



HAL
open science

Coopération Pharmaciens – Médecins dans la prise en charge à domicile de patients en soins palliatifs

Pierre Wlodarski

► **To cite this version:**

Pierre Wlodarski. Coopération Pharmaciens – Médecins dans la prise en charge à domicile de patients en soins palliatifs. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03683128

HAL Id: dumas-03683128

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03683128v1>

Submitted on 31 May 2022

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.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE PHARMACIE

Année : 2021

N°

THÈSE D'EXERCICE
Pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement
Le 30 Juin 2021
Par
WLODARSKI Pierre

Coopération Pharmaciens – Médecins dans la prise en charge à domicile de patients en soins palliatifs

Directeur de thèse : **Mme Axelle VAN LANDER**

Jury

Président : **M. Éric BEYSSAC**

Professeur,
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Membres : **Mme Brigitte VENNAT**

Professeur,
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Mme Régine CHEVRIER

Docteur en pharmacie,
Praticien hospitalier,
CLCC Jean Perrin, Clermont-Ferrand

M. Olivier BESSON

Docteur en pharmacie,
Titulaire d'officine à Ménétrol (63)

Mme Axelle VAN LANDER

Docteur en psychologie
Maitre de conférences associé
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE PHARMACIE

Année : 2021

N°

THÈSE D'EXERCICE
Pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement
Le 30 Juin 2021
Par
WLODARSKI Pierre

Coopération Pharmaciens – Médecins dans la prise en charge à domicile de patients en soins palliatifs

Directeur de thèse : **Mme Axelle VAN LANDER**

Jury

Président : **M. Éric BEYSSAC**

Professeur,
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Membres : **Mme Brigitte VENNAT**

Professeur,
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Mme Régine CHEVRIER

Docteur en pharmacie,
Praticien hospitalier,
CLCC Jean Perrin, Clermont-Ferrand

M. Olivier BESSON

Docteur en pharmacie,
Titulaire d'officine à Ménétrol (63)

Mme Axelle VAN LANDER

Docteur en psychologie
Maitre de conférences associé
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Remerciements

A Mme Axelle VAN LANDER, je vous remercie d'avoir été ma directrice de thèse. Pour tout ce temps, votre patience et vos conseils qui m'ont permis de rédiger ce travail. Merci pour votre confiance.

A M. Éric BEYSSAC, je vous remercie d'avoir accepté de présider mon jury de thèse. Pour votre accompagnement, votre écoute et vos conseils qui m'ont accompagné tout au long de mes études. Je vous le redis, vous êtes le professeur le plus incroyable que j'ai rencontré.

A Mme Régine CHEVRIER, je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans mon jury. Je vous remercie pour vos conseils qui me permettent d'accompagner plus sereinement les patients.

A Mme Brigitte VENNAT, je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans mon jury. Merci de m'avoir permis de changer de filière.

A M. Olivier BESSON, je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans mon jury. Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir intégré à votre équipe.

A l'URPS médecins Auvergne – Rhône-Alpes, je vous remercie d'avoir diffusé mon questionnaire me permettant de réaliser cette thèse.

A l'URPS pharmaciens Auvergne – Rhône-Alpes, je vous remercie d'avoir diffusé mon questionnaire me permettant de réaliser cette thèse.

A Madame Lair et Monsieur Vaganay, je vous remercie pour votre temps, vos conseils et votre gentillesse qui m'ont permis de réaliser ces questionnaires.

A mes parents, pour tous vos sacrifices, votre soutien et votre amour, je vous remercie. J'espère avoir été à la hauteur de tout ce que vous avez fait pour moi. Je vous aime du fond du cœur.

A mon frère, je te remercie de ta présence à mes côtés et tous les moments qu'on a partagés.

A ma famille, je vous remercie de vos encouragements et de votre soutien au cours de toutes mes années.

A Lili, il est impossible de décrire en quelques phrases, ni même en quelques pages l'admiration et l'amour que je te porte. On se le dit souvent, on est une équipe et sans toi, je ne serais pas arrivé à ce jour. Pour tout le bonheur que tu m'apportes chaque jour, pour ton soutien sans faille, ta joie de vivre, ton écoute et ta présence à mes côtés. Je peux te le dire, avec toi la vie est douce et belle. Tu es l'amour de ma vie, je t'aime.

A Dacine, Maxime et Thiziri, merci pour tous ces beaux moments que nous avons partagés.

Aux relecteurs, à Aymeric, Maxime L et ma mère merci d'avoir relu ce manuscrit.

A mes amis extraordinaires, Thomas M, Axel, Anouck, Jérôme, Marianne, Simon, Erwin, Hamza, Khaled, Thomas A, Charly, Marc, Aymeric, Mickael, Kévin, Tristan, ... Vous avez fait de mes années universitaires, les plus belles de toute ma vie. Pour tous ces moments passés, je vous remercie du fond du cœur et j'espère que nous continuerons à vivre encore d'autres moments aussi incroyables.

Aux amis de Lili, Mathilde V, Lucie, Laure – Cécile, Mathilde E et Melinda, je vous remercie pour les moments de rires que vous m'avez offerts.

A mes très belles rencontres, Sébastien, Yacine, Florian, Anastasya, Jean – Pierre, Théophile, Maxime S, ... et tous ceux que je n'ai pas cités mais que je remercie pour les beaux moments que vous m'avez offerts.

A tous les enseignants et le personnel du service et de la faculté, c'était un plaisir de passer toutes ses années avec vous tous, merci pour l'encadrement et le travail que vous faites au quotidien.

