



HAL
open science

Le pharmacien d'officine au sein du réseau DROMARDIAB : rôle, collaboration et évolution selon la perspective des médecins et des IDE

Thomas Quenot

► **To cite this version:**

Thomas Quenot. Le pharmacien d'officine au sein du réseau DROMARDIAB : rôle, collaboration et évolution selon la perspective des médecins et des IDE. Sciences pharmaceutiques. 2016. dumas-01281038

HAL Id: dumas-01281038

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01281038v1>

Submitted on 1 Mar 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE**

Année : 2016

N°

**LE PHARMACIEN D'OFFICINE AU SEIN DU RESEAU DROMARDIAB : RÔLE,
COLLABORATION ET EVOLUTION SELON LA PERSPECTIVE DES MEDECINS ET
DES IDE**

**THÈSE
PRESENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE
DIPLOME D'ÉTAT**

Thomas QUENOT

Né(e) le : 12/10/1990 à : Valence (26)

**THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE
GRENOBLE**

Le : 29/02/2016

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Monsieur le Professeur Emérite Jean CALOP

Membres :

Monsieur Jean-Didier BARDET, Docteur en Pharmacie (Directeur de thèse)

Madame le Docteur Magalie BAUDRANT (Directrice de thèse)

Monsieur le Professeur Benoit ALLENET

Madame le Docteur Elisabeth EMIN-RICHARD

La Faculté de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen : SEVE Michel
Vice-doyenne : DEMEILLIERS Christine

Année 2015-2016

ENSEIGNANTS A L'UFR DE PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

BAKRI	Aziz	Pharmacie Galénique et Industrielle, Formulation et Procédés Pharmaceutiques (TIMC-IMAG)
BOUMENDJEL	Ahcène	Chimie Organique (D.P.M.)
BURMEISTER	Wim	Biophysique (U.V.H.C.I)
DECOUT	Jean-Luc	Chimie Inorganique (D.P.M.)
DROUET	Christian	Immunologie Médicale (TIMC-IMAG)
DROUET	Emmanuel	Microbiologie (U.V.H.C.I) -
GODIN-RIBUOT	Diane	Physiologie-Pharmacologie (HP2)
LENORMAND	Jean Luc	Ingénierie Cellulaire, Biothérapies (THEREX, TIMC, IMAG)
MARTIN	Donald	Laboratoire TIMC-IMAG (UMR 5525 UJF-CNRS)
MOINARD	Christophe	LABFA (U Inserm 1055)
PEYRIN	Eric	Chimie Analytique (D.P.M.)
RIBUOT	Christophe	Physiologie – Pharmacologie (HP2)
WOUESSIDJEWÉ	Denis	Pharmacotechnie (D.P.M.)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

ALLENET	Benoit	Pharmacie Clinique (THEMAS TIMC-IMAG/MCU-PH)
CORNET	Murielle	Parasitologie – Mycologie Médicale (LAPM, PU-PH)
DANEL	Vincent	Toxicologie (SMUR SAMU / PU-PH)
FAURE	Patrice	Biochimie (HP2/PU-PH)
MOSSUZ	Pascal	Hématologie (PU-PH-THEREX-TIMC)
SEVE	Michel	Biochimie – Biotechnologie (IAB, PU-PH)

PROFESSEURS EMERITES

CALOP	Jean
GRILLOT	Renée
ROUSSEL	Anne-Marie

Dernière mise à jour : NM 16/02/2016

DOMAINE DE LA MERCI – 38706 LA TRONCHE CEDEX – France - TEL : +33 (0)4 76 63 71 00 – FAX : +33 (0)4 76 63 71 70

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

ALDEBERT	Delphine	Parasitologie-Mycologie (L.A.P.M)
BATANDIER	Cécile	Nutrition et Physiologie (L.B.F.A)
BELAIDI-CORSAT	Elise	Pharmacologie Physiologie –(HP2)
BOURGOIN	Sandrine	Biochimie – Biotechnologie (IAB)
BRETON	Jean	Biologie Moléculaire / Biochimie (L.C.I.B – LAN)
BRIANCON-MARJOLLET	Anne	Physiologie Pharmacologie (HP2)
BUDAYOVA SPANO	Monika	Biophysique (I.B.S)
CAVAILLES	Pierre	Biologie Cellulaire et génétique (L.A.P.M)
CHOISNARD	Luc	Pharmacotechnie (D.P.M)
DELETRAZ-DELPORTE	Martine	Droit Pharmaceutique (Equipe SIS « Santé, Individu, Société »-EAM 4128)
DEMEILLIERS	Christine	Biochimie (L.B.F.A)
DURMORT-MEUNIER	Claire	Biotechnologies (I.B.S)
GEZE	Annabelle	Pharmacotechnie (D.P.M)
GILLY	Catherine	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
GROSSET	Catherine	Chimie Analytique (D.P.M)
GUIEU	Valérie	Chimie Analytique (D.P.M)
HININGER-FAVIER	Isabelle	Biochimie (L.B.F.A)
JOYEUX-FAURE	Marie	Physiologie - Pharmacologie (HP2)
KHALEF	Nawel	Pharmacie Galénique (TIMC-IMAG)
KRIVOBOK	Serge	Biologie Végétale et Botanique (L.C.B.M)
MELO DE LIMA	Christelle	Biostatistiques (L.E.C.A)
MOUHAMADOU	Bello	Cryptogamie, Mycologie Générale (L.E.C.A)
NICOLLE	Edwige	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
OUKACINE	Farid	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
PERES	Basile	Pharmacognosie (D.P.M)
PEUCHMAUR	Marine	Chimie Organique (D.P.M.)
RACHIDI	Walid	Biochimie (L.C.I.B)
RAVELET	Corinne	Chimie Analytique (D.P.M)
SOUARD	Florence	Pharmacognosie (D.P.M)
TARBOURIECH	Nicolas	Biophysique (U.V.H.C.I.)
VANHAVERBEKE	Cécile	Chimie (D.P.M)

MAITRES DE CONFERENCE DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

BEDOUCH	Pierrick	Pharmacie Clinique (THEMAS TIMC-IMAG/MCU-PH)
BUSSER	Benoit	Pharmacie (IAB-INSERM)
GERMI	Raphaëlle	Microbiologie (U.V.H.C.I)

PROFESSEURS CERTIFIES

FITE	Andrée
GOUBIER	Laurence

PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES (PAST/MAST)

BELLET	Béatrice	Pharmacie Clinique
RIEU	Isabelle	Qualitologie (Praticien Attaché – CHU)
TROULLER	Patrice	Santé Publique (Praticien Hospitalier – CHU)

PROFESSEURS AGREGES (PRAG)

GAUCHARD	Pierre-Alexis	(D.P.M)
----------	---------------	---------

CHU : Centre Hospitalier Universitaire
 CIB : Centre d'Innovation en Biologie
 DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire
 HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
 IAB : Institut Albert Bonniot, Centre de Recherche « Oncogenèse et Ontogenèse »
 IBS : Institut de Biologie Structurale
 LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes
 LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée
 LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux
 LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
 LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine
 LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
 TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation et de Cognition
 UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions

REMERCIEMENTS

A **Jean CALOP**, pour vos nombreux conseils avisés durant mes études et pour votre engagement dans la pharmacie clinique. Je vous remercie de me faire l'honneur de présider le jury de thèse en remplacement de Benoit ALLENET.

A **Benoit ALLENET**, pour m'avoir aidé dans mon projet et avoir initialement accepté de présider ce jury. C'est un honneur de vous compter parmi ses membres.

A **Magalie BAUDRANT**, pour avoir accepté d'encadrer cette thèse. Je vous remercie pour avoir rendu possible ce travail, pour votre aide et votre écoute dans les moments importants.

A **Jean-Didier BARDET**, pour avoir accepté de diriger et pour m'avoir accompagné tout au long de ce travail. Je te remercie pour tes idées, ta disponibilité et le temps précieux que tu m'as consacré.

A **Elisabeth EMIN-RICHARD**, pour m'avoir ouvert les portes du réseau DROMARDIAB, pour avoir accepté de lire mon travail et d'y avoir contribué. Je vous remercie d'avoir pu vous rendre disponible et de continuer à le faire en étant présente aujourd'hui. Je vous connais depuis de nombreuses années et c'est un plaisir de vous compter parmi les membres du jury.

A Karine TOURALBE, pharmacien au sein du réseau, dont je partage la vision du rôle du pharmacien. Merci pour tes explications et tes conseils. Nos échanges ont été très enrichissants et m'ont été d'une grande utilité.

A toute l'équipe du réseau DROMARDIAB et notamment Véronique VALLES VIDAL, infirmière, directeur du réseau Dromardiab et Emilie COUSIN, secrétaire, pour votre aide, votre gentillesse et pour m'avoir fait parvenir les informations nécessaires.

A tous les professionnels de santé qui ont accepté de participer aux entretiens. Ce fut un plaisir de vous rencontrer et de pouvoir échanger avec vous dans le cadre de ma thèse.

A mes parents et à Alexandre et Marina qui me soutiennent et m'encouragent dans tous mes projets même les plus exubérants : sachez que j'admire votre endurance. Merci pour votre confiance sans faille, sans vous rien ne serait possible

A tous mes amis de pharmacie avec lesquels j'ai passé d'innombrables heures, surtout à me plaindre, sur le campus et en dehors. Merci à ceux qui sont présents aujourd'hui.

A mes collègues Passereliens de Lyon avec lesquels j'ai pu partager les joies de la reprise des études. Merci pour m'avoir soutenu et encouragé malgré la situation totalement «illégal» dans laquelle je me suis retrouvé. Aujourd'hui non seulement je régularise mais je n'ai plus d'excuses pour sécher les cours.

A tous mes amis et proches.

4.2.1.	Un acteur du système de santé	45
4.2.2.	Un spécialiste du médicament.....	46
4.2.3.	Un acteur dans l'éducation thérapeutique	50
4.3.	Communication interprofessionnelle.....	51
4.3.1.	Natures de la communication actuelle entre le médecin, l'infirmière et le pharmacien.....	51
4.3.2.	Qualité des relations interprofessionnelles.....	53
4.3.3.	Attentes en terme d'amélioration de la communication.....	55
4.4.	Evolution des missions du pharmacien	58
4.4.1.	Evolution par l'éducation thérapeutique	58
4.4.2.	Les nouvelles missions pour le pharmacien au sein du réseau.....	60
4.4.3.	L'analyse pharmaceutique : évolution au sein du réseau	63
4.5.	Les freins organisationnels	66
5.	DISCUSSION	68
	CONCLUSION	79
	REFERENCES.....	81
	ANNEXES :	85

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : tableau récapitulatif des participants.....	33
Tableau II : Tableau récapitulatif des entretiens	35
Tableau III : Distribution des thèmes identifiés dans les verbatims suivant les participants	39

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Roue de Deming pour l'amélioration de la qualité.....	14
Figure 2: Stage Approach to Developing the Pharmacist-Physician Collaborative Working Relationship.....	26
Figure 3: Lieu de travail des participants au sein du secteur d'activité du réseau	34
Figure 4: Modèle conceptuel de la collaboration médecin généraliste – pharmacien de Bradley et al	72

ABREVIATIONS

ANCRED : Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète

ARS : Agence Régionale de Santé

ATC-P : Attitudes Towards Collaboration

BEP : Bilan éducatif partagé

BMI : Bilan Médical d'Inclusion

BMO : Bilan Médicamenteux Optimisé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMEI : Conseillère Médicale en Environnement Intérieur

CPOM : contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

CWR : Collaborative Working Relationship

DP : Dossier Pharmaceutique

FIR : Fond d'Intervention Régional

GPCPC : General Practitioners and Community Pharmacist Collaboration

HMR : home medicines review

HPST : loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

PAPA : Professeur d'Activité Physique Adaptée

PDA: Préparation des Doses à Administrer

SISRA: Système d'Information en Santé de la région Rhône-Alpes

URCAM : Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

INTRODUCTION

La question de la collaboration interprofessionnelle est essentielle pour une prise en charge efficiente des patients.

Le rapport datant de 2003 du Professeur Berland, président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, insiste sur la nécessité de développer la coopération entre les professionnels de santé (1). L'objectif est de faire face aux nouveaux défis qui se présentent au système de santé français tels que le développement des maladies chroniques et des polyopathologies dans un contexte de vieillissement de la population et la nécessité de favoriser un accès aux soins avec une meilleure qualité et plus de sécurité.

La loi de 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a pour objectif la prise en charge des patients reposant sur une coordination performante entre tous les intervenants de façon à optimiser leur parcours de soins (2, 3).

Dans ce contexte, les réseaux sont des structures de premier recours, ayant un exercice pluridisciplinaire, sur lesquelles le médecin généraliste peut s'appuyer pour accompagner les patients en difficulté. Les pharmaciens font partie des professionnels de santé pouvant constituer ses réseaux.

L'objectif de cette étude est d'évaluer le niveau de collaboration interprofessionnelle ainsi que le rôle des pharmaciens et les évolutions possibles selon la perspective des médecins et des infirmières qui travaillent avec eux au sein du réseau DROMARDIAB. Pour cela une étude exploratoire qualitative est réalisée.

1. LE RESEAU DROMARDIAB

1.1. Les réseaux en France

Les réseaux de santé introduits par la loi du 4 mars 2002 (4) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé sont des regroupements pluridisciplinaires de professionnels de santé. Ils ont pour objectif de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge en offrant un parcours adapté aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins.

Il existe aujourd'hui environ 700 réseaux de santé financés par le fond d'intervention régional (FIR). L'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a créé le FIR pour l'allocation des ressources aux réseaux de santé (5) dans le cadre des orientations prises par les ARS dans leur programme régional de santé sur leur positionnement dans l'offre de soins. L'ARS créée dans l'article 118 de la loi du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires est un service public de santé qui regroupe en une seule entité plusieurs organismes chargés des politiques de santé dans les régions et les départements et est chargée de mettre en œuvre la politique de santé publique au niveau régional (6). Les sommes engagées par les ARS au titre des missions du FIR peuvent être attribuées aux professionnels, aux personnes publiques et aux organismes, quels que soient leurs statuts, chargés de leur mise en œuvre, ou, le cas échéant, aux personnels de ces derniers (5). Peuvent donc être bénéficiaires, quel que soit le type de dépenses du fonds, les établissements de santé publics et privés, les maisons de santé et les réseaux de santé entre autres.

Les CPOM ou contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens permettent de faire le lien entre l'ARS et les réseaux de santé pour assurer une meilleure gestion de ces derniers. Cela permet aux acteurs de mieux définir leur projet pour plus d'efficacité dans la gestion et répondre aux différents enjeux (7):

- ✓ définir précisément les transformations du positionnement et du fonctionnement ; interne que chacun des réseaux de santé s'engagent à réaliser;
- ✓ déterminer les modalités de transition des réseaux de santé;
- ✓ structurer et simplifier le dialogue de gestion entre les réseaux de santé et l'ARS;
- ✓ organiser l'articulation avec les autres acteurs de la coordination sur le territoire;
- ✓ renforcer le suivi de l'activité des réseaux de santé via des indicateurs de performance.

La loi place le médecin généraliste de premier recours au centre de la coordination des soins en lui confiant la responsabilité d'orienter ses patients selon leurs besoins et de s'assurer de la coordination de leurs soins (8). Ainsi les réseaux de santé ont donc comme objectif d'évolution d'assurer une mission d'appui aux médecins généralistes et aux équipes de premiers recours pour la prise en charge de situations complexes (notamment sur les aspects médico-sociaux), leur permettant de gagner du temps et de mieux orienter leurs patients en proposant une diversité d'intervenants. Au final cela doit garantir un parcours efficient (7) :

- ✓ Maintien au domicile ;
- ✓ Anticipation des hospitalisations ;
- ✓ Sortie d'hospitalisation dans les meilleures conditions.

Pour une meilleure prise en charge des patients, le réseau se base sur une démarche d'amélioration de la qualité des pratiques, s'appuyant notamment sur des référentiels, des protocoles de prise en charge et des actions de formation destinées aux professionnels et

intervenants du réseau, notamment bénévoles (9). Ce programme de soins protocolisé est soumis à évaluation par les ARS (10) et répond aux critères requis pour l'évaluation des pratiques professionnelles et peut ainsi postuler pour être un organisme agréé pour bénéficier des financements.

L'amélioration de la qualité des pratiques induites par l'implication des professionnels de santé dans le réseau s'inscrit dans le modèle proposé par Deming dans les années soixante qui correspond à un processus cyclique (Figure 1 ci-dessous).

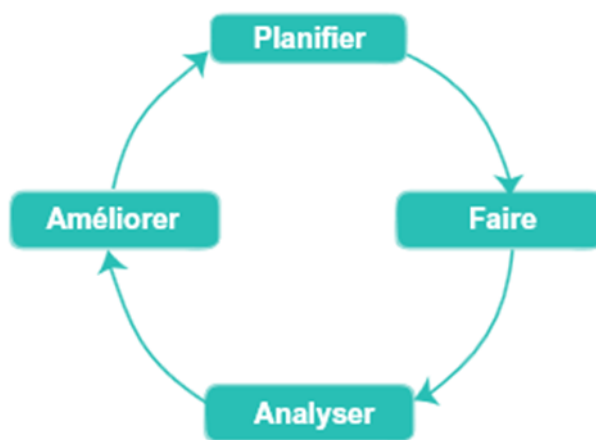


Figure 1: Roue de Deming pour l'amélioration de la qualité(11)

Ce modèle comprend quatre étapes qui se succèdent continuellement (11).

- ✓ planifier et programmer l'inclusion du patient ;
- ✓ faire : appliquer le protocole de soins et mettre en place la prise en charge ;
- ✓ analyser les résultats de l'intervention des professionnels ;
- ✓ améliorer les pratiques et le suivi de l'activité.

