de santé », *ADSP*, 2014, n° 88, pp. 15-17.

Borgetto M., « Le parcours du patient », *RDSS*, 2021, p. 393.

Ray M., Bourgueil Y., Sicotte C., « Les maisons de santé pluriprofessionnelles : un modèle organisationnel au carrefour de multiples logiques », *Revue française des affaires sociales*, 2020, (1), pp. 57-77. <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0057>.

Alrabie N., « Integrating professionals in French multi-professional health homes: Fostering collaboration beyond the walls », *Health Services Management Research*, 2020;33(2), pp. 86-95. DOI :10.1177/0951484819858828

Yatim, F., Sebai, J., « Coopération inter-organisationnelle dans le domaine de la santé. Le cas des Maisons de Santé Pluri-professionnelles en France », *Gestion et management public*, 2021, Volume 9 / n° 3(3), pp. 47-69. <https://doi.org/10.3917/gmp.093.0047>.

Morgenroth T., Rognon C., Decaudin B., Beuscart J.-B., « La dimension compétences dans la prévention du risque iatrogène du patient âgé par la concertation ville-hôpital. Le dispositif "IATROPREV" », ALASS-GISEH, Actes de colloques, 2024, pp. 158-165.
Eccles M.P., Mittman B.S., « Welcome to Implementation Science », *Implement Sci*, 2006, 1(1):1. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1>.

Neta G., Brownson R.C. , Chambers D.A., « Opportunities for epidemiologists in implementation science: A primer », *Am J Epidemiol*, 2018, 187(5), pp. 899–910. <https://doi.org/10.1093/aje/kwx323>.

Pfadenhauer L.M., Gerhardus A., Mozygemba K., Lysdahl K.B., Booth A., Hofmann B., et al., « Making sense of complexity in context and implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework », *Implement Sci.*, 2017, 12(1), p. 21. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0552-5>.

Rogers L., De Brún A., McAuliffe E., « Development of an integrative coding framework for evaluating context within implementation science », *BMC Med Res Methodol.*, 2020, 20(1), p. 158. <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01044-5>.

Nilsen P., Bernhardsson S., « Context matters in implementation science: a scoping review of determinant frameworks that describe contextual determinants for implementation outcomes », *BMC Health Serv Res.*, 2019, 19(1), p. 189. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4015-3>.

Dryden-Palmer K.D., Parshuram C.S., Berta W.B., « Context, complexity and process in the implementation of evidence-based innovation: a realist informed review », *BMC Health Serv Res.*, 2020, 20(1), p. 81. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4935-y>.

Davis M., Beidas R.S., « Refining contextual inquiry to maximize generalizability and accelerate the implementation process », *Implement Res Pract.*, 2021, 2. <https://doi.org/10.1177/2633489521994941>.

Rycroft-Malone J., « The PARIHS framework - a framework for guiding the implementation of evidence-based practice », *J. Nurs. Care Qual.*, 2004 Oct-Dec; 19(4), pp. 297-304. DOI: 10.1097/00001786-200410000-00002.

Moullin J.C., Sabater-Hernández D., Benrimoj SI., « Qualitative study on the implementation of professional pharmacy services in Australian community pharmacies using framework analysis », *BMC Health Serv. Res.*, 2016 Aug 25;16(1), p. 439. DOI: 10.1186/s12913-016-1689-7.

Atkins L., Francis J., Islam R., O'Connor D., Patey A., Ivers N., & al., « A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems », *Implement Sci.*, 2017, 12(1), p. 77. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0605-9>.

Smith M.A., Blanchard C.M., Vuernick E., « The Intersection of Implementation Science and Pharmacy Practice Transformation », *Ann. Pharmacother.*, 2020, 54(1), pp. 75-81. DOI: 10.1177/1060028019867253.

Shoemaker S. J., Curran G. M., Swan H., Teeter B. S., Thomas J., « Application of the Consolidated Framework for Implementation Research to community pharmacy: A framework for implementation research on pharmacy services », *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 13 (5), 2017, pp. 905-913. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.06.001>.

Michie S., Johnston M., Abraham C., Lawton R., Parker D., Walker A., « On behalf of the Psychological Theory Group. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach », *Qual. Saf. Health Care*, 2005, 14, pp. 26–33. DOI: 10.1136/qshc.2004.011155.

Cane J., O'Connor D., Michie S., « Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research », *Implement Sci.*, 2012, 7, p. 37. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-37>.

Feldstein A.C., Glasgow R.E., « A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice », *Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf.*, 2008, 34, pp. 228–43. DOI: 10.1016/s1553-7250(08)34030-6.

Flottorp S.A., Oxman A.D., Krause J., Musila N.R., Wensing M., Godycki-Cwirko M., & al., « A checklist for identifying determinants of practice: a systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice », *Implement Sci.*, 2013, 8, p. 35. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-35>.

Mielke J., Leppla L., Valenta S., & al., « Unraveling implementation context: the Basel Approach for coNtextual ANALysis (BANANA) in implementation science and its application in the SMILe project », *Implement Sci. Commun.*, 2022, 3, p. 102. <https://doi.org/10.1186/s43058-022-00354-7>

Bardet J.-D., Décaudin B., Schneider M.-P., Standaert A., Tempremant G., « Promotion des comportements favorables à la santé et suivi pharmaceutique à l'officine », *Pharmacie clinique à l'officine*, dir. Brion F., Ed. Maloine, 2023, 2^{ème} éd., pp. 199-210.