SOMMAIRE

Listes des Tableaux	6
Listes des Figures	7
Listes des Annexes	9
Lexique.....	11
I. Introduction	13
II. Première partie – Généralités & revues de la littérature	15
1. Les soins palliatifs	15
1.1 Définitions	15
1.2 Le développement des Soins palliatifs en France	16
1.3 La formation des professionnels en France.....	18
2. La coopération Médecin Généraliste – Pharmacien.....	18
2.1 Le concept de coopération.....	18
2.2 Rôle spécifique du pharmacien	19
2.3 Coopération avec les médecins	21
III. Deuxième partie – Matériels & Méthodes	23
1. Généralités.....	23
2. Structure des questionnaires et objectifs des questions.....	26
IV. Troisième partie – Résultats	34
1. Caractéristiques de l'échantillon	34
2. Les activités complémentaires	35
3. Nombre de prises en charge palliatives.....	35
4. Coopération	36
5. Rapport avec les HAD, les EHPAD et les équipes de soins palliatifs	37
6. Représentation du rôle du pharmacien d'officine dans les Soins Palliatifs	38
6.1 Quels rôles dans les SP pour les pharmaciens d'officine ?	38
6.2 Absence de rôle du pharmacien d'officine dans les Soins Palliatifs.....	40
7. Optimiser la coopération médecin – pharmacien au service du patient.....	40
V. Quatrième partie – Discussion	43
1. Faiblesses et forces de l'étude.....	43
1.1 Faiblesses de l'étude.....	43
1.1.1 Échantillon versus population générale.....	43
1.1.2 Mode d'envoi du questionnaire.....	43

1.1.3	Les participants et l'appartenance à un réseau de santé	44
1.1.4	Le nombre de prises en charge palliatives	44
1.1.5	Nombres et motifs d'appels des pharmaciens	45
1.1.6	Questions ouvertes	46
1.2	Forces de l'étude	46
2.	Nombre de prises en charge palliatives.....	47
3.	Coopération médecin – pharmacien.....	48
3.1	La qualité de la coopération	48
3.2	Les objectifs de la coopération.....	49
3.2.1	Gérer le matériel médical	49
3.2.2	Gérer les spécificités des traitements nécessaires en SP	50
3.2.3	Gérer les ruptures de médicaments	50
3.2.4	Partager les informations nécessaires.....	51
4.	Représentation du rôle du pharmacien d'officine dans les Soins Palliatifs	52
4.1	Importance du rôle	52
4.2	Quel est son rôle ?	52
5.	Améliorer la coopération médecin – pharmacien	55
5.1	La communication.....	55
5.2	Les autres thèmes évoqués	56
VI.	Conclusion.....	57
VII.	Annexes.....	59
	Bibliographie.....	95
	Serment de Galien	102

Listes des Tableaux

<i>Tableau I : Structure des questionnaires et objectifs des questions (1/2).....</i>	<i>26</i>
<i>Tableau II : Structure des questionnaires et objectifs des questions (2/2).</i>	<i>27</i>
<i>Tableau III : Répartitions géographiques de l'échantillon.....</i>	<i>34</i>

Listes des Figures

<i>Figure 1 : Schéma du questionnaire pharmacien.</i>	32
<i>Figure 2 : Schéma du questionnaire médecin.</i>	33
<i>Figure 3 : Motifs des appels aux médecins concernant les prescriptions de SP en 2019.</i>	36
<i>Figure 4 : Ressentis des pharmaciens lors d'une prise en charge dans des structures de SP d'un de ses patients.</i>	37
<i>Figure 5 : Rôle des officinaux dans les SP.</i>	38
<i>Figure 6 : Place supposée du pharmacien d'officine dans les SP selon les participants.</i>	39
<i>Figure 7 : Thèmes évoqués pour optimiser la prise en charge des patients en SP selon les participants.</i>	41
<i>Figure 8 : Moyens de communication évoqués pour optimiser les SP selon les participants.</i>	42
<i>Figure 9 question n°1 médecin et pharmacien.</i>	86
<i>Figure 10 : question n°2 médecin et pharmacien.</i>	86
<i>Figure 11 : question n°3 pharmacien.</i>	86
<i>Figure 12 : question n°4 pharmacien.</i>	87
<i>Figure 13 : question n°3 médecin.</i>	87
<i>Figure 14 : question n°5 pharmacien.</i>	87
<i>Figure 15 : question n°6 pharmacien.</i>	87
<i>Figure 16 : question n°4 médecin.</i>	88
<i>Figure 17 : question n°7 pharmacien.</i>	88
<i>Figure 18 : question n°8 pharmacien.</i>	88
<i>Figure 19 : question n°9 pharmacien.</i>	88
<i>Figure 20 : question n°5 médecin.</i>	88
<i>Figure 21 : question n°10 pharmacien.</i>	89
<i>Figure 22 : question n°11 pharmacien.</i>	89
<i>Figure 23 : question n°12 pharmacien.</i>	89
<i>Figure 24 : question n°6 médecin.</i>	89
<i>Figure 25 : question n°13 pharmacien.</i>	90
<i>Figure 26 : question n°7 médecin.</i>	90
<i>Figure 27 : question n°14 pharmacien.</i>	90
<i>Figure 28 : question n°8 médecin.</i>	91
<i>Figure 29 : question n°9 médecin.</i>	91

<i>Figure 30 : question n°15 pharmacien.</i>	91
<i>Figure 31 : question n°16 pharmacien.</i>	91
<i>Figure 32 : question n°17 pharmacien.</i>	92
<i>Figure 33 : question n°10 médecin.</i>	92
<i>Figure 34 : question n°18 pharmacien.</i>	92
<i>Figure 35 : question n°19 pharmacien.</i>	92
<i>Figure 36 : question n°20 pharmacien.</i>	93
<i>Figure 37 : question n°21 pharmacien.</i>	93
<i>Figure 38 : question n°11 médecin – n°22 pharmacien.</i>	93
<i>Figure 39 : question n°12 médecin – n°23 pharmacien.</i>	94
<i>Figure 40 : question n°13 médecin – n°24 pharmacien.</i>	94
<i>Figure 41 : question n°14 médecin – n°25 pharmacien.</i>	94