1.2. DROMARDIAB

Le réseau DROMARDIAB est un exemple de réseau financé par l'assurance maladie. Il fait partie des 80 réseaux diabète qui sont coordonnés au niveau national par l'ANCRED (association nationale de coordination des réseaux diabète). Ce réseau est formé de professionnels de santé libéraux et hospitaliers qui se sont regroupés en association loi 1901. Sa création date de janvier 2003 avec l'élaboration des chartes, des dossiers patients et des procédures d'inclusion et c'est en avril 2005 que l'accord avec l'URCAM pour le financement de fonctionnement du réseau est obtenu. A partir de décembre 2005 débutent les premières inclusions.

Pour pouvoir bénéficier du réseau, les patients doivent répondre à des critères déterminés (12) :

- ✓ être diabétiques de types 1 ou 2 ;
- ✓ âgés de 18 à 75 ans ;
- ✓ résider dans la zone géographique des cantons et bassins de vie drômois, ardéchois et isérois situés autour des pôles hospitaliers de Valence et de Romans-Saint-Vallier.

Son objectif général est de réduire la gravité des complications des diabètes de type I et de type II chez les personnes diabétiques de la zone géographique. Pour y parvenir il passe par plusieurs objectifs spécifiques :

- ✓ coordonner l'ensemble des professionnels du réseau ;
- ✓ assurer aux patients du réseau l'accès aux consultations podologiques ;
- ✓ assurer aux patients du réseau l'accès à la diététique ;
- ✓ assurer aux patients du réseau l'accès à l'éducation thérapeutique ;
- ✓ informer les patients de l'existence du réseau.

Concernant les modalités, un patient répondant aux critères peut demander à être inclus à sa demande ou sur les conseils de son médecin traitant de préférence ou d'un médecin généraliste. Le médecin adresse ensuite un bilan médical d'inclusion (BMI) adressé au réseau. Ce bilan est une synthèse qui comprend notamment les traitements du patient avec noms, posologies, rythmes et tolérances, le suivi (fond d'œil, neuropathie...) et l'évaluation du risque cardiovasculaire. L'équipe médicale et paramédicale de coordination du réseau l'étudie et prend ensuite la décision ou non d'inclure le patient au réseau.

La fiche d'adhésion «patient» comporte les engagements du réseau après acceptation de l'inclusion suite au BMI. Un classeur de suivi personnalisé est remis au patient avec des fiches de suivi spécifique nécessaire pour le parcours coordonné qui lui permet d'accéder à certaines prestations financées par le réseau (actes dérogatoires) : séances d'éducation individuelle avec suivi infirmier, diététique, podologiques, activité physique et séances d'ateliers collectifs suivants (annexe 1) :

- Mieux connaître son diabète et mettre en œuvre une alimentation adaptée
- Courses au supermarché et lecture des étiquettes
- Adaptation de recettes
- Atelier d'écriture plaisir
- Cours de cuisine et repas
- Bien surveiller son diabète et ses pieds
- Mieux comprendre ses médicaments
- Activité physique adaptée et traitement.

Cette fiche comporte aussi les engagements du patient qui s'engage à suivre les recommandations et les protocoles de soins prescrits par ses médecins, et à effectuer les actes dérogatoires que le réseau met à sa disposition

Concernant son organisation, le réseau est promu par l'association loi 1901 dénommée «association réseau DROMARDIAB» dont les statuts sont déclarés en préfecture de la Drôme. Le conseil d'administration est composé des membres de droit et des membres élus au sein du réseau parmi lesquels on trouve des endocrinologues, médecins généralistes, infirmière diplômée d'Etat ou IDE, pharmaciens, podologues et diététiciennes. Le bureau de l'association DROMARDIAB après l'AG du 08/04/2014 est présidé par le Dr Elisabeth EMIN RICHARD, endocrinologue au centre hospitalier de Valence et est composé de deux vice-présidentes : Dr Sophie ACHARD-PEYREGNE et Dr Eva BLANC BERNARD, endocrinologues ainsi que d'un vice-président : Dr Jean Luc TISSERANT, médecin généraliste. Il est composé aussi d'un secrétaire général Gilles GARAIT, IDE, d'une secrétaire générale adjointe : Karine TOURALBE, pharmacienne, d'une trésorière : Françoise LABORDE, podologue et d'une trésorière adjointe : Joanne PAUL, IDE.

En ce qui concerne le pilotage et la coordination, le réseau est constitué d'un premier cercle comprenant des salariés parmi lesquels une directrice, une secrétaire, une chargée de projets, deux IDE et un professeur d'Activité Physique Adaptée (PAPA). Il comprend aussi des détachés : deux endocrinologues, deux infirmières hospitalières, une professeur d'activités physiques adaptées et une conseillère médicale en environnement intérieur (CMEI), et des vacataires : un endocrinologue, un médecin généraliste, un infirmier libéral, une diététicienne, une podologue, une psychologue libérale et un pharmacien. Ce premier cercle des coordonnateurs organise et coordonne les activités du réseau et rend compte régulièrement de ses activités à un comité de pilotage qui réunit des personnes du conseil d'administration. Ce comité de pilotage se réunit au moins tous les six mois.

Le 2^{ème} cercle assurant le fonctionnement du réseau est composé de deux médecins, six IDE, six pharmaciens qui assurent les ateliers « mieux comprendre ses médicaments », trois diététiciens, quatre podologues, un PAPA ainsi que deux écrivains publics.

L'organisation pluridisciplinaire du réseau permet d'offrir un parcours coordonné aux patients avec un plan d'aide personnalisé. Chaque patient possède un classeur de suivi rempli par les différents professionnels de santé et bénéficie d'un bilan éducatif partagé ou BEP. Ce BEP est un entretien réalisé avec le patient et destiné à mieux le connaître afin d'envisager avec lui ses objectifs d'apprentissage. Ce bilan est classé dans le dossier éducatif commun et permet à tous les professionnels de santé qui accompagnent le patient d'effectuer le suivi éducatif.

Ce réseau permet aussi d'offrir au patient une meilleure prise en charge de son suivi avec par exemple le remboursement d'une consultation préventive de podologie annuelle pour tous les patients inclus (13) pour lutter contre les complications microvasculaires (rétinopathie, néphropathie et neuropathie périphériques) et macrovasculaires.

Pour accompagner les patients inclus dans le réseau, les professionnels de santé sont invités à suivre une formation au fonctionnement du réseau. En plus, de manière facultative, le réseau propose des formations pluri professionnelles au diabète qui comprennent plusieurs modules (physiopathologie, prise en charge...) et des formations pluri professionnelles à l'éducation thérapeutiques.

DROMARDIABAB compte 620 professionnels adhérents. Après avoir signé une charte et une convention, ils figurent dans un annuaire du réseau dont la diffusion est interne (12). A ce jour, plus de 200 d'entre eux : médecins, infirmières, diététiciennes, podologues, pharmaciens et biologistes sont considérés comme formés. Concernant plus particulièrement les pharmaciens, parmi les 63 adhérents, 21 sont formés au fonctionnement du réseau, au diabète et à l'éducation thérapeutique. Par comparaison, 7 médecins généralistes sont formés. Sur ces pharmaciens formés, sept s'occupent de l'animation des ateliers et un participe à l'élaboration des bilans éducatifs partagés.

En ce qui concerne l'évolution du réseau, depuis 2010 DROMARDIAB s'est organisé dans un Collectif Sud dans le but d'optimiser en Drôme-Ardèche le parcours des patient et ce dans le cadre d'une coordination territoriale de l'éducation thérapeutique et du parcours des patients atteints de maladie chronique et patients complexes comme défini par la loi HPST(3). Depuis 2015, à la demande de l'ARS, le caractère monothématique du réseau DROMARDIAB évolue du fait de sa fusion avec les autres réseaux de santé du territoire et notamment deux réseaux gérontologiques.

2. LA COLLABORATION MEDECIN – PHARMACIEN

2.1. Définition de la collaboration

La collaboration interprofessionnelle est un facteur clé dans les initiatives visant à accroître l'efficacité des services de santé actuellement délivrés au public. C'est le processus par lequel des professionnels interdépendants structurent une action collective pour répondre aux besoins des patients en matière de santé (14).

Le concept de collaboration est un processus dynamique communément défini à travers cinq concepts sous-jacents(15):

- Partage : responsabilités partagées, données partagées, planning et interventions partagées.
- collaboration, partenariat impliquant une communication ouverte et honnête, une confiance et un respect mutuel.
- Pouvoir : basée sur le savoir et l'expérience plutôt que sur les titres.
- Interdépendance : l'augmentation des problèmes de soins demande l'expertise de chacun des professionnels de l'équipe.
- processus.

La collaboration au sein d'une équipe peut-être définie par des termes variés qui décrivent le degré de collaboration(15):

- ✓ L'équipe multidisciplinaire correspond à une situation où les différents professionnels travaillent sur un même projet mais indépendamment ou en parallèle. Les équipes multidisciplinaires comprennent une juxtaposition de professionnels et de

compétences. Ils ne se réunissent pas nécessairement mais les membres d'une équipe multidisciplinaire fonctionnent de manière coordonnée.

- ✓ L'équipe interdisciplinaire offre un meilleur degré de collaboration entre les membres. Cela correspond à une entité structurée partageant des objectifs et un processus de prise de décision en commun. Ainsi l'équipe interdisciplinaire permet la prise en compte du savoir et de l'expertise de chaque professionnel pour offrir des solutions pour des problèmes complexes. Pour répondre aux besoins des patients les professionnels de santé regroupés dans un partenariat interdépendant ouvrent leurs domaines de compétence pour plus de flexibilité dans le partage des responsabilités professionnelles.
- ✓ Enfin la notion d'équipe transdisciplinaire fait référence à une pratique où les professionnels recherchent des consensus et ouvrent leurs territoires professionnels. Par conséquent, l'équipe pluridisciplinaire est caractérisée par un échange délibéré de connaissances, de compétences et d'expertise qui dépasse les frontières des disciplines traditionnelles.

Le processus décrit par D'Amour(15) qui varie de la pratique indépendante ou parallèle à la pratique collaborative où les territoires professionnels s'effacent pour favoriser l'échange des connaissances, compétences et expertises.

2.2. Les déterminants de la collaboration

Les éléments clés de la collaboration entre le médecin généraliste et le pharmacien d'officine sont : la confiance, l'interdépendance, les perceptions et attentes par rapport à

l'autre professionnel de santé, les compétences, l'intérêt pour la pratique collaborative, la répartition des rôles et la communication(16).

Les perceptions qu'ont chaque professionnel de santé l'un de l'autre, leurs attentes pour les patients et leur intérêt pour le travail collaboratif sont nécessaires pour initier le processus. La collaboration peut donc être définie comme un processus dans lequel les différents professionnels travaillent ensemble pour impacter de manière positive sur le système de santé(17).

Le modèle de la collaboration entre le médecin généraliste et le pharmacien d'officine repose sur des déterminants de base ou déterminants moteurs qui sont la confiance et l'interdépendance(16).

L'interdépendance est basée sur le respect mutuel des professionnels par rapport à leur savoir, leur expertise et la reconnaissance de la complémentarité de leurs rôles dans la prise en charge du patient pour atteindre leur objectif partagé (15, 16, 18).

Le deuxième déterminant essentiel est la confiance. La notion de confiance est décrite dans différents modèles de collaboration développés plus loin dans cette thèse. Ces modèles la considèrent soit comme un facteur qui évolue tout au long des étapes du processus, soit comme une variable indispensable à la construction d'un partenariat entre les différents professionnels de santé.

A côté de ses déterminants essentiels, les déterminants relationnels interviennent tout au long de l'évolution du processus de collaboration. Ces déterminants relationnels sont les suivants(16) :

- ✓ la perception
- ✓ les attentes
- ✓ les compétences
- ✓ l'intérêt pour la pratique collaborative.

Ces déterminants caractérisent le processus par lequel les professionnels de santé passent d'une pratique indépendante à une pratique partagée avec les autres professionnels de santé et la communication ainsi que la définition des rôles sont des outils qui permettent le développement de cette collaboration.

Ces éléments structurent les modèles spécifiques de collaboration entre le médecin et le pharmacien qui sont retrouvés dans la littérature. De plus ils expliquent que le travail collaboratif entre les différents acteurs de santé est un processus complexe, volontaire et dynamique.

2.3. Les modèles de collaboration interprofessionnelle

Certains modèles théoriques ont été développés pour permettre de mieux comprendre la collaboration entre les médecins et les pharmaciens et pour mettre en évidence l'importance des déterminants associés.

Le modèle GPCPC (general practitioners and community pharmacist collaboration) de 2012 réalisé par Bradley et al.(19) a été développé à partir des nouveaux services pharmaceutiques expérimentés au Royaume-Uni comme par exemple l'examen des médicaments, le traitement des affections mineures et les services en dehors des heures d'ouverture. Ces services requièrent par ailleurs une collaboration directe entre le médecin et le pharmacien. A partir d'études qualitatives trois principales étapes de collaboration entre le médecin généraliste et le pharmacien d'officine ont été identifiées :

- ✓ Niveau 1 : Isolation
- ✓ Niveau 2 : Communication
- ✓ Niveau 3 : Collaboration

Ces trois niveaux sont caractérisés par un certain nombre de facteurs comme la proximité géographique, les prestations, la confiance, la connaissance mutuelle, la communication, les rôles et le respect entre les professionnels de santé.

Parmi les modèles de Van, le modèle «the Community Pharmacist Attitudes Towards Collaboration with General Practitioners Model (ATC-P) (20)» illustre comment l'attitude du pharmacien peut influencer le comportement collaboratif avec le médecin. Ce modèle a été réalisé en Australie à partir d'un questionnaire adressé à des pharmaciens. Les résultats de cette étude sont en faveur d'un modèle de collaboration, du point de vue du pharmacien, qui est directement influencé par les déterminants interactionnels (communication, respect mutuel, volonté de travailler ensemble et reconnaissance des rôles) et les déterminants environnementaux (relations durant les études ou proximité avec le cabinet). Cette étude met en évidence le fait que les déterminants propres aux praticiens (croyances et attentes) influencent la collaboration de manière indirecte en influençant les déterminants interactionnels.

A l'inverse le modèle «the General Practitioner Attitudes Towards Collaboration with Community Pharmacists model (ATC-GP) (21)» a été réalisé en Australie à partir d'un questionnaire pour les médecins généralistes dans le contexte de mise en place des HMR (home medicines review) (22). HMR est un programme conçu pour aider les patients à mieux gérer leurs médicaments et prévenir les problèmes qui leur sont liés. Dans ce cadre, en collaboration avec le médecin généraliste du patient, un pharmacien accrédité rend visite au domicile du patient pour passer en revue les traitements et lui rédige un rapport. L'équivalent

en France est le bilan médicamenteux optimisé ou BMO qui correspond au recensement des traitements prescrits ou en automédication (nom, dosage, posologie, forme galénique et voie d'administration) pris régulièrement juste avant l'hospitalisation (23).

Ainsi le modèle de Van et al.(20) montre l'influence directe des déterminants interactionnels et propres aux professionnels de santé (communication, confiance envers le pharmacien, respect mutuel, volonté de travailler ensemble, rôles clairement définis, attentes envers le pharmacien) et des déterminants environnementaux tels que l'emplacement de la pharmacie, la participation aux HMR et les relations durant la formation. Le rôle du pharmacien dans la gestion de la médication est quant à lui un déterminant indirect de ce modèle.

Parmi les modèles spécifiques de collaboration entre le médecin et le pharmacien, on trouve le modèle «the Collaborative Working Relationship» qui a été réalisé par McDonough et al (24). La particularité de ce modèle est qu'il s'agit d'un processus par étape (Figure 2) qui décrit l'évolution du partenariat entre médecin et pharmacien durant le développement de la collaboration. Cela va du niveau 0 «conscience des autres professionnels» jusqu'au niveau 4 «engagement dans le CWR». Ce modèle présente une asymétrie entre les médecins et les pharmaciens concernant certains composants de la collaboration comme par exemple la communication ou la perception de l'autre professionnel (16). Ainsi au niveau 1 le pharmacien est engagé dans des échanges déséquilibrés : il donne au médecin des informations sur l'historique médicamenteux, sur l'adhérence des patients. C'est au pharmacien qu'il appartient d'apporter des informations utiles au médecin et d'identifier les services qui peuvent compléter la pratique de ce dernier. Les améliorations dans les domaines de la communication, du développement des normes, de l'évaluation des performances et des résolutions de conflits vont permettre la progression à l'intérieur du processus de

collaboration. Finalement le dernier stade correspond à l'attachement au partenariat de travail collaboratif. A ce stade se mettent en place les rencontres en face à face pour échanger sur les patients, sur leurs problèmes pratiques. Les efforts et le pouvoir deviennent équitables.