Moecker R., Terstegen T., Haefeli W.E., Seidling H.M., « The influence of intervention complexity on barriers and facilitators in the implementation of professional pharmacy services - A systematic review », *Res. Social Adm. Pharm.*, 2021 Oct, 17(10), pp. 1651-1662. DOI : 10.1016/j.sapharm.2021.01.013.

Moullin J.C., Sabater-Hernández D., Benrimoj SI., « Qualitative study on the implementation of professional pharmacy services in Australian community

pharmacies using framework analysis », *BMC Health Serv. Res.*, 2016 Aug. 25, 16(1), p. 439. DOI : 10.1186/s12913-016-1689-7.

Launois R., Diard M., Cabout E., Meto E., Eymere S., « Évaluer autrement les parcours de soins coordonnés article 51 LFSS 2018 : une innovation, les protocoles réalistes », *Annales Pharmaceutiques Françaises*, Volume 80, Issue 2, 2022, pp. 131-144. <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2021.06.004>.

Vareilles G., Pommier J., Kane S., Pictet G., Marchal B., « Understanding the motivation and performance of community health volunteers involved in the delivery of health programmes in Kampala, Uganda: a realist evaluation protocol », *BMJ Open*, 2015, 5:e006752. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006752>.

Sebai J., « Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins : application aux systèmes de soins coordonnés », *Pratiques et organisation des soins*, 2016, pp. 223-234.

Bousquet F., « Territoires et innovations dans les services de santé, une illustration à partir des expérimentations de l'article 51 », *Regards*, 2019 ; 56:117. <http://dx.doi.org/10.3917/regar.056.0117>.

SITOGRAPHIE

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-08/ER1277.pdf> [consulté le 18.02.2025].

« Dispositif article 51 : quel bilan après cinq ans d'existence », Lemaire N., www.mnh.fr [consulté le 18.02.2025].

<https://www.francetravail.fr/candidat/vos-recherches/preparer-votre-candidature/accompagne-dans-sa-recherche/les-3-types-de-competences-a-v-1.html> [consulté le 18.02.2025].

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2033014/fr/comment-elaborer-et-mettre-en-oeuvre-des-protocoles-pluriprofessionnels [consulté le 18.02.2025].

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/organisation-territoriale-des-soins-de-premier-recours> [consulté le 18.02.2025].

<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889> [consulté le 18.02.2025].

« Professionnels de santé, collectivité : le plan 4000 maisons de santé », https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_msp_2027_v2_format_a4_impression-vf.pdf [consulté le 18.02.2025].

<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/cpts-s-organiser-sur-un-meme-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients/article/l-atlas-des-cpts> [consulté le 18.02.2025].

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2831393/fr/s-engager-dans-le-programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe-pacte [consulté le 18.02.2025].

<https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>, cf schéma p. 9 [consulté le 18.02.2025].

<https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/medicaments/risque-iatrogenique-prevention-chez-la-personne-agee-de-65-ans-et-plus/supports-d-information-destination-des-patients/role-des-autres-professionnels-de-sante-et-des-aidants> [consulté le 18.02.2025].

Interfimo, « Libérons le temps pharmaceutique ! », Interview T. Morgenroth, 2024, <https://www.interfimo.fr/onlib-infos/detail/liberons-le-temps-pharmaceutique,882> [consulté le 18.02.2025].

Université de Lille
UFR3S-Pharmacie
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2024 / 2025

Nom : MORGENROTH
Prénom : Thomas

Titre de la thèse : L'APPROCHE PAR COMPETENCES DANS LES DISPOSITIFS EXPERIMENTAUX EN SANTE. APPLICATION AUX COMPETENCES PHARMACEUTIQUES DANS LE CADRE DU DISPOSITIF « IATROPREV ».

Mots-clés : COMPETENCES – PHARMACIE – IATROPREV – PERSONNE ÂGÉE - SCIENCES DE L'IMPLEMENTATION

Résumé :

Les expérimentations en santé permises par l'article 51 de la PLFSS de 2018 ont offert une opportunité aux acteurs du soins de premier recours de proposer des innovations en matière de parcours de santé. Le succès de ces dispositifs s'inscrit dans un contexte où l'organisation des soins se décroïssonne au profit d'un partage de compétences au service du patient. Les compétences deviennent ainsi un élément central dans la conception de dispositifs visant à améliorer l'organisation des soins. Dès lors, elles doivent également intégrer la réflexion de leur implémentation afin de contribuer à l'effectivité des innovations collaboratives.

L'évaluation de ces dispositifs, dans l'objectif d'une déclinaison nationale, vise à s'assurer de leurs effets ainsi que de leur reproductibilité, et invite à intégrer la dimension compétences comme composante de cette évaluation.

Cette dimension est étudiée dans le cadre de l'expérimentation « IATROPREV », en s'intéressant particulièrement aux compétences pharmaceutiques.

Membres du jury :

Président : Monsieur le Professeur François PUISIEUX – PU-PH en Gériatrie – université de Lille

Assesseur(s) : Monsieur le Professeur Bertrand DECAUDIN – PU-PH en Pharmacie clinique université de Lille

Membre(s) extérieur(s) :

Madame le Docteur Marie-Paule SCHNEIDER-VOIROL – Professeure associée – Université de Genève – Directrice scientifique de pharma24, Genève.

Monsieur le Docteur Grégory TEMPREMANT – Pharmacien – Président de l'URPS Pharmacie des Hauts-de-France – Conseiller régional des Hauts-de-France