Listes des Annexes

<i>Annexe I : Texte d'introduction des questionnaires.</i>	59
<i>Annexe II : Définition des Soins palliatifs par la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs.</i>	61
<i>Annexe III : Verbalisation du ressenti des médecins après appels d'un pharmacien.</i>	62
<i>Annexe IV : Liste des réponses à la question Q14m.</i>	63
<i>Annexe V : Liste des réponses à la question Q25p.</i>	70
<i>Annexe VI : Liste des activités médicales exercées par les médecins en parallèle de l'activité libérale.</i>	73
<i>Annexe VII : Liste des activités développées par les pharmaciens.</i>	74
<i>Annexe VIII : Liste des réseaux de santé auxquels appartiennent ou ont appartenu les pharmaciens.</i>	75
<i>Annexe IX : Nombre de participants ayant pris en charge au moins une situation palliative en 2019.</i>	75
<i>Annexe X : Nombre de situations palliatives prises en charge par les médecins généralistes en 2019.</i>	76
<i>Annexe XI : Nombre de situations palliatives prises en charge par les pharmaciens en 2019.</i>	76
<i>Annexe XII : Nombre de situations palliatives prises en charge par l'ensemble des participants en 2019.</i>	77
<i>Annexe XIII : Nombre de médecins appelés et nombre de pharmaciens appelant pour des prescriptions de SP en 2019.</i>	77
<i>Annexe XIV : Ressentis des participants à la suite des appels.</i>	77
<i>Annexe XV : Ressentis des médecins à la suite des appels pour les prescriptions de SP en 2019.</i>	78
<i>Annexe XVI : Nombre de médecins s'interrogeant sur l'identité de l'interlocuteur (pharmacien/préparateur).</i>	78
<i>Annexe XVII : Motifs des appels aux médecins concernant les prescriptions de SP en 2019.</i>	79
<i>Annexe XVIII : Ressentis des pharmaciens lors d'une prise en charge dans des structures de SP d'un de ses patients.</i>	80
<i>Annexe XIX : Sentiment de responsabilités des pharmaciens vis-à-vis de leurs patients quand ils sont écartés du parcours de soins.</i>	80

<i>Annexe XX : Rôle des officinaux dans les SP.....</i>	<i>81</i>
<i>Annexe XXI : Place supposée du pharmacien d'officine dans les SP selon les participants... 82</i>	<i>82</i>
<i>Annexe XXII : Thèmes évoqués pour optimiser la prise en charge des patients en SP selon les participants.....</i>	<i>84</i>
<i>Annexe XXIII : Moyens de communication évoqués pour optimiser les SP selon les participants.....</i>	<i>85</i>
<i>Annexe XXIV : Questionnaires.....</i>	<i>86</i>

Lexique

ACCePPT : AutomédiCation aCcompagnement Pluriprofessionnel Patient

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ASAP : Accélération et de Simplification de l'Action Publique

AuRA : Auvergne – Rhône – Alpes

AVK : Anti-Vitamines K

CISMeF : Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française

CESPHARM : Comité d'Education Sanitaire et Sociale de la PHARMacie française

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CYP : Cytochrome

DCI : Dénomination Commune Internationale

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DMP : Dossier Médical Partagé

DP : Dossier Pharmaceutique

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DU : Diplômes Universitaires

DUMAS : Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

IAM : Interactions Médicamenteuses

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

LGO : Logiciel de Gestion d'Officine

LPP : Liste des Produits et Prestations

MG : Médecins Généralistes

MSH : Maison des Sciences de l'Homme

OMEDIT : Observatoire du MÉdicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation
Thérapeutique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDA : Préparation de Dose à Administrer

PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

QROC : Question à Réponse Ouverte Courte

RASP 03 : Réseau Accompagnement Soins Palliatifs Allier

RCP : Réunion de Concertations Pluridisciplinaire & Résumé Caractéristiques du Produit

SAED : Situation, Antécédents, Évaluation, Demande

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

SP : Soins Palliatifs

T-Test : Test de Student

UCA : Université Clermont Auvergne

UE : Unités d'Enseignements

URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. Introduction

Selon le rapport de l'Observatoire National de la Fin de Vie de 2013 : 81% des Français souhaitent « passer leurs derniers instants chez eux ». En outre, 30 jours avant le décès, 70% des patients vivent à leur domicile (1).

La Haute Autorité de Santé (HAS) décrit les soins de fin de vie s'inscrivant dans une démarche palliative, appelés soins palliatifs (2). Ces soins palliatifs confrontent les pharmaciens à différentes situations :

- Par la prise en charge thérapeutique : médicaments, retour d'hospitalisation/consultation, demande de conseils, ...
- Par l'accompagnement des patients et des aidants : discussions sur leurs rapports à la maladie, aux médicaments, à la spiritualité, leurs souhaits pour leur fin de vie, ...

La Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP) décrit cette spécialité complexe devant être pluridisciplinaire (3). La loi HPST définit les médecins et les pharmaciens comme des professionnels de premiers recours (4). Ces derniers échangent quotidiennement de manière indirecte via des ordonnances. Ce sont vers ces professionnels que les patients se dirigent en cas de questions sur les traitements. En 2008, un rapport de la DREES indiquait que ces professionnels étaient en relation au moins une fois au cours des 15 jours précédents (5).

L'accompagnement médical et pharmaceutique parallèle et conjoint est essentiel pour une bonne compréhension par le patient de sa pathologie et de ses traitements, souvent complexes en soins palliatifs. Lors d'un stage réalisé en officine, j'ai constaté l'importance de cet accompagnement conjoint. Accompagné de son épouse, un patient de 47 ans, manifestement atteint d'une pathologie avancée (état cachectique, ictérique, en fauteuil roulant) est venu à l'officine obtenir de la morphine injectable à destination d'une pompe à morphine. La prescription indiquait : « 480mg de morphine injectable par 24h. Quantité suffisante pour 28 jours. Délivrance en une fois ». Avec le titulaire nous n'avons pas compris qu'il fallait prévoir au niveau du réservoir de la pompe et du débit la réalisation possible de bolus toute les 3 heures avec des périodes réfractaires de 2 heures. La conjointe nous a recontacté au bout de 24h pour nous faire part d'épisodes douloureux pour lesquels son mari n'avait pas pu faire marcher les bolus. Une bonne dispensation du matériel et des traitements nécessite dans le contexte des soins palliatifs des connaissances spécifiques et parfois une réflexion commune sur les objectifs du matériel et des traitements. En l'occurrence, dans cette situation, le pharmacien n'avait pas