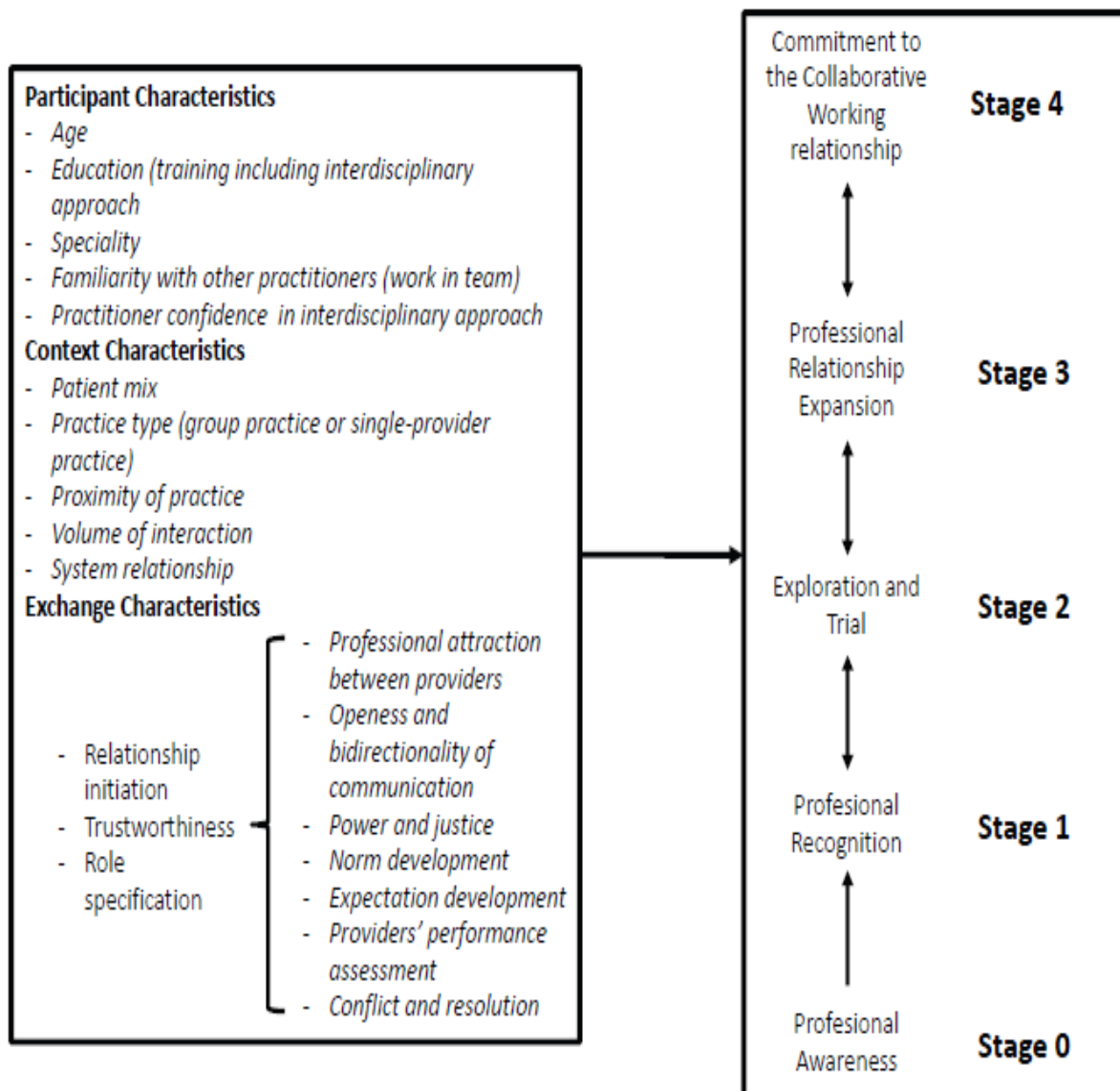


Figure 2: Stage Approach to Developing the Pharmacist-Physician Collaborative Working Relationship (24)

Objectifs :

Quelle est la valeur ajoutée apportée par le pharmacien au sein du réseau? Comment se déroule la collaboration avec les autres professionnels de santé? Est-elle plus développée qu'en dehors? Quelle contribution supplémentaire le pharmacien peut-il mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge des patients? Quels sont les points susceptibles d'améliorer l'intégration et la coordination des professionnels de santé autour du parcours des patients?

L'objectif de notre étude est d'explorer la participation des pharmaciens au sein du réseau DROMARBIAB et d'évaluer leur intégration, c'est-à-dire à quel stade de collaboration ils en sont avec les autres professionnels et ce à l'aide des modèles expliqués précédemment. Cette analyse du niveau de collaboration interprofessionnelle ainsi que les facteurs favorisant et inhibant permettent de déterminer si les pharmaciens peuvent prétendre à exercer des activités plus spécialisées de leur domaine comme par exemple l'analyse pharmaceutique avec opinion pharmaceutique.

3. METHODOLOGIE

3.1. Design de l'étude

L'intégration et l'implication des pharmaciens du réseau DROMARDIAB ont été abordées au travers d'entretiens réalisés avec d'autres professionnels participants à ce réseau : endocrinologues, infirmières et médecins généralistes (25). Un entretien est une situation complexe définie comme un échange conversationnel dans lequel une personne extrait une information d'une autre personne (26). Les informations extraites de ces entretiens concernent les diverses perceptions et représentations associées aux événements vécus par les interviewés par rapport aux pharmaciens.

L'entretien semi-directif utilisé dans cette étude est une technique de recueil d'informations qualitatives permettant de rassembler des faits et opinions des personnes interrogées sur un sujet donné. Il permet d'orienter la personne interrogée autour de différents thèmes définis au préalable (26). Contrairement à l'entretien directif, il laisse la possibilité à l'interviewé de développer et d'orienter son propos (27).

L'objet de la recherche est de comprendre quelle peut-être l'évolution du rôle du pharmacien après son intégration au sein des équipes de soins primaires lors de sa participation au fonctionnement d'un réseau de santé. L'évaluation de l'intégration comprend la prise en compte du degré de collaboration interprofessionnelle atteint.

Dans ce contexte l'entretien semi-directif va permettre de recueillir diverses informations comme des faits, des vérifications de faits, des opinions et des points de vue, des

analyses, des propositions, des réactions aux premières hypothèses et conclusions d'évaluateurs (28).

Cette technique permet à la personne interrogée de construire ses réponses, d'y réfléchir tout au long de l'entretien pour pouvoir y revenir ultérieurement pour insister sur le sens de son propos et ainsi élaborer un schéma cohérent. L'interaction entre l'interviewer et l'interviewé participe à la construction d'un discours structuré (29).

L'étude réalisée à partir de ces entretiens avait pour objectif de comprendre l'évolution possible des activités des pharmaciens au sein du réseau à partir du vécu des autres acteurs du réseau. Dans cette situation l'étude exploratoire qualitative est adaptée pour répondre aux objectifs de recherche.

L'analyse inductive générale est définie comme un ensemble de procédures systématiques permettant de traiter les données qualitatives. L'utilisation de l'analyse inductive permet de condenser les données brutes recueillies, d'établir des liens entre les objectifs de recherche et les catégories découlant des données brutes pour ensuite développer un cadre de référence ou un modèle à partir de nouvelles catégories émergentes (30).

3.2. Participants

Les personnes invitées à faire partie de l'étude sont des professionnels de santé, médecins ou infirmières, qui font partie du réseau DROMARDIAB et qui y travaillent en collaboration ou qui travaillent au sein du réseau en effectuant des activités comme les ateliers d'éducation thérapeutique par exemple.

Une liste de professionnels de santé du réseau a été proposée par les cadres de manière à constituer un échantillon représentatif du territoire de DROMARDIAB parmi les infirmières et les médecins généralistes et endocrinologues. Ces derniers ont ensuite été contactés par téléphone ou par courriel lorsqu'ils n'étaient pas joignables pour savoir s'ils étaient disponibles et intéressés pour participer à l'entretien portant sur le pharmacien au sein du réseau DROMARDIAB.

Après l'acceptation pour participer à l'étude une date et un lieu de rendez-vous étaient convenus.

Le nombre de participants s'élève à 11 parmi lesquels :

- 7 médecins généralistes
- 2 endocrinologues
- 2 IDE

Le sex ratio est de six femmes pour cinq hommes. L'âge varie entre 45 et 63 ans.

L'échantillon des participants présente plusieurs variations en son sein qui vont de la disponibilité à l'emplacement géographique en passant par la profession comme le montre le tableau résumant les caractéristiques (Tableau I) (Figure 3).

3.3. Collecte des données

3.3.1. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien est standardisé pour que tous les sujets soient dans la même situation et pour qu'ensuite leurs réponses puissent être comparables (Annexe 2). Ce guide se déroule autour de trois thèmes principaux :

- ✓ la perception générale du pharmacien
- ✓ la relation médecin/infirmière-pharmacien dans le réseau
- ✓ l'évolution du rôle du pharmacien dans le réseau

Le questionnaire est construit sur les données de la littérature relative à la collaboration médecin – pharmacien (16, 19, 24). Il suit une trame chronologique qui va de l'entrée du pharmacien dans le réseau à l'évolution de son rôle.

La longueur du questionnaire a été prise en compte pour que la durée de l'entretien soit raisonnable et puisse s'adapter aux contraintes de temps des professionnels de santé et plus particulièrement les médecins généralistes.

Enfin l'élaboration du questionnaire a été construite de manière à ce que la personne interviewée saisisse au mieux la pertinence des questions posées et le déroulement logique de l'entretien pour ensuite y répondre. Une relecture de ce questionnaire a été faite par un docteur en pharmacie praticien hospitalier et un docteur en pharmacie chercheur.

3.3.2. Déroulement des entretiens

Environ la moitié des entretiens ont été réalisés au cabinet des médecins généralistes dans leur salle de consultation. L'autre moitié a été réalisée dans les locaux du réseau DROMARDIAB soit dans la salle de réunion soit en salle de pause.

Les premiers temps des rencontres étaient consacrés à la présentation de l'investigateur, l'objet de la recherche, le déroulement et dans quel cadre était réalisé ce travail. A l'issue de ce temps après avoir défini le cadre, le consentement pour la participation à la recherche était proposé et signé après en avoir pris connaissance (Annexe 3).

La totalité des entrevues ont été enregistrées sous format audio puis entièrement retranscrites sur format Word avec numérotation de l'entretien, la date, la durée en début de texte.

Pour garantir la confidentialité, les entretiens ont été rendus anonymes et ne peuvent pas être identifiés par un tiers.

Tableau I : tableau récapitulatif des participants.

N°	sexe	Age	fonction	Environnement	Animation d'ateliers ou d'entretiens au sein du réseau
1	F	58	Endocrinologue	Hospitalier	oui
2	F	51	IDE	Libéral	oui
3	M	53	Médecin généraliste	Libéral	non
4	M	49	Médecin généraliste	Libéral	non
5	F	58	Médecin généraliste	Libéral	non
6	M	59	Médecin généraliste	Libéral	non
7	M	58	Médecin généraliste	Libéral	oui
8	M	64	Médecin généraliste	Libéral	non
9	F	45	Endocrinologue	Hospitalier	oui
10	F	63	IDE	Hospitalier	oui
11	F	55	Médecin généraliste	Libérale	non

Les entretiens se sont déroulés sur la période du 28/06/2015 au 12/09/2015 et le tableau ci-dessous présente le récapitulatif des rencontres.

Tableau II : Tableau récapitulatif des entretiens

N° entretien	date	Fonction	Lieu	Durée
1	28/06/15	Endocrinologue	Maison	45 min
2	7/07/15	IDE	Salle de réunion du réseau	60 min
3	10/07/15	Médecin généraliste	Bureau du médecin	35 min
4	10/07/15	Médecin généraliste	Bureau du médecin	20 min
5	16/07/15	Médecins généralistes	Bureau des médecins	30 min
6	24/07/15	Médecin généraliste	Bureau du médecin	45 min
7	04/08/15	Médecin généraliste	Bureau du médecin	25 min
8	20/08/15	Endocrinologue	Salle de réunion réseau	60 min
9	24/08/15	IDE	Salle de pause du réseau	40 min
10	12/09/15	Médecin généraliste	Bureau du médecin	15 min

Les entretiens se sont déroulés au lieu et à l'horaire souhaités par le participant lors de l'appel téléphonique. Ainsi pour des questions pratiques, l'ensemble des médecins généralistes nous a reçus dans leur salle de consultation.

Pour pouvoir aborder les thèmes et pouvoir nous organiser au mieux pour suivre le guide d'entretien nous nous renseignions sur la durée que les participants avaient à m'accorder préalablement avant de commencer à poser les questions.

La majorité des entretiens se sont déroulés en tête à tête entre l'intervieweur et le participant. Cependant un entretien s'est déroulé de manière impromptue avec deux participants, à savoir un couple de médecin qui exerce dans le même cabinet.

3.4. Analyse des données

L'analyse inductive du verbatim commence par la préparation des données brutes et par une lecture attentive et approfondie du contenu. Ensuite il y a identification des segments de texte ayant un intérêt. Les thèmes ne sont pas établis préalablement mais sont définis par les chercheurs au fur et à mesure de la codification. Ainsi dans le processus de codification inductif les catégories sont inventées à partir des phrases sélectionnées en fonction des objectifs de recherche identifiés (27).

Le codage des données et l'analyse ont été réalisés en binôme étudiant - docteur en pharmacie expérimenté dans ce type d'analyse.

En cas de désaccord sur le codage des données, les différents points de vue étaient argumentés et un consensus était trouvé.

Pour la réalisation de cette recherche qualitative, suite à l'échantillonnage, les dix entretiens ont été réalisés sur une période de quatre mois les uns à la suite des autres avec retranscription au format Word en parallèle. L'analyse inductive a été réalisée après la réalisation des entretiens et a permis de conclure de manière positive quant à la question sur la

saturation des données. En effet avec l'analyse, à partir du septième entretien, la récupération des données n'ajoutait plus rien à la compréhension du phénomène.

Ainsi lorsque le chercheur juge qu'il y a redondance pour compléter les thèmes soulevés par les participants alors il peut mettre fin aux entretiens.

Au final l'analyse réalisée comprend les étapes suivantes (30) :

- Le codage
- La catégorisation : à l'intérieur de chaque catégorie on trouve des sous catégories avec des points de vue contradictoires ou des sous catégories avec de nouvelles perspectives.
- La hiérarchisation : se fait en fonction des liens entre chacune des catégories

4. RESULTATS

L'analyse des entretiens a permis de former des catégories et sous catégories à partir des réponses recueillies et de l'analyse du verbatim (Tableau III). Ces catégories permettent de comprendre la question initiale qui est de savoir si l'intégration du pharmacien au sein du réseau DROMARDIAB lui permet de faire évoluer ses missions vers ses compétences propres. Ainsi la première catégorie s'intéresse à l'intérêt pour la collaboration. Ensuite la deuxième catégorie traite de la perception du pharmacien et ses activités pour ensuite s'intéresser à ce qui est essentiel dans la collaboration, à savoir la communication actuelle pour les relations interprofessionnelles ainsi que l'évolution souhaitée. Cette amélioration de la communication permet de faire émerger une nouvelle catégorie qui est l'évolution des missions des pharmaciens avec la définition des rôles. Enfin la dernière catégorie met en avant les obstacles ou freins organisationnels à franchir pour rendre le travail possible.

La collaboration paraît être une solution appropriée pour une meilleure prise en charge des patients et le pharmacien est perçu comme l'un des acteurs principaux dans la chaîne des soins. Malgré cela la communication entre les différents professionnels de santé peut être améliorée tant en terme de qualité qu'en terme de moyens. Ces moyens de communication doivent être adaptés aux modes d'exercices de chacun pour pouvoir être utiles. Ainsi la communication peut permettre d'agrandir les missions des pharmaciens et les mettre en valeur toujours en gardant à l'esprit qu'il est important pour les professionnels de santé de prendre en compte la bonne définition des rôles et des territoires de compétence de chacun. Néanmoins quelques freins organisationnels ont émergé des entretiens et sont susceptibles de perturber ces évolutions.

Tableau III : Distribution des thèmes identifiés dans les verbatims suivant les participants

Thèmes	Participants										
	Niveau d'investissement dans le réseau										
	très important					peu important					
	1	2	7	9	10	6	5	8	4	3	1
I) Intérêt de la collaboration											
Un atout pour les patients											
Un atout pour le réseau											
Apport pour la pratique professionnelle											
Formation pluri professionnelle											
Impact négatif de la socialisation pendant les études											
Impact positif de collaborations préalables											
impact positif de la motivation à collaborer											
Motivation des pharmaciens											
Intérêt de travailler au sein du réseau											
Relation interprofessionnelle actuelle/Freins/Apport au réseau											
II) Perception du pharmacien et son rôle											
Fréquence des contacts patients-pharmaciens											
Perception du pharmacien comme commerçant											
Rôle méconnu du pharmacien											
Pharmacien spécialiste du médicament											
Rôle du pharmacien d'officine dans l'information thérapeutique											
Rôle du pharmacien d'officine dans la logistique											
Rôle du pharmacien d'officine : sécurisation des prescriptions											
Rôle du pharmacien d'officine: PDA											
Rôle du pharmacien d'officine: reformulation des prescriptions											
Rôle du pharmacien d'officine: Coordination du parcours patient											
Rôle du pharmacien d'officine: Adhésion											
Perception du pharmacien par rapport aux autres professionnels											
Evolution de la perception du pharmacien											
Evolution du rôle du pharmacien par l'ETP											
III) Communication											
Communication interprofessionnelle actuelle											
Communication actuelle du bilan historique médicamenteux											
Moyens de communication utilisés actuellement											
Communication actuelle à propos de la logistique											
Qualité des relations interprofessionnelles actuelle											
Relation interprofessionnelle actuelle/Fréquence											

Evolution des échanges entre médecin généraliste et pharmacien	■		■				■	■	■		
Absence d'échanges et méconnaissance du réseau						■					
Evolution des échanges dans le réseau		■	■								
Qualité des relations interprofessionnelles			■		■						
Impact négatif de la méconnaissance de l'activité des pharmaciens			■	■		■		■	■	■	
Amélioration de la qualité des échanges entre médecin et pharmacien			■					■			
Impact négatif de la méconnaissance du nom du pharmacien des patients								■			
Amélioration des échanges entre pharmacien et médecin								■		■	
Partage des données sur les patients						■	■			■	
Evolution des moyens de communication	■	■	■			■	■	■	■	■	
Evolution/Réunions pluri professionnelles		■									
IV) Evolution des missions du pharmacien											
Inclusion des patients par les pharmaciens		■	■								
Evolution de l'investissement des pharmaciens dans l'ETP		■		■							
Animation pluri professionnelle des ateliers d'ETP		■		■							
Evolution du pharmacien dans l'observance	■						■	■	■	■	■
Coordination des professionnels de santé							■			■	
Impact négatif de la multiplication des acteurs	■						■			■	■
Importance de la confiance du patient envers le pharmacien		■		■			■	■			
Evolution des missions du pharmacien	■	■	■	■						■	
Délégation de tâches au pharmacien	■							■			
Evolution du rôle du pharmacien dans la prévention		■					■				
Analyse pharmaceutique par les pharmaciens	■							■	■	■	
Evolution des interventions pharmaceutiques par le pharmacien	■	■	■	■				■	■	■	
Pharmacien spécialiste du médicament				■					■		
Impact positif de la perception du pharmacien spécialiste du médicament	■	■		■							
Conflits potentiels						■				■	
Impact négatif du sentiment d'être jugé par les pharmaciens lors des interventions pharmaceutiques		■	■				■	■			
V) Les freins organisationnels											
Impact négatif du manque de temps	■		■					■		■	■
Impact négatif de la localisation							■	■			
Impact négatif du rôle des préparatrices	■							■			
Manque de confidentialité dans les officines	■							■	■		
Impact négatif du manque de rémunération	■										

4.1. Intérêt pour la collaboration

La collaboration au sein du réseau DROMARDIAB présente pour les participants un certain nombre d'avantages. Nous avons pu identifier que la notion de travail commun antérieur favorise les échanges et décloisonne l'exercice professionnel. L'intégration du pharmacien offre la possibilité de travail en équipe plus complet. Par conséquent, le fait d'appartenir à une structure en commun apporte un gain pour la pratique à travers les formations qu'elle propose, les ateliers d'éducation thérapeutique mis en place et le travail des professionnels de santé.