perçu que des métastases osseuses généraient des douleurs vives aux mobilisations pour lesquelles des bolus étaient nécessaires. Après l'appel de l'épouse, il s'est demandé si une autre forme d'administration ne serait pas plus rapide et efficace que les bolus. Gêné par le fait qu'il ne connaissait pas le médecin, il attendit le lendemain pour appeler le médecin et lui faire part de son questionnement sur la possibilité de mettre en place de l'Instanyl® ou Oramorph®. Il apprit que le patient avait été hospitalisé la veille au soir, en lien avec ses douleurs insupportables. A mon sens, cet exemple illustre l'importance d'une bonne coopération entre le prescripteur et le pharmacien pour les patients relevant de situations précaires au niveau symptomatique parce qu'en phase palliative de leur maladie. Les modalités de cette nécessaire coopération ne sont décrites dans aucune étude. Dans le contexte des soins palliatifs à domicile cette coopération est-elle habituelle, évidente pour les médecins et les pharmaciens ? Quelles représentations ont-ils de leur coopération ? Il apparaît important de répondre à ces questions pour donner ensuite des repères à chacun des partenaires sur ce qui est attendu par l'autre profession. Cette étude exploratoire sur cette coopération dans le contexte des soins palliatifs vérifiera notre hypothèse d'une coopération apparaissant comme nécessaire pour chacun des protagonistes. La vérification de cette hypothèse permettrait aux pharmaciens de se sentir plus légitimes lorsqu'ils contactent les médecins. L'objectif principal de cette étude est donc d'explorer les représentations de chacun des protagonistes de cette coopération. Les objectifs secondaires sont d'évaluer leurs représentations respectives du rôle du pharmacien en soins palliatifs mais également ce qui leur paraîtrait nécessaire pour fluidifier la coopération.

Pour réaliser cette étude, nous avons fait une recherche bibliographique sur le rôle du pharmacien en soins palliatifs. Les résultats des études scientifiques internationales principales sont présentés dans la première partie. La partie suivante présente la méthodologie de notre étude quantitative réalisée auprès des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine sur une région française. La troisième partie présente les résultats de leurs réponses sous forme d'analyse thématique des verbatims et d'analyse statistique. Enfin, dans la dernière partie, nous discutons de la place du pharmacien et de la coopération entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine dans les soins palliatifs. Nous proposons une liste de mesures possibles, capables de promouvoir une bonne coopération entre ces deux professionnels de santé de premiers recours.

II. Première partie – Généralités & revues de la littérature

1. Les soins palliatifs

1.1 Définitions

Au cours de ces dernières décennies, différentes définitions furent proposées pour préciser progressivement les patients concernés, les objectifs et leurs temporalités.

Au niveau mondial, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) indique que les soins palliatifs sont destinés aux patients atteints de maladies pouvant être mortelles et à leur famille. Ils améliorent la qualité de la vie. Ils soulagent les souffrances physiques, psychosociales et spirituelles. Les soins palliatifs peuvent être administrés à domicile ou dans des structures hospitalières. Ils peuvent être prodigués par différents professionnels de santé (dont les pharmaciens). Ces soins sont avantageux car ils réduisent le nombre d'hospitalisations superflues (6).

En France, la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP) précise « Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire, en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance physique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. » Qui peut en bénéficier ? Tout patients atteints de maladie grave, chronique, évolutive ou terminale mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale, quel que soit l'âge du patient. Leur famille et leurs proches peuvent bénéficier des SP via différents soutiens. Quand mettre en place des SP ? Il y a un bénéfice à débiter précocement les soins palliatifs lorsqu'un diagnostic de maladie grave est porté. La nature de l'aide reçue varie en fonction des besoins tout au long de l'évolution de la maladie. Comment ? Les soins palliatifs sont accessibles à tous, à tout âge et pris en charge par l'assurance maladie. Pour les patients à domicile : en s'adressant aux soignants libéraux (3). Ils peuvent ainsi s'adresser à leur médecin traitant ou leur pharmacien.

1.2 Le développement des Soins palliatifs en France

La circulaire du 26 août 1986 dite « circulaire Laroque » proposa l'organisation des soins et un accompagnement des malades en phase terminale, qui prendra l'appellation de soins palliatifs. Elle proposa l'organisation des lieux de soins (à l'hôpital ou à domicile), la formation du personnel concerné (médecins et infirmiers). Elle mentionna que les pharmaciens devaient être associés aux équipes palliatives (7).

Les soins palliatifs s'inscrivirent dans la loi de 1991 comme une mission dans tous les établissements de santé (8,9).

Le 9 juin 1999 était promulgué une loi dite « loi Kouchner », elle souhaitait garantir l'accès pour tous aux SP. À la suite de cette loi, les SP furent intégrés dans un Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale, outil servant à la répartition des ressources. Elle permit également l'organisation de l'enseignement des soins palliatifs (8,10,11).

En 2002, la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, consacra le droit d'être informé sur son état de santé mais aussi l'obligation qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne soit « pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne ».

La circulaire du 19 février 2002 précisa l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement. Elle définit les missions et les modalités de fonctionnement en ce qui concerne les réseaux de soins palliatifs et l'hospitalisation à domicile, la notion de démarche palliative dans tous les services et le concept de lits identifiés soins palliatifs (8,11,12).

En 2005, la loi dite Léonetti, ouvrit, à toute personne majeure, la possibilité de rédiger des directives anticipées. Elles indiquaient les souhaits de la personne, relatifs à sa fin de vie, concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment. Cette loi indiquait que les actes médicaux « ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant des soins palliatifs » (8,13).

En 2008, la circulaire n° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars et le Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 fournissaient des référentiels d'organisation des soins pour chacun des dispositifs hospitaliers de prise en charge palliative. Ils prévoyaient l'essor des SP dans les dispositifs extrahospitaliers : établissements sociaux, médico-sociaux et à domicile par les réseaux de santé (14,15).

La loi du 02 février 2016, dite loi « Claeys – Léonetti » permit de créer de nouveaux droits en faveur des personnes malades et des personnes en fin de vie, en plus de clarifier les conditions de l'arrêt des traitements au titre du refus de l'obstination déraisonnable.

Les directives anticipées s'imposaient désormais au médecin pour toute décision d'investigation, d'actes, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale.

Cette loi autorisait l'administration, à la demande du patient et jusqu'au décès, d'une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience, associée à une analgésie et à l'arrêt des traitements. Cette sédation profonde est limitée à certains cas : patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme, présentant une souffrance réfractaire aux traitements, si l'arrêt d'un traitement est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable. Ce n'est pas la sédation qui conduit au décès mais l'évolution naturelle de la maladie (16). Cette loi prévoit que les pharmaciens aient obligation de suivre une formation spécifique aux soins palliatifs (17,18).

Le 11 mars 2021, le ministre de la Santé, le Dr Olivier VERAN, annonça un nouveau plan triennal de développement des SP. Il a 3 axes :

- Renforcer l'acculturation aux droits de la fin de vie et diffuser, parmi les professionnels et intervenants, la culture palliative.
- Diffuser les bonnes pratiques, garantir un haut niveau d'expertise en soins palliatifs et son accessibilité pour les acteurs.
- Déployer les prises en charge de proximité en renforçant les coordinations, en structurant des modalités d'intégration précoce des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie.

Ce nouveau plan est piloté par les Dr MERMET et Dr RICHARD, deux médecins reconnus pour leur expertise dans les SP et membres de la SFAP. Le ministre annonça également devant le Sénat, l'arrivée en médecine de ville du Midazolam, médicament essentiel dans la prise en charge palliative (19–21).

1.3 La formation des professionnels en France

Les formations en SP commencèrent à partir du plan triennal de 1999 – 2001. Ces formations commencèrent dans les facultés de médecine et les instituts de soins infirmiers. Sous l’impulsion de la SFAP, des Diplômes Universitaires (DU) et Diplômes Inter-Universitaires (DIU) de SP virent le jour (22). Certains de ces DU furent mis en place depuis l’an 2000 tel que le DU « Bases en soins palliatifs » enseigné à Clermont – Ferrand. Ces formations universitaires sont accessibles pour tout professionnel possiblement impliqué en soins palliatifs : médecins, infirmiers, aides-soignants sur dérogation, psychologues, assistantes sociales, (...) et bien sûr pharmaciens.

A propos des pharmaciens, les informations sur les formations initiales en SP sont rares. Aucun site ne répertorie la formation initiale proposée. On retrouve des formations initiales universitaires aux SP dès 2005. Néanmoins, la plupart des formations en SP accessibles aux pharmaciens sont principalement des DU et DIU (22). Pour ce qui concerne l’Auvergne, l’université a introduit un enseignement magistral et pratique pour les 5^{èmes} années filière officine animé par la psychologue de l’unité de soins palliatifs et la chef de service. Deux unités d’enseignements (UE) en 6^{ème} années abordent les SP au cours de la formation, il s’agit de l’UE Oncologie à l’officine et l’UE Simulation officinale (23).

Au quotidien, les pharmaciens peuvent trouver des sources d’informations concernant les SP sur la SFAP mais aussi sur le CESPARM.

2. La coopération Médecin Généraliste – Pharmacien

2.1 Le concept de coopération

Si la formation des professionnels de santé de ville est nécessaire pour accompagner les patients, leurs interventions doivent également être coordonnées pour être complémentaires et cohérentes. Le médecin généraliste et le pharmacien doivent coopérer dans l’accompagnement proposé à leurs patients communs.

La coopération est définie comme une méthode d’action par laquelle des individus ayant des intérêts communs constituent une entreprise où les droits de tous sont égaux (24).

Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales apportent plusieurs définitions pour la coopération. Pour la définition générale, c'est une action de participer (avec une ou plusieurs personnes) à une œuvre ou à une action commune. Dans le domaine sociologique, c'est une aide, entente entre les membres d'un groupe en vue d'un but commun (25).

La HAS utilise le terme coopération en 2014 dans une fiche sur la participation des professionnels de santé à des protocoles de coopération. Ainsi la coopération est la participation des professionnels de santé à une même mission. Cette formule fait écho à la coopération de nos médecins et pharmaciens en SP (26).

Si la coopération est une œuvre commune entre médecins et pharmaciens pour atteindre un objectif dans la prise en charge palliative, qu'en est-il du rôle des pharmaciens dans les soins palliatifs ?

2.2 Rôle spécifique du pharmacien

Une revue de littérature réalisée en janvier 2020 et réactualisée en janvier 2021 jusqu'en avril 2021 sur les études publiées entre 2015 et 2021 avec les moteurs de recherche PubMed, CISMef, DUMAS : collection UCA, EM Premium, Google Scholar, Lissa, et Science Direct. A partir des mots clés et/ou termes de recherche « pharmacien », « pharmacien d'officine », « soins palliatifs », « fin de vie », « pharmacist(s) », « community pharmacist », « palliative care », « end of life » donnent 149 articles.

Étaient retenus les études dont les résultats étaient publiés en français ou en anglais et qui évoquaient le pharmacien d'officine dans les SP. Dans ces 149 articles, 7 concernaient en fait le pharmacien hospitalier dans son rôle de conseil et d'adaptation des thérapeutiques pour mieux gérer les symptômes (27), de conseils auprès des patients (28), et de déprescription des traitements inutiles en soins palliatifs (29).

A propos des pharmaciens d'officine, 2 études concernaient des patients souffrants de cancers et parmi ceux-ci certains étaient en soins palliatifs. La première étude sondait l'avis des patients sur un entretien à propos de la gestion de la douleur avec les morphiniques. Les patients étaient plutôt favorables à la mise en place de ces entretiens mais avant d'être intégrés dans un service de soins palliatifs (30). Dans l'autre étude, les officinaux détectaient les problèmes liés à

l'utilisation de médicaments avec parfois une réorientation vers un professionnel de santé. Les patients étaient satisfaits de ces entretiens et les recommandaient (31).

Une thèse d'exercice en pharmacie fut réalisée en 2019 à l'Université de Franche-Comté dont le titre était : « *Rôle du pharmacien dans l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches face à la souffrance existentielle : Revue systématique de la littérature inspirée de la méthode PRISMA* » (32).

La méthode PRISMA sélectionna 90 articles et 7 articles furent retenus (4 sur les pharmaciens hospitaliers et 3 sur les officinaux). Elle fit apparaître comme rôles, au niveau des médicaments : d'assurer leur circuit, leur dispensation et leur bon usage auprès des patients et des professionnels. En outre, elle montra la collaboration des pharmaciens au sein d'équipes pluridisciplinaires.