4.1.1. La collaboration interprofessionnelle : un atout pour les patients

Le réseau DROMARDIAB met en avant l'éducation thérapeutique pluri-professionnelle coordonnée par les professionnels de santé dans l'amélioration de la prise en charge des patients.

« Plus on est nombreux autour du patient avec des portes d'entrée différentes, plus on se respecte dans la façon de voir le patient. C'est plus pratique pour l'accompagner et on a plus de chances d'y arriver. On s'aperçoit que tout seul on ne peut pas être à temps complet avec le patient mais si on arrive à se mettre autour d'une table et à confronter notre vision commune ça va être optimisé pour le patient. » (2 :353)

Ainsi la participation des pharmaciens au réseau est perçue par les autres professionnels comme un atout pour la pratique professionnelle et pour les patients.

«Je n'avais pas d'a priori. Je me suis dit que ça pouvait toujours être intéressant pour certains patients, et je me suis dit pourquoi pas. Je n'avais pas d'attentes particulières. Je me suis dit pourquoi pas si ça peut rendre service à quelques patients en complément de ce que je fais c'est très bien.» (3 :24)

« L'intérêt du réseau c'est aussi de savoir qu'on bosse pas tout seul. C'est un travail d'équipe. Et avoir cette vision là d'un travail d'équipe autour d'un patient c'est important, on travaille pas de la même façon.» (9 :347)

4.1.2. La collaboration interprofessionnelle : un atout pour le réseau

Le travail participatif pluri professionnel avec l'intégration et l'investissement des pharmaciens permet d'étendre l'offre en éducation thérapeutique mis à disposition des patients qui adhèrent à DROMARDIAB.

«Intéressant, intéressant de façon à pouvoir suivre au plus près les patients et leur faire bénéficier de conseils avisés de part et d'autre.» (8 : 19)

«Je pense qu'il faut que les pharmaciens montent en charge sur les ateliers. Là on envisageait sur l'atelier. On va en reparler à la rentrée avec les pharmaciens qui ont sollicités. Aujourd'hui il y a un seul atelier mieux comprendre ses médicaments et visiblement il y a trop de choses à dire. Donc peut-être qu'on va le couper en deux, le fractionner pour mieux répondre à la demande des patients.» (2 : 453)

4.1.3. La collaboration interprofessionnelle : un atout pour la pratique professionnelle

Le travail au sein du réseau permet de bénéficier de formations pluri professionnelles pour actualiser des connaissances et coordonner le discours autour du diabète pour plus de cohérence vis-à-vis des patients.

«Amicaux. J'ai pas beaucoup d'échanges avec les pharmaciens en dehors de : soit je les forme dans les formations, soit on va se former ensemble, donc là c'est très sympa, on discute, on échange autour de la formation qu'on a eu ensemble, l'éducation thérapeutique.» (9 : 93)

«il fallait que tout le monde soit formé pour proposer quelque chose de clair pour le patient. C'est pas toujours évident de proposer quelque chose de clair. Ça leur fait peur aux patients. Le nom de réseau ça fait peur, même aux médecins ça faisait peur. Donc voilà on a eu des formations avec médecin et pharmaciens» (7 : 154)

La collaboration interprofessionnelle permet de décloisonner l'exercice professionnel issu des études universitaires.

«Ils ne connaissent pas le fait qu'ils puissent travailler en collaboration avec le médecin parce que je crois que les études médicales ne les préparent pas.» (1 : 375)

Le décloisonnement et l'investissement du pharmacien au sein du réseau facilite les échanges entre les professionnels puisqu'ils se connaissent mieux grâce aux expériences antérieures.

«Moi si j'ai un conseil à demander à un pharmacien que je n'appelle pas pour un patient spécifique, je vais appeler plus facilement un pharmacien avec qui j'ai travaillé qu'un pharmacien lambda.» (10 : 197)

De plus le travail au sein du réseau permet d'avoir une meilleure connaissance globale des patients. L'exemple du pharmacien qui peut avoir accès plus facilement à l'hémoglobine glyquée des patients illustre le gain d'intérêt pour la pratique.

«Et en fait on s'est aperçu qu'ils avaient beaucoup de difficultés, des difficultés pour nous joindre. Des difficultés particulières parce qu'ils ne connaissent pas l'état de santé du patient, donc ça c'est intéressant de voir que par le réseau ils avaient accès à la possibilité de voir d'un patient diabétique à un autre. Rien que le fait de voir l'hémoglobine glyquée c'est un élément important.» (7 : 94)

Néanmoins il faut voir un intérêt à travailler ensemble au sein d'un réseau et être motivé pour la mise en place de nouveaux projets pour y adhérer.

«Donc que ce soit des médecins, des infirmières comme des patients, certains nous disent qu'ils ne voient pas l'intérêt. Après c'est une question de comment on veut travailler.» (10 : 145)

«Je pense qu'ils sont beaucoup impliqués et ça donne une image du pharmacien qui est moins une image de vendeur» (2 : 86)

4.2. Perception du pharmacien et de son rôle

Le pharmacien est perçu comme un professionnel de santé ayant un rapport privilégié avec les patients et notamment en termes de fréquence de rencontre. Il est jugé compétent au

même titre que les infirmières pour réaliser des bilans éducatifs et a une place et un rôle important à avoir dans l'adhésion.

4.2.1. Un acteur du système de santé

Le pharmacien est un acteur de proximité par rapport aux patients. Il a une relation privilégiée avec eux car il les connaît bien et les voit régulièrement. De plus il a un rôle de centralisateur du fait qu'il voit passer les ordonnances des différents médecins généralistes ou spécialistes.

«Le pharmacien, il est en première ligne sur les sorties d'hospitalisation et il est en première ligne sur l'observance du traitement. C'est le seul qui a une vision régulière du patient et qui peut avoir une vision à long terme sur son observance.» (2 : 33)

«Le pharmacien est un centralisateur. C'est lui qui voit le plus souvent le patient à l'officine. Il peut voir les ordonnances faites par le médecin généraliste et les médecins spécialistes.» (5 : 95)

Le pharmacien est perçu comme étant essentiel à la chaîne de santé et ayant des compétences propres qu'il est utile d'exploiter.

«J'étais convaincu du rôle propre du pharmacien autour du patient et voir leur rôle propre qui ne pouvait aller qu'en augmentant au fil des années pour être une chaîne autour du patient.» (1 : 26)

Néanmoins le mode d'exercice officinal renvoie l'image d'un pharmacien cloisonné dans sa pharmacie. Ce cloisonnement conduit à une méconnaissance de leur travail pouvant renvoyer une image de commerçant.

«Disons que depuis ça a évolué mais au départ on a été surpris de voir des pharmaciens en dehors de leur lieu de travail. Oui pour être honnête ça nous a surpris on n'imaginait pas le pharmacien en dehors de son officine.» (5 : 13)

«Après on ne sait pas trop ce qu'ils font, on a pas de retours sur leur travail, on ne sait pas si ils font les éducations AVK.» (5 : 67)

«Ça doit être d'abord une relation de conseil et de partenariat et du coup j'ai le sentiment moi que comme pendant longtemps ils ont été cantonnés dans leurs officines et que on leur a pas bien donné cette place là et bien aujourd'hui ils ont besoin de prouver qu'ils sont autre chose que des commerçants.» (2 : 211)

4.2.2. Un spécialiste du médicament

Le pharmacien est considéré comme un spécialiste du médicament capable de sécuriser les prescriptions et pouvant gérer les effets secondaires.

«C'est évident, pour sécuriser les prescriptions que l'on fait. Prévoir les effets secondaires, prévoir les accidents qu'il peut y avoir et ça c'est intéressant je pense. Ça peut être intéressant. Une relecture de l'ordonnance. Votre médecin vous a donné ça, ça ça, ça ,ça, vous savez que ...» (4 : 155)

Les activités qui lui sont reconnues par les autres professionnels de santé sont notamment :

- Le rôle dans l'information thérapeutique et la reformulation pour améliorer l'adhésion des patients en leur expliquant comment prendre leurs médicaments ou comment utiliser les

lecteurs de glycémie par exemple. Le pharmacien est perçu comme un relais entre le médecin et le patient.

«En fait ils sont confrontés à des patients à qui on a fait des ordonnances. Ils viennent chercher leurs médicaments et là on se rend compte que les patients ne savent pas comment les prendre et la plupart du temps ils ne prennent pas tous les médicaments qu'on leur prescrit.» (9 : 35)

«Je pensais que leur place pouvait être intéressante entre le médecin et le patient par rapport aux explications à fournir quant au matériel utilisé les contrôles de glycémies entre autres.» (11 : 15)

- Un rôle dans la logistique pour faciliter l'approvisionnement en médicaments des patients.

«Je les appelle aussi en sortie des patients de l'hôpital, moi je fais un exercice hospitalier et quand ils sortent et que je connais le pharmacien du secteur. Et s'il y a un souci on essaye de faire les ordonnances un jour à l'avance ou s'il y a une molécule ou quelque chose de particulier on l'appelle pour qu'elle soit commandée à l'avance et ce se passe bien. L'échange avec le patient et je lui demande toujours quel est le nom de son pharmacien.» (1 : 164)

- Un rôle dans la coordination pour guider les patients lorsqu'ils viennent à l'officine.

«qu'ils pouvaient guider les patients à la pharmacie lorsqu'ils venaient pour chercher leurs médicaments, les orienter, les guider, leur faire comprendre leur ordonnance. Des choses comme ça.» (9 : 19)

- Un rôle dans la sécurisation des prescriptions en repérant les interactions médicamenteuses.

«J'ai toujours trouvé que c'était une sécurité indispensable à notre travail.[...] Moi ça ne me gêne absolument pas qu'ils me téléphonent pour me dire on a repéré ça sur votre ordonnance. Donc je pense que c'est une sécurité importante» (7 : 17)

- Un rôle de conseil concernant l'automédication des patients.

« Ils ont vraiment un champ de compétence en temps réel avec une réactivité en temps réel sur les nouvelles molécules qui sortent, les interactions et aussi sur la partie automédication qui monte vraiment en charge sur le territoire.» (2 : 63)

- Un rôle dans la préparation des doses à administrer ou PDA de manière personnalisée selon la prescription et le plan de prise adéquat à l'aide d'un pilulier.

«Donc pour moi c'est naturel, la préparation d'un pilulier, reformulé comment prendre le traitement, avant/après le repas euh voilà donc pour moi c'était une évidence que le pharmacien à un rôle énorme.» (1 : 49)

Les pharmaciens sont perçus comme des spécialistes du médicament ayant des connaissances techniques en matière de médicaments

«Le pharmacien est le spécialiste du médicament, il s'y connaît mieux en thérapeutique donc il peut voir si les traitements sont compatibles.» (5 : 97)

«On hésite pas à poser des questions comme est-ce qu'il y a des formes plus adaptées. C'est un pharmacien qui m'a parlé de la metformine dispersible par exemple : je ne connaissais pas.» (7 : 181)

Mais pour certains professionnels l'image de spécialiste du médicament peut être écornée en cas de lacunes constatées. Ainsi le pharmacien est vu comme expert du médicament mais sans connaissances approfondies.

«J'ai fait des formations à des pharmaciens. J'étais étonnée de voir que les incrétones ils ne savaient pas ce que c'était. Ça m'a un peu choqué mais ça existe. Ceux qui sont dans le réseau s'impliquent plus en tout cas pour le diabète ils ont plus de connaissances. Ils sont plus à l'aise avec les médicaments du diabète.» (9 : 147)

Cette perception du pharmacien comme spécialiste du médicament est contre balancée par certaines critiques sur un côté théorique prononcé et un manque de vision pratique de sa part. Ceci impacte aussi sur l'aspect communication auprès des patients.

«C'est en travaillant avec eux et en faisant des formations ou en mélangeant les pharmaciens, les infirmières, les médecins ou on se dit des fois : les pharmaciens ont un regard assez peu pratique par rapport à ce que moi j'imaginai. Par exemple il y avait des pharmaciens qui n'avaient jamais vu comment on se servait d'un stylo à insuline. Et quand on fait des formations avec les pharmaciens on réalise à quel point des fois ils sont loin de la pratique.» (9 : 40)

«L'expérience que j'ai lorsque j'ai été observatrice dans les séances de pharmaciens c'est que les pharmaciens sont souvent très techniques. Parfois un langage un peu trop pharmacien.» (10 : 268)

4.2.3. Un acteur dans l'éducation thérapeutique

Le pharmacien est décrit comme un professionnel de santé étant en première ligne et ayant un rôle à jouer dans l'éducation thérapeutique pour améliorer l'adhésion des patients à leur thérapeutique.

«Oui le pharmacien a un rôle à jouer dans l'éducation thérapeutique pour que les patients comprennent et adhèrent mieux à la thérapeutique.»(6 : 116)

Les pharmaciens formés à l'éducation thérapeutique sont perçus comme étant capables au même titre que les autres soignants de réaliser des bilans éducatifs partagés.

«Le pharmacien maintenant est capable, serait capable quand il sera formé de faire un diagnostic éducatif au même titre que tous les autres soignants.» (2 : 335)

De plus le fait que le pharmacien soit formé à l'éducation thérapeutique est un facteur favorisant à la collaboration interprofessionnelle car il induit un changement de perception sur son implication dans la prise en charge des patients.

«Je ne sais pas si c'est le fait d'appartenir au réseau mais d'avoir été formé à l'éducation thérapeutique ça donne une autre posture.» (1 : 105)

[En réponse à la question : pourriez-vous travailler avec des pharmaciens qui n'auraient pas suivi de formation en éducation thérapeutique] *«Non, c'est un autre regard. Quand on se forme à l'éducation thérapeutique on entre dans un monde qui est différent. On ouvre une porte sur quelque chose qui est différent. Tant qu'on a pas fait la formation à l'éducation thérapeutique on peut avoir une sensibilité mais on est pas pareil.» (9 : 309)*

4.3. Communication interprofessionnelle

La communication actuelle entre médecin et pharmacien est axée notamment sur les difficultés rencontrées par les patients, sur les prescriptions et sur les moyens pour améliorer la délivrance et l'adhésion. En termes de relations interprofessionnelles, nous retrouvons les mêmes problématiques que ce soit au sein du réseau ou en dehors, comme un manque de communication en termes de fréquence et de qualité des échanges entre les différents soignants. Comme les participants interrogés le proposent, le réseau de santé DROMARDIAB peut innover en mettant en place de nouveaux modes de communications et en permettant aux professionnels de santé le constituant de mieux se connaître pour améliorer la confiance.

4.3.1. Natures de la communication actuelle entre le médecin, l'infirmière et le pharmacien

La communication entre le médecin et le pharmacien a pour objet principal les difficultés des patients ainsi que sur les problèmes d'observance et les anomalies des prescriptions.

«On les voit surtout pour ce qui est iatrogène je pense, avec les ordonnances, les interactions médicamenteuses qui peuvent survenir.» (4 : 32)

«On parle de certains de nos patients qu'on a en commun. Il peut y avoir certaines difficultés par rapport à certains patients.» (3 : 46)

Certains médecins se servent du fait que le pharmacien soit en quelque sorte un « centralisateur » qui possède l'historique médicamenteux du patient. Cela leur permet d'avoir

des renseignements sur les autres prescriptions de leurs patients et d'obtenir aussi des informations sur l'automédication de ces derniers.

«Moi très souvent au lieu d'appeler le généraliste j'appelle le pharmacien pour savoir quelles sont les molécules si le patients arrive et qu'il connait son pharmacien, connait sa pharmacie. Ce que je fais et ce que je recommande à mes internes lorsqu'on reçoit un patient et qu'on ne sait pas ce qu'il prend, c'est d'appeler le pharmacien pour qu'il nous envoie justement le dossier. Et on sait tout de suite ce qu'il a pris parce que très souvent et encore en France il y a des gens qui ont les molécules de leur généraliste, l'ordonnance de leur cardiologue et il n'y a que le pharmacien qui fait la synthèse de tout, donc comment je l'imagine et bien le pharmacien ne peut que nous apporter ça en plus.» (1 : 464)

Le classeur de suivi individuel du réseau DROMARDIAB est le moyen de communication actuel pour échanger par rapport aux patients. Cependant il n'est pas souvent utilisé par manque de temps ou par oubli des patients.

«Alors au niveau de la prise en charge d'un patient au niveau individuel, on peut parler, parfois on peut leur demander de nous soutenir sur l'observance du traitement et de nous alerter puisqu'en fait dans le classeur du parcours d'un patient pris en charge par le réseau, ils ont un classeur de suivi les patients et dedans il y a une fiche pharmacien.» (2 : 147)

«Et les gens amènent peu le classeur globalement. A chaque fois je demande et trois mois après, deux mois après l'envoi du classeur est oublié.» (8 : 103)

Les échanges entre les professionnels de santé permettent d'optimiser la prise en charge du patient sur la délivrance de ses médicaments. Ainsi le pharmacien assure une meilleure logistique lorsque ce travail est fait en concertation avec le médecin ou les

infirmières notamment par rapport aux ruptures de stock ou par rapport au choix d'un lecteur de glycémie mieux adapté au patient amené à l'utiliser ultérieurement.