A propos des 3 articles sur les pharmaciens d'officine :

- Une expérimentation au États-Unis datant de 2008 souhaitait établir un modèle d'intégration d'un pharmacien clinicien en ambulatoire au sein d'une équipe pluridisciplinaire de soins palliatifs. Avant de débiter l'expérimentation, le pharmacien reçut une formation spéciale : elle consistait à remplir toutes les exigences légales pour prescrire dans le cadre d'un accord de pratique collaborative en Californie. Ce pharmacien de soins palliatifs réalisa 114 visites cliniques de patients et 98% de ses recommandations sur les médicaments furent acceptées par l'oncologue. Les médecins répondirent à une enquête de satisfaction sur ce pharmacien expérimental et ils indiquèrent que les trois principales activités utiles étaient : le temps supplémentaire passé avec les patients en l'absence d'un médecin (90,9%), la gestion de la douleur et des symptômes (81,8%) et le soutien psychosocial (72,7%) (33).
- Une étude australienne de 2011 montra que l'inclusion d'un pharmacien d'officine dans une équipe de soins palliatifs communautaires entraîna une augmentation des connaissances et des compétences de ses membres en matière de médicaments. Pour les patients, il y avait une meilleure gestion des traitements et une réduction d'erreurs liées aux médicaments (34).
- Une expérimentation de 2017 en Ecosse consista à la mise en place d'un service de soins palliatifs pharmaceutiques dans des zones rurales dont l'objectif principal était la fourniture en médicaments et matériels médicaux de soins palliatifs sur tout le territoire. Cette étude montra que les pharmaciens d'officine ont eu un impact positif sur les équipes de soins (soignants et paramédicaux), avec un rôle éducatif, consultatif et informatif mais aussi auprès des patients et de leurs proches (35).

De la littérature, les rôles décrits des pharmaciens étaient de fournir les médicaments et le matériel médical, l'analyse des traitements mais aussi de favoriser le bon usage des médicaments par les patients et les équipes.

2.3 Coopération avec les médecins

Plusieurs rôles du pharmacien ont été discernés dans les soins palliatifs. Médecins et pharmaciens collaborent de manière indirecte au quotidien par les ordonnances alors que certains coopèrent directement.

Les études portant spécifiquement sur la coopération médecin-pharmacien en soins palliatifs avec les mots clés et/ou termes de recherche complémentaires « Collaboration médecin pharmacien », « Coopération médecin – pharmacien », rapportent 8 études et une seule étude concerne les pharmaciens d'officine. Cette étude qualitative fut réalisée en Australie en 2019. Des officinaux firent une revue de traitement chez des patients déments dont certains étaient en soins palliatifs. Elle concluait par l'importance d'une collaboration médecin généraliste – pharmacien ainsi que par le besoin d'améliorer les moyens de communication qui permettrait une amélioration de la qualité des soins (36).

En l'absence d'étude sur la collaboration médecin – pharmacien dans le contexte de soins palliatifs à domicile, nous avons élargi notre recherche à d'autres contextes. Nous avons trouvé 170 articles sur le sujet. Nous présentons 2 articles qui correspondaient aux critères de recherche. Afin d'explorer d'autres formes de coopération entre médecins et pharmaciens, 12 articles antérieurs à 2015 issus d'une revue de littérature (37) furent intégrés.

- En Grande – Bretagne, une étude de 2019 investigate la collaboration médecins généralistes – pharmaciens sur le thème de l'optimisation des traitements de patients présentant de nombreuses comorbidités. Cette étude qualitative était composée de 10 pharmaciens et 13 généralistes. Elle se présentait en 2 groupes : 1 groupe de médecins – pharmaciens travaillant quotidiennement ensemble et 1 autre groupe travaillant séparément. Elle concluait à l'effet positif de la présence du pharmacien sur la sécurité des patients notamment par des réunions avec des retours d'expérience. A l'inverse, dans le deuxième groupe, les pharmaciens dont les recommandations n'étaient pas prises en compte se sentaient sous-évalués (38).

- En Auvergne, l'étude CARDIAUVERGNE de 2015, dans laquelle un service de télésurveillance et de coordination des soins des insuffisants cardiaques faisait intervenir des pharmaciens d'officines. Les pharmaciens renseignaient la thérapeutique à chaque délivrance de l'ordonnance dans le dossier patient informatisé et consolidaient les actions éducatives (39).
- Cinq études internationales datant de 2007 à 2011 évoquaient les officinaux qui échangeaient avec les médecins via des entretiens ou par courriers. Les échanges par entretiens étaient plus efficaces. Il s'agissait de pharmaciens qui amélioraient des problèmes de prescriptions par la revue des traitements (40–44).
- Quatre études internationales datant de 2000 à 2010 montraient qu'une coopération médecin – pharmacien améliorait les prises en charge cardiovasculaires (hypertension et hypercholestérolémie) par des entretiens ou des visites à domicile (45–48).
- Une étude australienne de 2004 montra une diminution de 28 % du nombre d'événements hémorragiques par AVK, lorsque l'intervention du pharmacien était précoce. L'intervention consista à des entretiens, incluant une visite à domicile (49).
- Une étude britannique de 1989 et une étude néerlandaise de 2002, montrèrent que la collaboration pouvait prendre d'autres formes comme la remise de documents aux patients (fiche de bon usage des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou des bêtabloquants) ou l'utilisation de supports vidéo (antidépresseurs) (50,51).

Toutes ces études sur la coopération médecin – pharmacien démontrent une amélioration de la sécurité des patients, avec une meilleure connaissance de leur part sur des traitements, une meilleure observance avec la mise à disposition de supports d'informations (fiche ou vidéo).

Pour les formes de coopération entre médecin et pharmacien, celles-ci pouvaient être : des entretiens médecin – pharmacien (réunion, par téléphone ou par courrier), des entretiens avec le patient, des visites du pharmacien au domicile, un renforcement du message du médecin avec des supports, des actions de formations, ...

Parmi les 27 études citées précédemment, nous avons vu des rôles attribués aux pharmaciens dans les soins palliatifs à l'international mais également différentes formes de coopération médecin – pharmacien. Nous allons donc investiguer la coopération médecin – pharmacien dans la prise en charge de patients en soins palliatifs.

III. Deuxième partie – Matériels & Méthodes

1. Généralités

L'étude que j'ai réalisé était une étude quantitative exploratoire qui utilisait comme outil d'investigation un questionnaire (52) à destination des médecins généralistes exerçant en libéral et à destination des pharmaciens d'officine.

Pour sa réalisation, j'ai participé à la journée régionale (02 juillet 2019) organisée par la Maison des Sciences de l'Homme (MSH) avec la plateforme nationale de recherche sur la fin de vie. Cette journée réunissait des cliniciens et différents chercheurs de l'UCA membres de laboratoires de recherche impliqués comme ACCePPT (AutomédiCation aCcompagnement Pluriprofessionnel Patient), le nouveau laboratoire créé sous la direction de Brigitte VENNAT composé parmi ces trois volets d'un volet de recherche sur les soins palliatifs « ACCOMPALLIA ». A cette occasion j'ai pu présenter ma question de recherche et demander la participation de médecins et pharmaciens experts en soins palliatifs pour évaluer et tester l'adéquation du questionnaire à l'objectif de recherche.

Le questionnaire créé initialement proposait aux médecins 14 questions avec 11 questions supplémentaires pour les pharmaciens.

Ces enquêtes étaient principalement constituées de questions fermées (7 médecins – 18 pharmaciens). Leurs utilisations offraient un traitement des données plus simple.

Certaines questions étaient mixtes (2 médecins – 3 pharmaciens), c'est-à-dire qu'elles possédaient une proposition « autres ». Elles facilitaient la collecte et l'analyse des résultats et offraient la possibilité de cerner les opinions qui n'étaient pas proposées.

Les enquêtes disposaient aussi de quelques questions ouvertes sous forme de Question à Réponse Ouverte Courte (QROC) ou de questions rédactionnelles (5 médecins – 4 pharmaciens) afin de permettre aux participants d'exprimer librement leur opinion en limitant l'influence de l'auteur.

A la suite de la journée de la plateforme nationale de recherche sur la fin de vie, le médecin du réseau départemental de soins palliatifs et d'équipe mobile d'Issoire, le pharmacien président du réseau départemental et aussi président de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) acceptèrent de tester le questionnaire entre septembre 2019 et janvier 2020. Il a été

rédigé via Google Forms pour faciliter sa diffusion. En introduction figurait une brève présentation, suivie du titre et de l'objectif de la thèse, ainsi qu'une précision de la définition des Soins Palliatifs rédigée par la SFAP (annexe I).

Cette définition précise l'interdisciplinarité des prises en charge, sa globalité (s'adresse aussi à l'entourage) le lieu possible du domicile, le fait que toutes les pathologies sont concernées, avec une période qui ne se limite pas à la phase terminale et qu'ils peuvent se mettre en place tôt dans la maladie. Ce test permit de modifier 17 questions (8 médecins – 9 pharmaciens) non adaptées à la thématique ou peu compréhensibles, ...

Les questionnaires ont été construits autour de différents thèmes et selon 3 types de questions : « communes », « similaires » ou « spécifiques ».

Les questions « communes », au nombre de 8, étaient identiques et présentées aux 2 groupes.

Les questions « similaires » étaient des questions formulées différemment avec un même objectif. Elles ont été élaborées pour pallier la différence de langage entre les médecins et les pharmaciens. Exemples :

- RCP = Réunion de Concertations Pluridisciplinaire pour les médecins mais Résumé Caractéristiques du Produit pour les pharmaciens.
- Localisation : Médecin urbain vs Officine de quartier / centre – commercial.

Les questionnaires présentaient 5 questions « similaires » médecins et 10 questions « similaires » pharmaciens.

Les questions « spécifiques » étaient des questions présentées à un groupe seulement. Il y avait 1 question médecins et 7 pharmaciens.

Le questionnaire avec ses deux formes distinctes selon si le répondant est un médecin ou un pharmacien fut adressé par les URPS respectifs des médecins et pharmaciens de la région Auvergne–Rhône–Alpes. L'URPS médecin envoya le questionnaire à partir du 13 février 2020 via le logiciel SARBACANE à 4503 médecins. La dernière réponse enregistrée était le 9 mars 2020. L'URPS pharmacien envoya le questionnaire à partir du 18 février 2020 par e-mail¹ à 500 pharmacies. La dernière réponse enregistrée était le 03 mai 2020. La clôture des périodes de réponses fut le 30 juin 2020.

¹ Nous n'avions aucune connaissance des listes de contacts des URPS.

Les données furent exportées sur un tableau Excel pour permettre facilement une quantification des réponses. Les verbatims des réponses ouvertes furent analysés en les regroupant par thématiques principales.

Des tests statistiques ont été réalisés avec le Test de Student (ou T-Test). Ce test vérifiait si l'écart entre 2 pourcentages était significatif, c'est-à-dire qu'il n'était pas dû à l'aléa engendré par la méthodologie du sondage et donc que ce résultat pouvait être généralisé à la population dont est issu l'échantillon. La probabilité avec laquelle on pouvait affirmer qu'une différence statistiquement significative existait entre deux résultats était indiquée par le niveau de confiance ($p < 0,1$, $p < 0,05$, $p < 0,01$). Une base minimum de 30 individus par échantillon était nécessaire pour réaliser le test.

2. Structure des questionnaires et objectifs des questions

Les questionnaires étaient structurés de la manière ci-dessous :

Tableau I : Structure des questionnaires et objectifs des questions (1/2).