«Absolument, moi je les appelle très fréquemment si j'ai des questions de patients. Par exemple l'année dernière on a eu des problèmes de rupture de stock sur certaines molécules. J'ai appelé les partenaires pharmaciens, je leur ai demandé conseil. On est arrivé parfois à récupérer des stocks parce qu'on avait des patients en difficulté qui ne pouvaient pas changer de molécules et ça s'est très bien passé.» (2 : 245)

4.3.2. Qualité des relations interprofessionnelles

Les relations entre les professionnels de santé sont ambivalentes. Les pharmaciens qui travaillent à proximité des médecins sont globalement appréciés. Néanmoins il peut y avoir quelques tensions par manque d'échanges.

«On a de très bons contacts et puis ça peut arriver que je trouve que le pharmacien il fait un peu du zèle. Bon je ne parle pas que pour le diabète, mais quand il nous appelle pour un oui ou pour un non.» (4 : 60)

Les échanges sont jugés trop peu fréquents entre les professionnels de santé. Les pharmaciens ne sollicitent pas assez les autres soignants pour faire remonter de l'information.

«J'ai besoin pour moi que le pharmacien n'hésite pas à me faire remonter de l'information. Et en tout cas à la fois à ce que nous on les sollicite mais que eux aussi nous sollicitent. Et pour l'instant c'est surtout nous qui les sollicitons, c'est pas l'inverse.» (2 : 424)

«Sinon faire remonter les informations sur les patients en difficulté.» (7 : 353)

Il y a une absence d'identification des pharmaciens du réseau par les médecins. Certains médecins ignorent même la présence des pharmaciens parmi les professionnels de santé qui structurent DROMARDIAB. Cette confusion limite les échanges sur les patients pris en charge par le réseau.

«Je ne savais même pas qu'il a des pharmaciens au sein du réseau DROMARDIAB.»

(6 : 21)

«Beaucoup trop faible. C'est vrai que j'ai des appels concernant les diabétiques de la part des pharmaciens relativement, deux fois par mois. Je ne sais pas forcément quand ils m'appellent que c'est parce que les patients sont dans le réseau DROMARDIAB. Je ne fais pas la relation. Ils m'appellent pour un patient diabétique et pas forcément pour le réseau DROMARDIAB donc je suis incapable de juger sur les deux appels par mois s'ils concernent des patients DROMARDIAB ou pas. Mais c'est certainement pas assez fréquent, la relation entre médecin et pharmacien.» (8 : 28)

Certains facteurs contribuent à améliorer la collaboration interprofessionnelle entre les médecins, pharmaciens et infirmières. Les participants mettent en avant le fait d'assister à des formations en commun ou bien de travailler de manière complémentaire soit au sein d'un réseau soit au sein d'une même zone géographique. Les expériences antérieures positives de partenariat et l'envie de travailler en équipes sont soulignées car elles participent à entretenir la collaboration.

«Chacun est bien à sa place donc j'ai plutôt de bonnes relations avec les pharmaciens en général et pas seulement celui qui est en dessous de chez moi mais globalement ceux avec lesquels on travaille. On a une bonne complémentarité par rapport à ce qu'on fait avec nos patients ici. Mon avis principal c'est un travail de

complémentarité. Et je m'appuie bien sur eux aussi pour ce que je n'ai pas le temps de faire.» (3 : 14)

«Les relations sont bonnes, moi je dirai que les relations sont bonnes et que ceux qui ont intégré le réseau DROMARDIAB sont forcément des pharmaciens qui ont envie donc qui sont prêt à jouer le jeu de la coopération et puis aussi de la remise en question personnelle puisque le but de l'échange de l'équipe, c'est qu'on accepte parfois de se remettre en question et puis de penser qu'on ne détient pas toute la vérité sur un patient mais a plusieurs on va peut-être y arriver. (2 : 138)

4.3.3. Attentes en terme d'amélioration de la communication

La communication basée sur une relation de confiance doit être honnête, conviviale mais elle doit être aussi bidirectionnelle, c'est-à-dire que le pharmacien a à faire remonter les informations qu'il recueille.

«Donc moi j'attends qu'on puisse communiquer de manière honnête. Qu'on nous apporte les réponses aux questions qu'on se pose mais que eux aussi n'hésitent pas à nous poser des questions. On s'est aperçu du cloisonnement.» (7 : 70)

Les autres professionnels du réseau DROMARDIAB souhaitent mieux connaître les pharmaciens et notamment identifier les couples pharmaciens - patients.

«Si un jour je reçois un résultat anormal et que je veux contacter un pharmacien, je suis incapable de le faire. Lui peut me contacter puisqu'il connaît le nom du prescripteur mais moi je ne connais pas le nom du pharmacien.» (8 : 56)

La mise en place de certains moyens de communication permet une meilleure intégration du pharmacien et de l'infirmière en termes de partage d'information et d'amélioration de la communication et de la relation interprofessionnelle.

«Aujourd'hui le partage d'information est essentiellement de médecins à médecins. Et le pharmacien comme l'infirmière libérale sont exclus de la boucle. Donc le pharmacien doit rentrer dans la boucle d'information pour avoir une vision du parcours du patient. Je peux envisager qu'un pharmacien appelle une aide-ménagère parce qu'il y a un problème de traitement à domicile et que c'est l'aide-ménagère qui donne les médicaments. Et si le pharmacien n'a pas identifié les partenaires, il ne peut pas le faire. Il faut qu'il rentre dans la boucle et la communication et l'information passent par un système d'information performant.» (2 : 401)

«Ça passe aussi par le contact direct. Quand on a régulièrement un contact direct, soit physique soit au téléphone entre les uns et les autres. Après ça peut passer aussi par d'autres voies expérimentées comme la voie électronique pour le partage des ordonnances. Après je sais pas mais il y a peut-être d'autres choses à inventer.»

(3 : 111)

Au sein du réseau la mise en place de nouvelles structures de communication et de partage d'informations qui s'adaptent aux attentes des professionnels de santé permet de les coordonner et d'accélérer les échanges à propos des patients. Les moyens de communication cités sont la discussion instantanée, la mise en place de plateformes d'échange et les mails. Le téléphone n'est pas un moyen pratique pour communiquer avec les médecins car il perturbe les consultations avec les patients.

[En réponse à la question : comment améliorer la coordination entre les différents professionnels de santé] *«Par ce qu'on appelle les dossiers partagés, un dossier*

informatique au sein du réseau, on est site pilote pour le SISRA pour monter justement sur la plate-forme SISRA par mes patients, que tout le monde ait accès, enfin tout le monde, les différentes données, que le pharmacien ait accès très rapidement aux données médicales, aux ordonnances du médecin que il y ait des échanges.» (1 : 380)

«C'est pour ça qu'on met en place une discussion instantanée parce que le téléphone c'est pas un outil idéal quand on consulte. Et ça permettrait une communication plus rapide. Mais il faut que le pharmacien fasse comme nous, qu'il se mette à cet outil informatique et qu'il n'hésite pas à communiquer sur son patient.» (7 : 323)

L'amélioration des échanges peut aussi passer par la mise en place de réunions pluri professionnelles qui permettent une participation plus active des soignants. Lors de ces réunions le partage d'informations recueillies sur les patients et l'expertise de chacun peut orienter la prise en charge par les médecins.

[Concernant l'analyse pharmaceutique] «Mais ça c'est pas du domaine de compétence de l'infirmière, c'est plus du champ de compétences du pharmacien et du médecin. Mais en équipe parce que même si ce n'est pas du champ de l'infirmière, elle peut dire les freins qu'elle a entendu, un patient qui ne prend pas son Lasilix[®] parce que sinon il ne peut pas faire ses courses. Et ça c'est l'infirmière qui le sait parce que le patient ne l'aura pas dit ni au médecin ni au pharmacien. On peut confronter les freins qui font que le patient n'est pas observant et après en dernier recours c'est le médecin qui doit trancher sur la marge de négociation.» (2 : 533)

4.4. Evolution des missions du pharmacien

Comme on l'a vu précédemment, le pharmacien est vu comme un acteur de proximité qui a un contact privilégié avec les patients. Son évolution passe par une diversification et une implication plus importante dans l'éducation thérapeutique. D'autres missions plus spécifiques à sa formation sont proposées par les participants mais avec le souhait que le pharmacien communique d'avantage sur le travail qu'il accomplit. L'analyse pharmaceutique qui est une part importante de l'activité des pharmaciens peut se développer sous conditions.

4.4.1. Evolution par l'éducation thérapeutique

Comme on l'a vu précédemment, l'ouverture à l'éducation thérapeutique de la part du pharmacien mène à un changement de posture en donnant l'image d'un professionnel plus ouvert. L'implication du pharmacien dans l'éducation thérapeutique est encouragée et est amenée à s'amplifier et à se diversifier avec la création de nouveaux ateliers ou de séances individuelles.

«Je pense qu'il faut que les pharmaciens montent en charge sur les ateliers. Là on envisageait sur l'atelier. On va en reparler à la rentrée avec les pharmaciens qui ont sollicité. Aujourd'hui il y a un seul atelier mieux comprendre ses médicaments et visiblement il y a trop de choses à dire. Donc peut-être qu'on va le couper en deux, le fractionner pour mieux répondre à la demande des patients.» (2 : 453)

«Le bilan éducatif que l'on fait au départ sert aussi à voir si les patients ont des difficultés particulières avec les médicaments. A partir de là on peut les orienter vers

un entretien vers une séance individuelle avec un pharmacien ou un atelier de groupe pour voir la vision des autres patients.» (9 : 386)

Le pharmacien a un rôle à jouer dans l'inclusion des patients dans le réseau DROMARDIAB.

«Souvent on s'aperçoit que c'est le pharmacien qui a fait l'appel, qui a fait le signalement du patient. Donc on voit bien qu'il a un contact privilégié avec son patient, et qu'on va pouvoir amener un patient dans le réseau grâce au pharmacien.»
(7 : 119)

Le pharmacien peut assurer une première séance d'éducation thérapeutique par rapport aux traitements lors de l'inclusion des patients.

«Et bien par exemple, je sais pas moi, un pharmacien qui reçoit un patient dans son officine et qui se pose des questions par rapport à ce qui lui a été prescrit par rapport à son lecteur de glycémie, si il y a des choses sur la lecture du protocole qui a été initié ou sur le traitement avec peut-être, je sais pas moi par exemple, un patient qui a été mis nouvellement sous insuline et le pharmacien le voit arriver dans son officine. Ce patient là il est confronté à une difficulté parfois d'acceptation du traitement mis en place, peut être que le pharmacien pourrait solliciter le réseau DROMARDIAB soit pour une inclusion soit si le patient est inclut pour derrière mettre une première séance d'éducation thérapeutique autour de ce traitement.» (2 : 430)

Le développement des ateliers thérapeutiques peut être mené de manière pluri-professionnelle avec un pharmacien qui dirige l'atelier en collaboration avec une infirmière ou une diététicienne pour pouvoir élargir les domaines de compétence.

«Alors il y a des projets en ce moment pour faire des nouveaux programmes d'éducation des patients en ambulatoire et là je trouve que ça serait intéressant de faire, de créer des ateliers où un pharmacien peut travailler avec une infirmière, ou avec une diététicienne pour justement aborder toutes les questions par rapport à la thérapeutique, la prise des médicaments, l'observance des traitements, donc les faire participer à des ateliers.» (9 : 57)

Les pharmaciens inclus dans le réseau sont des bons ambassadeurs pour pouvoir développer l'éducation thérapeutique en ambulatoire.

«Je pense que c'est bien de travailler ensemble parce que je pense qu'il faut qu'on développe l'éducation en ambulatoire.» (9 : 277)

4.4.2. Les nouvelles missions pour le pharmacien au sein du réseau

Le pharmacien doit avoir un rôle plus prononcé dans l'adhésion et communiquer aux autres professionnels de santé quelles sont ses possibilités pour suivre les patients et évaluer leur observance.

Concernant les entretiens ou bilans, la confiance du patient envers le soignant est importante pour que ce soit productif. Le pharmacien qui voit le patient le plus régulièrement a plus de chance d'avoir la confiance de son patient. De plus il possède plus d'informations sur lui.

«Le pharmacien d'officine est celui qui connaît le mieux le patient. Pour moi les trois peuvent le faire mais après pour une question de confiance il me semble que c'est au

pharmacien d'officine qui suit le patient qui est le plus capable de s'occuper de ces missions. Il ne faut pas multiplier les interlocuteurs. La question de la confiance du patient est très importante. Si le patient n'a pas confiance il ne dira rien, que ce soit au médecin, au pharmacien ou à l'infirmière. Il faut quelqu'un qui suive le patient et en qui le patient fait confiance pour qu'il dise la vérité.» (6 : 153)

«C'est surtout qu'il a toute les informations. Moi c'est pas tellement le problème qu'il soit dans le réseau ou pas, c'est que celui qui est le plus apte à accompagner le patient c'est celui qui le connaît le mieux et qui lui délivre de manière habituelle les médicaments, qui gère l'automédication et le reste, donc voilà, après peu importe qui c'est. Il faut peut-être pas multiplier les interlocuteurs.» (3 : 195)

Pour améliorer le suivi des patients, le pharmacien et l'infirmière peuvent travailler ensemble tout en communiquant et en veillant à ne pas multiplier les interlocuteurs pour éviter une prise en charge redondante.

«On peut pas travailler par rapport à la prise en charge du patient, sur l'observance : l'infirmière d'un côté, le pharmacien de l'autre. C'est un problème l'observance et qu'est-ce qu'on peut faire. Qu'est-ce qu'ils ont comme possibilités à l'officine. Je connais pas leurs possibilités pour savoir si ce patient va aujourd'hui dans leur officine, un autre jour dans une autre. Ça c'est des choses qui seraient intéressantes à travailler. Au quotidien c'est surtout un travail de collaboration.» (10 : 331)

«A partir du moment où le pharmacien le fait il ne faut pas le faire deux fois. On ne peut être qu'un lien. Mais je ne suis pas sûr que tout le monde sache que le pharmacien fait ça. C'est ça le problème, on est d'accord ? Moi je le sais mais je ne suis pas sûr que tout le monde le sache ça.» (1 : 499)

Dans le réseau DROMARDIAB les participants suggèrent que les pharmaciens prennent en charge de nouvelles missions :

- Le rôle de répertorier les traitements pris par les patients dans le classeur de suivi

«Un exemple précis : alors ça s'il y a un pharmacien qui est présent dans le réseau, c'est un travail qu'il peut faire à ma place, c'est-à-dire l'évaluation des changements de traitement qu'il y a eu depuis le dernier bilan.» (3 : 144)

- Un rôle dans le conseil dans le suivi et la prise en charge à adopter par le réseau pour la prise en charge des patients.

«Effectivement, le conseil, la proposition du réseau, la proposition d'un suivi, la proposition d'observance également est un rôle qu'on peut leur donner facilement.» (7 : 57)

- Un rôle dans la formation et l'animation d'ateliers.

«Je pense qu'il aura certainement un rôle dans la formation. Pour l'instant c'est pas mis en place mais je crois qu'il peut intégrer l'équipe de formation certainement pour monter des modules de formation.» (2 : 364)

«En tout cas le pharmacien peut animer des ateliers sur justement l'observance des médicaments ou l'intérêt des traitements dans telle ou telle pathologie. On est en train de fabriquer ça.» (9 : 282)

- Un rôle dans la prévention.

«Que ce soit le pharmacien du réseau ou le pharmacien d'officine ils ont aussi un rôle à jouer dans la prévention aussi je pense. Les patients voient plus souvent les pharmaciens que les médecins.» (6 : 117)

- Enfin parmi les pistes proposées qui vont dans le sens de l'éducation AVK mis en place dans certaines officines, le pharmacien pourrait participer à l'adaptation des doses d'insuline.

«puis aussi à prendre des transferts de tâches [...] Pour cette partie technique qu'est l'adaptation des doses d'insulines je pense que les pharmaciens sont encore plus motivés que les généralistes curieusement, dès le début.» (1 : 33)

«Un peu comme pour les dosages d'INR, d'anticoagulants et moi j'étais favorable. Tous les pharmaciens qui m'ont envoyé un petit mot pour savoir ce que je pensais de leur intervention pour les équilibres d'anticoagulants, moi j'y suis tout à fait favorable.» (8 : 42)

4.4.3. L'analyse pharmaceutique : évolution au sein du réseau

Le pharmacien est perçu comme le spécialiste du médicament. Il a les compétences pour analyser la cohérence des prescriptions lorsqu'il y en a plusieurs faites par différents médecins. C'est un rôle intéressant et notamment en cas de patients présentant plusieurs pathologies.

«Après je pense que le pharmacien a toutes les compétences pour voir s'il y a de la cohérence dans les prescriptions surtout quand il y a plusieurs pathologies. Je pense

qu'il y aurait des médecins qui seraient très favorables à ça, notamment nos endocrinologues du réseau.» (2 : 515)

«J'y vois pas d'inconvénients puisqu'on additionne tellement de médicaments sur l'ordonnance que ça nous ferait du bien de temps en temps de savoir comment gérer mieux.» (7 : 388)

Il peut ainsi regrouper les différentes ordonnances et apporter une deuxième lecture sur les traitements.

«C'est ça qui est intéressant, que le pharmacien arrive à regrouper les prescriptions puisqu'il est spécialiste du médicament. Moi je les ai pas forcément. Et d'avoir une deuxième lecture des traitements c'est bien.» (4 : 236)

L'analyse de l'ordonnance devant le patient ou dans le jugement est perçue comme une source de conflits par les médecins et ce d'autant plus que le pharmacien ne possède pas tous les éléments concernant les patients.

«Il faut voir comment ça se présente. Si l'analyse ne passe pas par le patient et que ce n'est pas une évaluation pourquoi pas si ça peut permettre d'améliorer certaines choses mais après il faut que ça soit fait par un pharmacien qui possède toutes les clés donc c'est très compliqué.» (5 : 228)

«Je ne sais pas trop. Ça pourrait être un avis et si on est pas d'accord avec l'avis, qu'est-ce qu'on fait, le patient risque d'être un peu perdu : lui il me dit ça, l'autre il est contre.» (4 : 201)

Ainsi le rôle d'expertise du pharmacien lors d'une discussion avec le médecin est une option préférable.

«S'il revoit l'ordonnance par rapport au dossier médical. Un rôle d'expertise ça serait pas mal. Mais ça il faut qu'il le fasse quand on est en train de discuter d'un patient. Il faudrait pas qu'il y ait un courrier du pharmacien et disant je trouve ça inadmissible.» (7 : 417)

Enfin le pharmacien est spécialiste du médicament mais il ne possède pas toutes les clés par rapport au patient et par rapport à la prise en charge faite par un endocrinologue donc il n'est pas expert de la stratégie thérapeutique.

[Par rapport à l'analyse d'ordonnance du pharmacien avec des propositions d'amélioration de traitement.] *«Je pense que ça c'est le rôle du spécialiste de faire des propositions au médecin généraliste. J'avais pas dans l'idée que le pharmacien puisse faire ça. C'est pas forcément son rôle d'adapter un traitement mais j'avais pas réfléchi jusqu'à maintenant sur la question.» (9 : 418)*

«Mais pas du patient. Et là on touche du doigt le fait que les pharmaciens peuvent être les spécialistes du traitement mais pas du patient. Un pharmacien connaît les molécules quand tout se passe bien. Un pharmacien qui connaît bien les médicaments du diabète, après est-il le plus adapté pour adapter une stratégie [...] Oui il connaît la théorie, la pharmacocinétique. C'est son boulot, il peut être très bon. Après la stratégie thérapeutique, je pense qu'un spécialiste de la pathologie est en première ligne.» (9 : 404)

4.5. Les freins organisationnels

Certains freins organisationnels sont mis en avant par les participants lors des entretiens. Ces freins tendent à limiter l'évolution et le développement des activités des professionnels de santé au sein du réseau.

- Le manque de temps limite l'investissement des professionnels de santé dans le réseau.

«Je pense que ce qui leur manque c'est le temps pour s'impliquer pour certains et la volonté de laisser leur activité parce que certains sont seuls dans leur pharmacie.»

(1 : 89)

«Oui c'est vrai que les patients apportent les classeurs lors des consultations mais on a pas le temps de regarder ou de le remplir. Il y a trop de documents. Déjà il faut que l'on réalise l'examen clinique l'interrogatoire ... Ca prendrait trop de temps.» (5 : 89)

La localisation géographique fait aussi partie des freins. Le fait d'être en bordure de territoire complique l'accès aux réunions.

«A Saint-Marcellin on est un peu à la limite du réseau donc on ne se rend pas souvent aux réunions. On a inclus quelques patients mais c'est assez compliqué du fait de notre situation géographique. On a surtout eu des contacts avec les endocrinologues et les diététiciennes.» (5 : 60)

Le manque de rémunération est perçu comme un obstacle à l'investissement des pharmaciens.

«Moi j'aimerais bien qu'un jour la nomenclature, il existe une nomenclature pour que le temps passé par le pharmacien sur un dossier éducatif, il puisse être rémunéré.»

(1 : 341)

Le manque de confidentialité au sein des locaux officinaux pour la prise en charge des patients est critiqué par les participants car il ne permet pas le développement de l'accompagnement thérapeutique.

«Justement pour développer le côté accompagnement thérapeutique et éducation sanitaire qu'ils peuvent avoir en fonction de la grosseur de leur établissement, de la confidentialité des rencontres : c'est l'aspect qu'il manque au niveau des pharmacies. Moi ça ne me choquerait pas du tout que les pharmaciens aient un coin pour discuter avec les patients sur leur traitement et téléphoner au médecin ou envoyer un mail au médecin.» (8 : 80)

« En officine pour cela il faut aussi un espace de confidentialité pour amener le patient à parler de ses problèmes. Je ne sais pas si au comptoir il peut tout exprimer et s'il est toujours suivi pas la même personne ; pharmacien ou préparatrices... »

(5 : 201)

5. DISCUSSION

L'étude qualitative réalisée a exploré l'intégration des pharmaciens au sein du réseau DROMARDIAB à travers le regard des médecins et infirmières qui y participent. L'analyse de cette intégration en termes de perception, de motivation, de communication et d'activité permet d'évaluer le niveau de collaboration interprofessionnelle. Elle permet aussi d'établir les perspectives qui s'ouvrent au pharmacien pour la mise en place de nouvelles missions dans le réseau, en adéquation avec ses compétences.

Notre étude présente certaines limites qui sont à prendre en compte pour son analyse.

L'étudiant en pharmacie n'avait jamais réalisé d'étude exploratoire qualitative.

Le recrutement des participants pour l'étude qualitative a été faite à partir d'une liste suggérée par des membres de la cellule de coordination pour être représentatif du secteur géographique du réseau DROMARDIAB. La constitution de la liste des participants peut potentiellement induire un biais de sélection. Ensuite les membres figurants sur cette liste ont été contactés par téléphone pour savoir s'ils désiraient participer à l'étude. Il peut également y avoir un biais de participation. Seuls les professionnels de santé motivés par la coopération avec les pharmaciens ont pu souhaiter participer à l'étude. Ainsi il y a un risque que les individus étudiés ne soient pas représentatifs de la population générale de médecins et d'infirmières constituant le réseau. Peu de médecins généralistes étaient disponibles pour un entretien: onze ont refusé de participer à l'étude. Les raisons évoquées étaient principalement le manque de temps, le fait de partir ou d'être en congé ou bien le manque d'information sur l'activité exercée par les pharmaciens au sein du réseau et aussi leur probable incapacité à répondre à nos questions.

Les rendez-vous en cabinet médical ont duré globalement moins longtemps que ceux réalisés en dehors. Le guide d'entretien avait été testé pour durer environ trente minutes, ce qui est long pour un médecin généraliste qui doit composer avec les rendez-vous pris avec ses patients. Ainsi le fait que les entretiens doivent être écourtés a demandé certaines adaptations dans le comportement et la manière de diriger l'entretien.

De plus l'étude réalisée se déroule uniquement au sein du réseau DROMARDIAB qui s'occupe de la prise en charge de patients diabétiques. Les résultats obtenus ne sont peut-être pas extrapolables aux autres réseaux spécialisés dans d'autres domaines. Néanmoins, l'étude permet d'identifier les caractéristiques d'un réseau de soins à prendre en compte avant l'exploration de la collaboration entre professionnels de santé en son sein.

Les entretiens ont été réalisés par un étudiant ayant validé sa 6^{ème} année officinale qui connaît la présidente du réseau et c'est ce qui lui a permis de se présenter aux autres participants. Pour ne pas biaiser l'étude, aucun des thèmes du questionnaire n'avaient été abordés préalablement avec elle.

Les entretiens ont été réalisés durant la période estivale correspondant aux vacances universitaires. Le délai nécessaire pour réaliser les entretiens et arriver à saturation des données était limité. De ce fait le guide d'entretien n'a pas pu être révisé au cours de la recherche et l'analyse définitive a été faite après la fin des entretiens. Or un ajustement du guide d'entretien doit permettre la garantie d'obtenir des données plus fiables au final (31).

L'étude portant sur le pharmacien au sein du réseau, la qualification de l'enquêteur a pu induire des postures de la part des participants. Il existe un risque de biais de désirabilité pendant l'entretien. Les entretiens menés par un enquêteur neutre auraient probablement conduits à une vision moins biaisée du pharmacien du réseau.

Un entretien prévu initialement individuel a été réalisé avec deux participants en même temps à leur demande. Les questions leur étaient posées en même temps et chacun pouvait répondre à son tour ou bien apporter des commentaires sur les réponses de l'autre. Cet entretien a tout de même permis de discerner leurs points de vue respectifs et a été enrichissant tout comme les autres.

Enfin durant les entretiens, des confusions étaient parfois faites entre le pharmacien d'officine et le pharmacien du réseau. Il était alors nécessaire de préciser de quel pharmacien il s'agissait pour pouvoir comprendre son intégration au sein du réseau.

Les modèles de Bradley et al.(19) et McDonough et al.(24) sont des modèles conceptuels sur la collaboration entre le médecin généraliste et le pharmacien d'officine. Ils décrivent différents niveaux de partenariat influencés par divers facteurs. Ces derniers ont été investigués lors de l'étude exploratoire réalisée. Ainsi en comparant les différents paramètres comme la confiance, la communication, les rôles professionnels par exemple, ces modèles vont permettre d'évaluer le niveau de collaboration au sein de DROMARIDAB. Le modèle CWR de McDonough et al.(24) a l'avantage d'être un modèle dynamique qui donne plus de clefs pour avancer entre les stades de collaboration (24).

Le modèle GPCPC de Bradley et al. (19) montre la différenciation et l'asymétrie du partenariat entre le médecin généraliste et le pharmacien (Figure 4). Cette asymétrie concerne le pouvoir et la différence de perception des divers composants de la relation collaborative ainsi que l'importance assignée à ceux-ci. Dans notre étude, les médecins souhaitent garder le contrôle sur la prise en charge des patients en ayant un retour sur le travail des pharmaciens

Ainsi ils souhaitent plus voir le pharmacien dans un rôle de sécurisation et de reformulation des points clés de la prescription. Ils souhaitent que le pharmacien contrôle l'automédication des patients et qu'il joue son rôle de conseil auprès d'eux. Les attentes des médecins en termes de communication sont axées sur les difficultés des patients et les anomalies liées aux prescriptions ainsi que sur la gestion de la logistique.

Par rapport à la localisation, la plupart des professionnels sont séparés. Les services additionnels fournis par les pharmaciens concernent essentiellement l'animation des ateliers d'éducation thérapeutique. Ces services ont le potentiel d'améliorer le partenariat avec les professionnels impliqués et motivés mais actuellement peu de médecins, parmi les participants, sont au courant des missions des pharmaciens dans le réseau.

Parmi les composants du modèle de Bradley et al.(19) on trouve aussi la confiance. Les résultats de notre étude montrent que lorsque les pharmaciens du réseau participent à l'animation des ateliers d'éducation thérapeutique intitulés « mieux comprendre ses médicaments », la confiance envers eux a tendance à s'accroître.

Les rencontres pluriprofessionnelles permettent d'apprendre le rôle de chacun et influencent la collaboration comme l'indique le modèle de Bradley et al.(19). L'étude de Rubio-Valera et al.(32) retrouve aussi ces éléments. Dans notre étude, nous avons remarqué que pour certains professionnels de santé, travailler au sein d'un réseau de santé avec les pharmaciens ou bien participer avec eux à des formations permet d'apprendre à les connaître. Les participants qui échangent avec les pharmaciens du réseau perçoivent mieux leurs compétences, leur approche des patients et appréhendent aussi les difficultés auxquelles ils font face lors de leur exercice quotidien. Les formations pluri disciplinaire sont une occasion pour les professionnels de santé de se rencontrer et d'échanger.

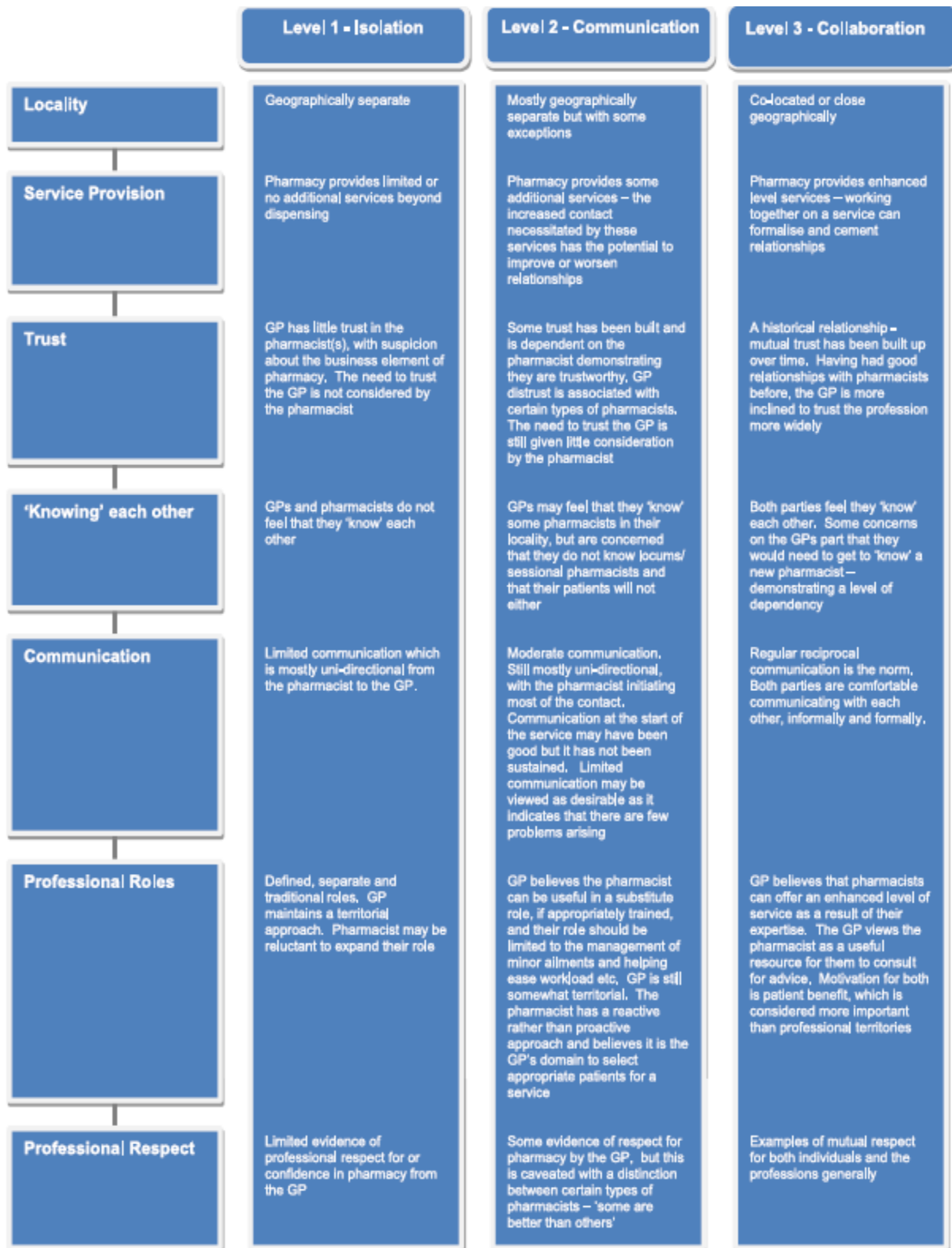


Figure 4 : Modèle conceptuel de la collaboration médecin généraliste – pharmacien de Bradley et al (19).

Certaines recherches placent la communication comme une part inhérente pour un travail en équipe et une collaboration interprofessionnelle fonctionnelle (33). L'étude montre que la communication entre les médecins généralistes et les pharmaciens est à un niveau faible: c'est-à-dire limitée aux problèmes détectés par rapport aux ordonnances ou liée aux alertes par rapport aux problèmes potentiels. La communication, en plus d'être limitée, est unidirectionnelle. Les infirmières souhaitent que le pharmacien leur fasse remonter plus d'informations concernant les difficultés rencontrées par les patients et qu'il y ait plus de communication entre eux car actuellement elle est peu fréquente et ne permet pas d'optimiser la prise en charge des patients.

Le respect professionnel est évident de la part des médecins et infirmières du réseau à l'égard des pharmaciens mais avec des distinctions entre eux : ceux qui ont une image de commerçant et ceux qui s'impliquent plus dans la prise en charge de leurs patients. Ainsi Bradley et al.(19) le révèle, l'aspect commercial des pharmaciens d'officine est perçu de manière négative, comme un cloisonnement. L'éducation thérapeutique au patient est un vecteur de changement de posture dans la pratique professionnelle.

D'après les résultats obtenus la collaboration entre les pharmaciens du réseau et les autres professionnels s'apparente à la description du deuxième niveau du modèle de Bradley et al.(19) intitulé « communication ». Cependant on peut nuancer ces résultats en ajoutant que la balance penche en faveur du niveau 1 « isolation » avec la plupart des médecins généralistes et plus précisément ceux ne faisant pas partie de l'équipe coordinatrice. La progression du niveau de collaboration dans le réseau est encourageante car elle représente une dynamique favorable à l'intégration des pharmaciens lorsqu'ils s'impliquent aux côtés des autres professionnels dans de nouveaux services tels que l'animation de séances d'éducation thérapeutique. Le modèle CWR de McDonough et al. (24) prend en compte le fait que l'évolution de la collaboration peut s'améliorer et se rétracter selon la gestion et la

résolution des conflits. En comparaison avec ce modèle, la collaboration entre les professionnels de DROMARDIAB est au niveau 0 « conscience des autres professionnels ». La communication actuelle entre médecin généraliste et pharmacien concerne la survenue des effets indésirables et les difficultés des patients. L'intégration des pharmaciens au sein du réseau ne leur a pas permis d'atteindre la première étape de la reconnaissance professionnelle malgré la mise en place des ateliers d'éducation thérapeutique autour de la compréhension des médicaments. Pour mener à bien le premier niveau de collaboration, le pharmacien doit continuer à engager des échanges classiques avec les médecins.

Le réseau DROMARDIAB est constitué sous la forme d'une équipe multidisciplinaire qui résulte de la juxtaposition de professionnels de santé qui travaillent chacun dans la même direction mais séparément (15). Ainsi le parcours du patient, constitué essentiellement par l'éducation thérapeutique, coordonne cette équipe. Le partage d'information est très limité et il en est de même pour la communication.

La clé du modèle CWR (24) consiste à ce que le pharmacien qui veut étendre ses missions continue à établir des échanges discrets avec les médecins généralistes sur les problèmes liés aux prescriptions en montrant de la confiance en leurs capacités. Pour promouvoir le partenariat entre les différents acteurs et atteindre le stade de reconnaissance professionnelle les pharmaciens doivent régulièrement fournir des informations sur les patients comme par exemple : leur historique médicamenteux ou leur niveau d'adhérence. Dans notre étude, les participants ont fourni les mêmes éléments clés pour améliorer la collaboration interprofessionnelle. Dans le réseau, les pharmaciens sont considérés comme étant motivés et ayant un intérêt au travail interprofessionnel et deux axes principaux ont été identifiés pour

améliorer la collaboration interprofessionnelle. Il s'agit de la communication entre les différents acteurs ainsi que la formation des pharmaciens.

La communication est un thème fréquemment abordé durant les entretiens. Une communication équilibrée entre les différents acteurs de santé améliore la prise en charge des patients car elle induit un meilleur partage des informations obtenues et permet de maintenir la confiance des patients en tenant un discours harmonisé.

La communication est décrite comme étant insuffisante au sein du réseau. Les résultats indiquent un manque d'échange sur les patients, des contacts téléphoniques et des entrevues très limitées. Or comme c'est souligné dans d'autres recherches, les facteurs importants pour le travail d'équipe concernent le temps à consacrer aux activités d'équipes, les opportunités de rencontrer et d'apprendre à connaître les membres des autres disciplines de santé (34). La communication doit donc permettre d'améliorer la connaissance mutuelle des différents professionnels de santé mais aussi de définir les rôles et les attentes pour minimiser le risque de conflit. La manière dont les participants perçoivent la communication impacte sur son amélioration (35). Par exemple, l'analyse des ordonnances avec l'élaboration d'intervention pharmaceutique est perçue de manière ambiguë par les médecins du fait de la crainte d'être jugé sur leur travail. La manière de communiquer de la part du pharmacien doit être adéquate pour ne pas que le médecin se sente jugé ou qu'il soit mis en porte-à-faux avec ses patients. Cela rejoint la volonté d'harmonisation des pratiques professionnelles émises par les professionnels de santé du réseau.

Nos résultats montrent que les médecins généralistes insistent sur l'importance du rôle du pharmacien dans la reformulation des éléments clés de leurs prescriptions pour favoriser l'adhérence. Pour que le travail du pharmacien et les tâches qu'il effectue soient efficaces et performantes, un bon partenariat avec le médecin généraliste est requis (36). Aussi, les pharmaciens peuvent s'appuyer sur cette demande pour initier un partenariat plus étroit dans

le but d'uniformiser les discours puis dans un second temps de faire évoluer la collaboration interprofessionnelle. De surcroît, les professionnels de santé attendent aussi du pharmacien qu'il puisse offrir d'autres services en liens avec leurs compétences pour améliorer la prise en charge des patients. Les professionnels de santé du réseau DROMARDIAB veulent d'ailleurs que le pharmacien réalise des bilans médicamenteux optimisés et qu'il communique d'avantage sur l'adhésion de ses patients. Ils évoquent aussi la mise en place de séances d'éducation thérapeutique d'inclusion ainsi qu'un accompagnement des patients pour l'adaptation des doses d'insuline.

Il s'agit de missions de pharmacie clinique. Dans cet exercice, le pharmacien est tourné sur l'analyse de l'historique médicamenteux du patient, la validation et l'évaluation des stratégies thérapeutiques médicamenteuses, l'éducation du patient en intégrant des techniques de communication adaptées. Il agit au plus près du patient et utilise sa culture pharmaceutique pour sécuriser et optimiser la thérapeutique des patients (37).

Un axe de travail pour le réseau serait d'établir un protocole de communication clair entre les professionnels de santé détaillant les missions actuelles de chacun au sein du réseau. Les pharmaciens disposent de leviers pour entretenir la communication avec les médecins généralistes comme la détection des interactions médicamenteuses. L'établissement de protocole d'objectifs de reformulation des conseils aux patients, comprenant les plans de prise réalisés pour ces derniers, en concertation avec les médecins des patients peut permettre une meilleure coordination. Le plan de prise des médicaments correspond à un plan personnalisé au patient indiquant ses médicaments et des informations sur les heures de prise et les moments de prise par rapport aux repas. De plus, le pharmacien devrait fournir des informations sur l'adhésion aux traitements médicamenteux de ses patients.

L'évolution des moyens de communication entre les professionnels de santé peut favoriser la mise en place de ces services. Les plateformes de partage de dossiers patients comme SISRA, le système d'information en santé de la région Rhône-Alpes, ainsi que la mise en place de réunions pluri professionnelles sont des structures permettant une meilleure intégration de tous les acteurs dans la prise en charge des patients (39) (38).

Les pharmaciens se sont organisés avec le Portail DP pour partager le dossier pharmaceutique des patients entre eux. Ce partage doit être ouvert aux autres professionnels de santé. Le Dossier Pharmaceutique permet aux pharmaciens de consulter l'historique des médicaments qui ont été dispensés au cours des 4 derniers mois. Il permet ainsi de sécuriser la dispensation des médicaments. A noter que le CHU de Grenoble participe de manière pointue à son évaluation (40, 41).

Les pharmaciens sont perçus comme des spécialistes du médicament mais ils ont aussi une image de professionnel de santé avec une vision pas assez pratique concernant la prise en charge des patients. Leur manière de s'adresser au patient est jugée trop technique. Il y a un gain de confiance par rapport à leurs compétences lorsque les pharmaciens participent aux formations du réseau. Ainsi le pharmacien formé à l'éducation thérapeutique est vu comme un professionnel de santé moins cloisonné et qui est motivé pour s'impliquer dans la prise en charge des patients. De plus, les formations dispensées par le réseau sur le diabète et l'apprentissage de l'éducation thérapeutique ainsi que les objectifs partagés par les membres s'impliquant dans le réseau contribuent à renforcer l'évolution vers la pratique collaborative interprofessionnelle. La formation à l'éducation thérapeutique permet aux pharmaciens de s'intégrer au réseau. A terme le pharmacien peut s'impliquer dans des ateliers diversifiés menés en collaboration avec d'autres professionnels de santé telle que les infirmières ou les diététiciennes par exemple. Le réseau doit poursuivre son effort en termes de formation pluriprofessionnelle car c'est un facteur d'intégration qui est apprécié par les participants.

La mise en place de séance d'éducation thérapeutique lors de l'inclusion des patients dans le réseau est aussi envisageable du fait de la proximité des pharmaciens avec eux.

Enfin, certains freins organisationnels demeurent clairement un problème pour la mise en place de nouvelles missions mais peuvent être gérés par des mesures adéquates (33). L'activité des pharmaciens au sein de leurs officines peut limiter leur intégration au sein du réseau à cause du manque de temps. Pour pouvoir animer les ateliers d'éducation thérapeutique et prétendre à exercer d'autres missions, le pharmacien doit apprendre à mieux déléguer des tâches dans leurs équipes. La rémunération est un autre frein qui est évoqué par les professionnels de santé. L'étude qualitative menée par Niquille et al.(42) semble indiquer que le temps et les ressources engagées ne sont pas problématiques si la rémunération est adéquate mais qu'il ne s'agit pas d'un problème majeur lors de la mise en place de nouveaux services.

Notre étude peut servir de bilan diagnostique de la collaboration entre le pharmacien et les différents professionnels adhérents au sein du réseau DROMARDIAB. L'analyse des entretiens a fait ressortir certains aspects susceptibles d'améliorer le partenariat pour évoluer vers une prise en charge des patients plus coordonnée. La mise en place de protocoles de communication, la réalisation de bilan médicamenteux transmis aux autres professionnels, un meilleur partage de l'information sur les patients doivent améliorer la coordination de la prise en charge des patients. La participation du pharmacien aux formations pluriprofessionnelles et notamment à l'éducation thérapeutique permet une meilleure intégration.

Ces axes d'amélioration représentent des pistes d'amélioration pour l'intégration des pharmaciens d'officine en dehors du réseau.

THESE SOUTENUE PAR : Thomas QUENOT

TITRE :

Le pharmacien d'officine au sein du réseau DROMARDIAB : rôle, collaboration et évolution selon la perspective des médecins et des IDE

CONCLUSION :

Les réseaux de santé sont des dispositifs de coordination ayant pour objectif de mettre en relation différents intervenants autour des parcours des patients en situation complexe. Le pharmacien fait partie des professionnels de santé appelés à participer et intervenir dans la prise en charge de ses patients. Au sein du réseau DROMARDIAB les pharmaciens interviennent principalement en animant des ateliers collectifs d'éducation thérapeutique dont le but est d'améliorer la compréhension des patients vis-à-vis de leur thérapeutique. Un des pharmaciens s'implique plus particulièrement dans la réalisation des bilans éducatifs partagés.

L'objectif de ce travail est d'évaluer la perception des pharmaciens par d'autres professionnels de santé travaillant au sein de ce réseau. L'investissement des pharmaciens au sein du réseau induit un changement de perception à leur égard. Ce changement influence le degré de collaboration interprofessionnelle.

Une étude exploratoire qualitative a été conduite grâce à des entretiens semi-dirigés. Deux infirmières et neuf médecins ont participé à cette enquête. Les verbatim ont été entièrement retranscrits puis analysés suivant l'approche inductive thématique.

Ce travail a mis en avant l'intérêt des professionnels de santé concernant l'implication des pharmaciens dans la chaîne de soins primaires et l'importance de leur participation à l'éducation thérapeutique des patients concernant les traitements.

Les pharmaciens ont un rôle reconnu dans l'information thérapeutique, la reformulation des prescriptions, la logistique et l'automédication. Ils centralisent les prescriptions des différents médecins. De ce fait ils ont un rôle reconnu dans la sécurisation des prescriptions.

Le niveau de collaboration au sein de DROMARDIAB est bas, proche de l'isolement professionnel. Il doit être amélioré dans plusieurs domaines. La communication interprofessionnelle n'est pas développée. Elle est décrite comme étant restreinte et à sens unique entre les médecins, les infirmières et les pharmaciens. Il persiste un cloisonnement entre les professionnels avec un manque de connaissance sur les activités effectuées par les pharmaciens ainsi que sur leurs compétences. Néanmoins, l'implication et la participation des pharmaciens du réseau à l'éducation thérapeutique des patients est jugée de manière positive et entraîne un changement de perception à leur égard.

Pour améliorer la collaboration interprofessionnelle le pharmacien doit communiquer aux médecins et infirmières sur le travail qu'il effectue au quotidien auprès des patients ainsi que sur les informations concernant l'adhésion de ses derniers. La participation des pharmaciens à des réunions pluri professionnelles peut permettre l'évolution dans le bon sens. Enfin, la formation et l'implication dans l'éducation thérapeutique font de lui un acteur plus pratique, renforce la confiance et donne une vision moins cloisonnée de sa profession.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 18/02/16



LE PRESIDENT DE LA THESE

B Allenet rue place
Jauréguibert d'intercession
A sa demande

Professeur Emérite Jean CALOP

A handwritten signature in blue ink, which appears to be "Jean CALOP", written over a horizontal line.

REFERENCES

1. Berland Y. COOPERATION DES PROFESSIONS DE SANTE : LE TRANSFERT DE TACHES ET DE COMPETENCES. Octobre 2003 [updated Octobre 2003; cited]; Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000619.pdf>.
2. HAS. Coopération entre professionnels de santé. Guide méthodologique tome 2. 2010 [cited. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/guide_methodo_tome2_21072010_2010-09-03_13-59-2_321.pdf.
3. legifrance.gouv.fr. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009 [updated 2009; cited 2016 10/02/2016]; Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>.
4. legifrance.gouv.fr. Code de la santé publique: Article L6321-1 et Article L6321-2. [02/07/2015; cited]; Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?sessionId=DAC3207C155570A6EC66A6AAEC574C75.tpdila10v_3?idSectionTA=LEGISCTA000006171584&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20150702.
5. Ministère des affaires sociales dlsedddf. CIRCULAIRE N°SG/2015/152 du 28 avril 2015 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2015. 2015 [updated 2015 03/07/2015; cited]; Available from: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/05/cir_39566.pdf.
6. Santé ARd. Qu'est ce que l'ARS. [03/07/2015; cited]; Available from: <http://www.ars.sante.fr/Presentation-generale.89790.0.html>.
7. Ministère des affaires sociales dlsedddf. Améliorer la coordination des soins: comment faire évoluer les réseaux de santé? ; 2012 [updated 2012 04/07/2015; cited]; Available from: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante-2.pdf.
8. legifrance.gouv.fr. Art. L. 4130-1. - Les missions du médecin généraliste de premier recours. [cited 04/07/2015]; Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_36.
9. legifrance.gouv.fr. Art. D. 766-1-2. 2002 [updated 2002 04/07/2015; cited]; Available from:

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000228211&dateTexte=20021218>.

10. Nord-Pas-De-Calais A. Réseaux de santé. [04/07/15; cited]; Available from: <http://ars.nordpasdecalais.sante.fr/Reseaux-de-sante.83437.0.html>.
11. HAS. Evaluation et amélioration des pratiques. [04/07/15; cited]; Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/reseaux_de_sante.pdf.
12. DROMARDIAB. réseau DROMARDIAB: Qu'est-ce qu'un réseau de santé.; [05/07/14; cited]; Available from: http://www.dromardiab.fr/content.php?id_niv1=138.
13. DROMARDIAB. Podologie. [05/07/15; cited]; Available from: http://www.dromardiab.fr/content.php?id_niv1=139&id_niv2=171.
14. San Martin-Rodriguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care*. 2005 May;19 Suppl 1:132-47.
15. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. 2005 May;19 Suppl 1:116-31.
16. Bardet JD, Vo TH, Bedouch P, Allenet B. Physicians and community pharmacists collaboration in primary care: A review of specific models. *Res Social Adm Pharm*. Dec 20.
17. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(3):CD000072.
18. Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int J Nurs Stud*. 2008 Jan;45(1):140-53.
19. Bradley F, Ashcroft DM, Noyce PR. Integration and differentiation: a conceptual model of general practitioner and community pharmacist collaboration. *Res Social Adm Pharm*. Jan-Feb;8(1):36-46.
20. Van C, Costa D, Abbott P, Mitchell B, Krass I. Community pharmacist attitudes towards collaboration with general practitioners: development and validation of a measure and a model. *BMC Health Serv Res*.12:320.
21. Van C, Costa D, Mitchell B, Abbott P, Krass I. Development and validation of a measure and a model of general practitioner attitudes toward collaboration with pharmacists. *Res Social Adm Pharm*. Nov-Dec;9(6):688-99.
22. Van C, Mitchell B, Krass I. General practitioner-pharmacist interactions in professional pharmacy services. *J Interprof Care*. Sep;25(5):366-72.

23. Mangerel K. Conciliation médicamenteuse en pratique. 2012 [cited. Available from: <http://www.ars.champagne-ardenne.sante.fr/fileadmin/CHAMPAGNE-ARDENNE/ARS Internet/actualites/Securite des patients 2012/2012/Conciliation medicamenteuse K Mangerel 28112012.pdf>].
24. Mc Donough RP, Doucette WR. Dynamics of pharmaceutical care: developing collaborative working relationships between pharmacists and physicians. *J Am Pharm Assoc* (2001). 2001;41:682-92.
25. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 Dec;19(6):349-57.
26. Vilatte J-C. L'entretien comme outil d'évaluation. 2007 [cited. Available from: https://www.google.fr/?gws_rd=ssl#q=L%E2%80%99entretien+comme+outil+d%E2%80%99%C3%A9valuation].
27. Blais M MS. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *RECHERCHES QUALITATIVES*. 2007;VOL .26(2):1-18.
28. Boutin G. L'entretien de recherche qualitatif, Québec. Presses de l'Université de Québec. 2008:p171.
29. Berthier N. Les techniques d'enquête en sciences sociales : Méthodes et exercices corrigés. . Armand Colin ed.; 2014.
30. Thomas DR. A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*. 2006;27(2):237-46.
31. Paillé P. Procédures systématiques pour l'élaboration d'un guide d'entrevue semi-directive: un modèle et une illustration. . Congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences; 1991; Cégep de Sherbrooke. 1991.
32. Rubio-Valera M, Jové A, Hughes C, Guillen-Solà M, Rovira M, Fernandez A. Factors affecting collaboration between general practitioners and community pharmacists: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. [Research article]. 2012 20 juin 2012;12:188.
33. C. Borrill MW, D. Shapiro, A. Rees. Team working and effectiveness in health care. *British Journal of Health Care Management*. 2000;6 (8):364-71.
34. Dobson RT, Henry CJ, Taylor JG, Zello GA, Lachaine J, Forbes DA, et al. Interprofessional health care teams: attitudes and environmental factors associated with participation by community pharmacists. *J Interprof Care*. 2006 Mar;20(2):119-32.

35. Patterson BJ, Solimeo SL, Stewart KR, Rosenthal GE, Kaboli PJ, Lund BC. Perceptions of pharmacists' integration into patient-centered medical home teams. *Res Social Adm Pharm.* Jan-Feb;11(1):85-95.
36. Bradley F, Elvey R, Ashcroft DM, Hassell K, Kendall J, Sibbald B, et al. The challenge of integrating community pharmacists into the primary health care team: a case study of local pharmaceutical services (LPS) pilots and interprofessional collaboration. *J Interprof Care.* 2008 Aug;22(4):387-98.
37. Calop J, Limat S, Fernandez C. *Pharmacie clinique et thérapeutique.* Elsevier Masson ed.; 2008.
38. asipsanté. Le système d'information en santé de la région Rhône-Alpes (SISRA) 2010 [updated 2010; cited 18/02/2016]; Available from: <http://esante.gouv.fr/actus/regions/le-systeme-d-information-en-sante-de-la-region-rhone-alpes-sisra>.
39. Bell JS, Rosen A, Aslani P, Whitehead P, Chen TF. Developing the role of pharmacists as members of community mental health teams: perspectives of pharmacists and mental health professionals. *Res Social Adm Pharm.* 2007 Dec;3(4):392-409.
40. Bedouch P. *Electronic Pharmaceutical Record Used for Medication Reconciliation by a Pharmacist Associated to the Anesthesiologist Consultation (DP-CONCIL).* Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); [2000; cited 2016]; Available from: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02071472> NLM Identifier: NCT02071472.
41. Bedouch P, Bardet J. DOPI-OFFI : Apport du Dossier Pharmaceutique sur les Interventions Pharmaceutiques en Pharmacie d'Officine ; XVIe Congrès de la Société Française de Pharmacie Clinique ; Montpellier, 3 – 5 février 2016.
42. Niquille A, Lattmann C, Bugnon O. Medication reviews led by community pharmacists in Switzerland: a qualitative survey to evaluate barriers and facilitators. *Pharm Pract (Granada).* Jan;8(1) :35-42.

ANNEXES :

Annexe 1 : Ateliers collectifs proposés par le réseau DROMARDIAB



ATELIERS COLLECTIFS 2015 Informations et inscriptions : 04.75.81.63.10

Mise à jour du 29/01/2015

Nom de l'atelier Durée	Thème	Lieu	Jour	Rendez-vous pris (cocher)
<p>Mieux connaître son diabète et mettre en œuvre une alimentation adaptée</p> <p>Atelier animé par une diététicienne et une infirmière</p> <p>Durée : 3 heures</p>	<p>L'infirmière et la diététicienne redéfinissent avec les patients et les accompagnants ce qu'est le diabète, les traitements, les connaissances diététiques de base.</p>	ROMANS Salle Charlotte Chaze	Lundi 09 mars 2015 14h-17h	
		VALENCE Maison Relais Santé	Mardi 10 mars 2015 14h-17h	
		ROMANS Salle Charlotte Chaze	Lundi 20 avril 2015 14h-17h	
		VALENCE Maison Relais Santé	Mardi 28 avril 2015 14h-17h	
		ST VALLIER CH- Salle Les Vallées	Jeudi 10 sept 2015 14h-17h	
		CREST	Mardi 29 sept 2015 14h-17h	
		VALENCE Maison Relais Santé	Lundi 05 octobre 2015 14h-17h	
		ROMANS Salle Charlotte Chaze	Lundi 26 octobre 2015 14h-17h	
		VALENCE Maison Relais Santé	Mardi 24 nov 2015 14h-17h	
<p>Courses au supermarché et lecture des étiquettes</p> <p>Atelier animé par une diététicienne</p> <p>Durée : 2 heures</p>	<p>Observer les étiquetages et faire ressortir les éléments nutritionnels essentiels à repérer : tableau de composition nutritionnelle, liste des ingrédients, poids d'une portion, allégations nutritionnelles, pour être plus à l'aise dans la lecture des étiquettes, connaître les éléments à contrôler en priorité.</p>	VALENCE Maison Relais Santé	Lundi 23 février 2015 14h-16h	
		Intermarché CREST	Lundi 09 mars 2015 14h-16h	
		Intermarché VALENCE	Jeudi 16 avril 2015 14h-16h	
		ST VALLIER CH- Salle Les Vallées	Lundi 01 Juin 2015 14h-16h	
		ROMANS Salle Charlotte Chaze	Lundi 15 juin 2015 14h-16h	
		VALENCE Maison Relais Santé	Jeudi 24 sept 2015 14h-16h	
		LECLERC ST PAUL ROMANS	Lundi 02 nov 2015 9h-11h	
<p>Adaptation de recettes</p> <p>Atelier animé par une diététicienne</p> <p>Durée : 2 heures</p>	<p>Identifier les aliments qui pourraient être problématiques dans les recettes habituelles des participants. Savoir adapter les quantités au nombre de convives. Le diabète n'empêche pas de manger « bon ».</p>	VALENCE Maison Relais Santé	Lundi 16 février 2015 9h-11h	
		ROMANS Salle Charlotte Chaze	Vendredi 20 fév 2015 9h-11h	
		CREST Salle du Bosquet	Lundi 13 avril 2015 9h-11h	
		VALENCE Maison Relais Santé	Vendredi 12 juin 2015 14h-16h	
		ROMANS Salle Charlotte Chaze	Lundi 14 sept 2015 14h-16h	
		VALENCE Maison Relais Santé	Mercredi 14 oct 2015 9h-11h	
		ST VALLIER CH- Salle Les Vallées	Lundi 16 nov 2015 14h-16h	
<p>Atelier d'écriture plaisir animé par deux écrivains publics formés en ETP 3 ou 10 séances Durée : 2 heures</p>	<p>Vivre le plaisir d'écrire, s'exprimer, reprendre confiance en soi. Par la création, retrouver une énergie et des ressources vitales.</p>	<p>VALENCE Siège du Réseau Dromardiab</p>	<p>Les mercredis, à partir du mois de septembre Horaires à définir</p>	<p>Nouveau</p>





ATELIERS COLLECTIFS 2015

Informations et inscriptions : 04.75.81.63.10

Nom de l'atelier Durée	Thème	Lieu	Date	Rendez-vous pris (cocher)
Cours de cuisine et repas Atelier animé par une diététicienne Durée : 3 heures	Apprendre, ou prendre du plaisir, à cuisiner un repas complet quand on a du diabète. Gérer la prise d'un repas en groupe à l'extérieur du domicile. Réaliser : Une entrée de légumes avec sauces légères - Une viande en sauce - Un accompagnement de légumes en gratin (avec féculents) - Dessert peu sucré à base de fruits. L'atelier est suivi du repas.	VALENCE Maison Relais Santé	Vendredi 27 mars 2015 10h-13h	
		ROMANS Maison de Quartier des Ors	Vendredi 03 avril 2015 10h-13h	
		VALENCE Maison Relais Santé	Mercredi 20 mai 2015 10h-13h	
		ROMANS Maison de Quartier des Ors	Lundi 22 Juin 2015 10h-13h	
		VALENCE Maison Relais Santé	Vendredi 25 sept 2015 10h-13h	
		ROMANS Maison de Quartier des Ors	Vendredi 16 oct 2015 10h-13h	
		VALENCE Maison Relais Santé	Mercredi 02 décembre 2015 10h-13h	
Bien surveiller son diabète et ses pieds Atelier animé par une infirmière et une podologue Durée : 2 heures 30	Comprendre l'intérêt de contrôler sa glycémie, d'interpréter les résultats et être capable d'adapter ses actions. Comprendre l'importance du suivi podologique et apprendre à bien surveiller et soigner ses pieds, à bien se chausser.	VALENCE Maison Relais Santé	Lundi 23 Mars 2015 14h-16h30	
		ROMANS Salle Charlotte Chaze	Lundi 13 avril 2015 14h-16h30	
		VALENCE Maison Relais Santé	Lundi 11 Mai 2015 14h-16h30	
		ROMANS Salle Charlotte Chaze	Lundi 1er juin 2015 14h-16h30	
		VALENCE Maison Relais Santé	Jeudi 10 septembre 2015 14h-16h30	
		ROMANS Salle Madeleine Bres	Jeudi 01 octobre 2015 14h-16h30	
		CREST	Jeudi 22 octobre 2015 14h-16h30	
Mieux comprendre ses médicaments Atelier animé par des pharmaciens Durée : 1 heure 30	Connaître les indications des médicaments de leur traitement. Détecter les effets indésirables et y faire face. Mettre en place des astuces pour éviter les oublis.	VALENCE Maison Relais Santé	Vendredi 20 Fév 2015 10h-11h30	
		ROMANS Salle Charlotte Chaze	Vendredi 27 Mars 2015 10h-11h30	
		CREST Salle du Bosquet	Mardi 05 Mai 2015 10h-11h30	
		VALENCE Maison Relais Santé	Jeudi 04 juin 2015 10h-11h30	
		ROMANS Salle Charlotte Chaze	Vendredi 18 sept 2015 10h-11h30	
		ST VALLIER CH-Salle les Vallées	Mardi 13 octobre 2015 10h-11h30	
		VALENCE Maison Relais Santé	Vendredi 20 nov 2015 10h-11h30	
Activité physique adaptée et traitement Atelier animé par un diabétologue et une infirmière Durée : 3 heures	Echanges autour des représentations de l'activité physique. Autoévaluation des pratiques personnelles et des motivations. Adaptation des traitements.	ROMANS Salle Madeleine Bres	Jeudi 12 mars 2015 14h30-17h	
		VALENCE Maison Relais Santé	Mardi 02 juin 2015 14h30-17h	
		ROMANS Salle Madeleine Bres	Jeudi 08 octobre 2015 14h30-17h	
		VALENCE Maison Relais Santé	Jeudi 29 octobre 2015 14h30-17h	

Annexe 2 : Guide d'entretien

I) Perception du pharmacien dans le réseau

Introduction :

- Les pharmaciens ont intégré le réseau à différents stades : d'abord Karine Touralbe puis ensuite les autres...

Perception des pharmaciens à l'initiation de la relation :

- Qu'est-ce que vous pensiez des pharmaciens à votre arrivée dans le réseau ?
- Qu'est-ce que vous pensiez du fait de travailler avec des pharmaciens et quelles étaient vos attentes ?
- Comment envisagiez-vous le travail avec les pharmaciens du réseau à votre arrivée ?

Perception des pharmaciens aujourd'hui ?

- Comment voyez-vous votre travail avec les pharmaciens au sein du réseau aujourd'hui ?
- Que pensez-vous des pharmaciens dans le réseau ? Que pensez-vous de l'arrivée des nouveaux pharmaciens ? Par rapport à la formation ...

II) La relation médecin – pharmacien dans le réseau

- Comment ça se passe concrètement avec les pharmaciens intégrés ? En termes de qualité des relations, fréquence des rencontres ? Quelles sont vos relations avec les pharmaciens investis dans le réseau ?
- Quel est la nature de vos échanges ? De quoi parlez-vous ?
- Qu'est-ce que vous pensez de leur investissement dans le réseau ?

Facteur favorisant l'intégration des pharmaciens au réseau ?

- A votre avis comment s'est fait l'intégration et comment se sont-ils impliqués ?
- En comparaison des autres professionnels qui travaillent au sein du réseau, que pourriez-vous dire de votre relation avec le ou les pharmaciens ? Et par rapport aux autres pharmaciens officinaux ?
- Comment voyez-vous votre relation avec les pharmaciens les plus investis du réseau par rapport aux autres pharmaciens en dehors du réseau avec lesquels vous avez le plus de contacts dans votre pratique quotidienne ?

Apport du pharmacien au sein du réseau :

Une des missions des pharmaciens est la participation à l'éducation thérapeutique notamment en rédigeant les BEP/DEC.

Le BEP permet une approche globale du patient (dimensions sociales, professionnelles, psychoaffectives, thérapeutiques...)

- Que pensez-vous des BEP rédigés par le pharmacien ? Quelles différences avec ceux rédigés par les autres professionnels de santé ?
- Qu'est-ce que vous apporte le travail en collaboration avec le pharmacien ?

III) Evolution du rôle du pharmacien dans le réseau

- Comment voyez-vous l'évolution du rôle du pharmacien dans le réseau ? Selon vous comment peut se faire la coordination entre les différents professionnels de santé ?
- De quoi auriez-vous besoin pour votre pratique quotidienne que le pharmacien au sein du réseau puisse vous apporter ? En serait-il de même pour un pharmacien officinal ?

Les pharmaciens d'officine font des entretiens AVK/Asthme et à l'hôpital le pharmacien a mis en place la conciliation médicamenteuse (historique médicamenteux : ordonnance et OTC). Comment imaginez-vous la mise en place de cela au sein du réseau ? Quel serait l'intérêt qu'aurait le réseau à mettre cela en place ? (Si aucun intérêt : pourquoi ?) Qui serait le plus compétent pour la mise en place : pharmacien d'officine, pharmacien du réseau ?

- Que penseriez-vous si le pharmacien s'investissait plus dans l'analyse des prescriptions des patients du réseau ? (évaluation observance/tolérance/automédication).
- Concernant l'aspect pharmaceutique du suivi des patients que penseriez d'une évaluation ou analyse pharmaceutique qui serait faite par le pharmacien avec les propositions d'amélioration de traitement ou de prise en charge ?

(Quoi/Qui/pourquoi pas un autre ?)

Question infirmière : Avez-vous observé des problématiques propres au médicament ? Est-ce qu'un pharmacien peut les traiter ? Une infirmière aussi ? Pourquoi ?

Annexe 3 : Formulaire de consentement

Ce formulaire de consentement contient des informations sur la recherche à laquelle vous êtes invité à participer. Pour m'assurer que vous êtes informé à ce sujet, je vous demande de prendre connaissance ce document. Nous relirons le document ensemble avant le début de l'entretien. Je vous demanderai de le signer et vous en conserverez un exemplaire. Si vous avez la moindre interrogation sur l'étude n'hésitez pas à me le faire savoir.

Contexte de la recherche

Cette recherche est effectuée par M. Thomas QUENOT, étudiant en 6ème année officine, dans le cadre de sa thèse d'exercice pour l'obtention du titre de Docteur d'Etat en Pharmacie.

Raisons qui motivent la recherche

L'étude s'intéresse à l'implication des pharmaciens au sein du réseau de soins DROMARDIAB.

Votre rôle dans la recherche

Votre contribution sera de répondre à une série de questions sous forme d'entretien. La date, l'heure et le lieu de cette entrevue seront à votre convenance. Votre collaboration est entièrement volontaire et demande 30 à 45 minutes de votre temps.

Confidentialité

Cet entretien sera enregistré pour faciliter la retranscription de vos réponses aux différentes questions. Je protégerai les renseignements vous concernant et relatifs à votre participation à cette étude. Votre nom ne sera cité dans aucun rapport. A cet effet, je m'engage à conserver votre anonymat tout au long de la procédure de traitement des données. Aucun participant ne pourra à aucun moment être identifié par un tiers. De plus, l'enregistrement sera détruit dans un délai maximum de six mois après la synthèse des données.

Suivi

Il me sera peut-être nécessaire de vous contacter afin que vous validiez la compréhension qui a été faite de votre entretien. A cet effet, vous me préciserez la façon la plus appropriée pour

vous joindre. La retranscription de notre entretien vous sera adressée avant analyse. Vous pouvez demander à tout moment de l'étude la suppression de données vous concernant (données démographiques, verbatim).

Compensation

Vous ne serez pas rémunéré, puisque vous n'êtes pas obligé de prendre part à cette recherche.

En cas de problème(s) ou de question(s)

Si vous avez une difficulté qui pourrait, selon vous, être liée à votre participation à la recherche ou si vous avez des questions au sujet de la recherche, veuillez me téléphoner au 06 61 09 67 37.

Accès aux résultats de l'étude

Les résultats de l'étude seront accessibles dès la soutenance du mémoire. Ils vous seront envoyés automatiquement.

Se retirer de l'étude

Vous pouvez cesser de participer à l'étude à tout moment. Si vous décidez d'y prendre part, vous avez le droit de changer d'avis et de vous retirer quand vous le désirez. Vos données ne seront pas analysées.

Accord du volontaire

Je déclare,, avoir pris connaissance du document ci-dessus qui décrit les procédures associées à cette étude de recherche portant sur l'implication du pharmacien au sein du réseau DROMARDIAB. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions que je voulais, et le chercheur y a répondu à ma satisfaction. Après m'être octroyé une période de réflexion suffisante, je consens librement à participer à cette étude. J'accepte donc de répondre à une série de questions lors d'un entretien. De plus, j'ai pris connaissance des paragraphes relatifs au respect de la confidentialité et de l'anonymat.

Je sais que je suis libre de me retirer de cette étude à tout moment, sans que cela ne me cause préjudice.

J'accepte de me porter volontaire.

Date et signature du participant :

Je certifie que la nature et le but de l'étude ainsi que les bénéfices potentiels et les risques possibles associés à la participation à cette recherche ont été expliqués à la personne susmentionnée.

Date et signature de l'investigateur

exemplaire du participant

*Faculté de Pharmacie,
Université Grenoble Alpes.*



Serment de Galien



« Je jure en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque ».

THOMAS QUENOT

LE PHARMACIEN D'OFFICINE AU SEIN DU RESEAU DROMARDIAB : RÔLE,
COLLABORATION ET EVOLUTION SELON LA PERSPECTIVE DES MEDECINS ET
DES IDE

RESUME :

La collaboration interprofessionnelle est un élément essentiel pour améliorer la prise en charge du patient. Les réseaux de santé permettent la coordination des prises en charge en offrant un parcours adapté aux besoins des patients sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic et des soins. DROMARDIAB est un réseau de santé qui permet la prise en charge de patients diabétiques notamment avec la mise en place de séances et d'ateliers d'éducation thérapeutique. A DROMARDIAB, les pharmaciens participent à l'éducation thérapeutique en animant un atelier sur la compréhension des médicaments. 10 entretiens semi-directifs ont été conduits auprès de deux infirmières et neuf médecins du réseau. Les verbatims ont été entièrement retranscrits puis analysés selon l'approche thématique inductive par deux évaluateurs. Les thèmes identifiés concernent l'intérêt pour la collaboration, la perception du pharmacien et son rôle, la communication interprofessionnelle, l'évolution des missions du pharmacien ainsi que les freins organisationnels qui s'opposent à la collaboration. Dans le réseau, la collaboration interprofessionnelle apparaît comme faible mais aurait tendance à s'améliorer avec la participation du pharmacien aux séances d'éducation thérapeutique. Les pharmaciens doivent entretenir la collaboration en communiquant sur le travail qu'ils effectuent comme la reformulation des points importants et la sécurisation des prescriptions. Ils doivent fournir des informations sur l'adhésion aux traitements médicamenteux de leurs patients. La formation des pharmaciens et notamment à l'éducation thérapeutique permet leur intégration au sein des équipes de soins.