Questionnaire Médecin	Questions	Questionnaire Pharmacien
Q1m. Dans quelle tranche d'âge vous situez - vous ?	Communes Informations générales	Q1p. Dans quelle tranche d'âge vous situez - vous ?
Q2m. Votre sexe		Q2p. Votre sexe
X	Spécifiques Informations générales pharmacien	Q3p. Vous êtes Pharmacien
		Q4p. Dans l'Officine, le nombre de personnels est de
Q3m. Vous exercez dans un milieu	Similaires Informations sur la localisation	Q5p. L'Officine est située dans un milieu
		Q6p. C'est une Officine de
Q4m. Si vous exercez une activité médicale parallèle à votre activité libérale (ex : médecin coordonnateur d'EHPAD), veuillez le préciser svp. Si aucune autre activité, mettre 0.	Similaires Activités complémentaires	Q7p. L'Officine a-t-elle développé plus spécialement
		Q8p. Appartenez-vous à une structure de coordination (CPTS, association, réseau de libéraux informels, ...) ?
		Q9p. Avez-vous déjà coopéré avec des réseaux de soins (diabétologie, cardiologie, ...) ? Si Oui, lequel(s) ? Si non, mettre 0.
Q5m. Combien de situations palliatives avez – vous pris en charge durant l'année 2019 ?	Similaires Nombre de prise en charge palliative	Q10p. Avez-vous déjà délivré des prescriptions en lien avec les Soins Palliatifs en 2019 ?
		Q11p. A quelle fréquence ?
X	Spécifiques Niveau de d'aisance des SP	Q12p. Êtes – vous à l'aise avec ce type de prescription ?
Q6m. Des pharmaciens vous ont-ils appelés par rapport aux prescriptions que vous avez rédigées dans ce contexte ?	Communes Appels des pharmaciens	Q13p. Avez - vous déjà eu besoin d'appeler un médecin concernant ses prescriptions dans ce contexte ?
Q7m. Pour quelle(s) raison(s) ? (Plusieurs réponses possibles)		Q14p. Quels sont les problèmes que vous avez rencontrés ? (Plusieurs réponses possibles)

Tableau II : Structure des questionnaires et objectifs des questions (2/2).

Questionnaire Médecin	Questions	Questionnaire Pharmacien
Q8m. A la suite de vos échanges téléphoniques, quel a été votre ressenti ?	Similaires Ressentis des participants	Q15p. Lors de ces appels, avez – vous eut des problèmes relationnels avec un Médecin ?
Q9m. Précisez votre ressenti, en un ou plusieurs mots		Q16p. Lesquels ?
Q10m. Vous êtes – vous demandé qui était votre interlocuteur (pharmacien/préparateur) ?	Spécifiques Comment la pharmacie se présente ?	X
X	Spécifiques Décisions pharmaceutiques	Q18p. Quelle a été l'issue de la délivrance ?
X		Q19p. Vous avez refusé une délivrance. – Pour quelle(s) raison(s) ?
X	Spécifiques Les pharmaciens, les patients et les structures de SP	Q20p. La prise en charge de vos patients par des structures de Soins Palliatifs a – t – elle affecté le suivi de vos patients ?
X		Q21p. Dans une situation où vous, vous retrouvez écarté du parcours de soin de votre patient (HAD, Hôpital, ...). Vous sentez - vous encore responsable de lui ?
Q11m. Pensez – vous que les Pharmaciens d'Officine puissent apporter une aide dans les Soins Palliatifs (ex : prévoir le stock) ?	Communes Rôle des officinaux dans les Soins Palliatifs	Q22p. Pensez – vous que les Pharmaciens d'Officine puissent apporter une aide dans les Soins Palliatifs (ex : prévoir le stock) ?
Q12m. Comment ? (Plusieurs réponses possibles)		Q23p. Comment ? (Plusieurs réponses possibles)
Q13m. Pourquoi ? - Réponse libre		Q24p. Pourquoi ? - Réponse libre
Q14m. Selon vous, comment les médecins et les pharmaciens pourraient-ils travailler ensemble pour optimiser les prises en charge palliatives ? - Réponse libre	Communes Optimiser la relation médecin – pharmacien	Q25p. Selon vous, comment les médecins et les pharmaciens pourraient-ils travailler ensemble pour optimiser les prises en charge palliatives ? - Réponse libre

Informations générales :

Le but de ces questions était de caractériser l'échantillon. Cette partie était constituée de questions « communes », « spécifiques » (pharmacien) et « similaires ».

Il fut choisi d'exclure les étudiants et les préparateurs. Les pharmaciens étaient plus susceptibles d'être choisis en tant que « gérant soins palliatifs » du fait des compétences nécessaires pour appréhender les SP.

A propos de la taille des villes et le milieu rural, ces valeurs furent choisies par observation de questionnaires dans la littérature et d'avis de professionnels en démographie. (53)

Activités complémentaires :

Ces questions médecins et pharmaciens étaient « similaires ». Leur principal but était de connaître les activités/spécialisations des participants et de savoir s'ils travaillaient de façon isolée ou non. Elles identifieraient d'éventuels écarts sur le nombre de prises en charges palliatives. Secondairement, elles souhaitaient identifier des profils de médecins avec un attrait pour les SP et de connaître le nombre de pharmaciens collaborant avec des réseaux de SP.

Nombre de prise en charge palliative :

Ces questions médecins et pharmaciens étaient « similaires ». L'objectif était de quantifier le nombre de situations palliatives prises en charges par les participants. Cela permettait d'établir des moyennes.

Niveau d'aisance des SP :

Cette question était « spécifique » aux pharmaciens. L'objectif était d'estimer le niveau d'aisance des pharmaciens à propos des soins palliatifs via l'échelle de Likert (54).

Appels des pharmaciens :

Ces questions étaient « communes² ». Dans un premier temps, le but était de quantifier le nombre d'appels reçus par les médecins et émis par les pharmaciens. Dans un second temps, il était d'identifier les objectifs des appels. Les répondants choisissaient parmi un certain nombre de propositions jugées pertinentes à partir de l'expérience de terrain en SP. Ces réponses allaient permettre de formuler des solutions pour une meilleure coopération.

² La formulation des questions étaient différentes mais l'interprétation était la même : les pharmaciens émettaient l'appel et les médecins recevaient l'appel.

Explication des propositions des questions Q7m et Q14p :

- La proposition « *Pour avoir des informations sur la pathologie (diagnostic, traitement spécifique de la maladie ...).* » correspondait à une situation où le pharmacien souhaitait connaître la pathologie du patient afin de pouvoir s'adapter au contexte palliatif et valider l'ordonnance.
- La proposition « *Pour avoir des précisions sur un traitement inconnu (médicaments hospitaliers).* », correspondait à une situation où le pharmacien ne retrouvait pas le médicament prescrit et accessible uniquement en Pharmacie à Usage Intérieur (PUI).
- La proposition « *Pour des produits réservés à la Prescription Hospitalière.* » concernait les médicaments non rétrocédables (ex : Midazolam) et/ou les médicaments de prescription initiale hospitalière (ex : Méthadone). **Cette proposition était absente du questionnaire médecin** considérant que ceux-ci étaient facilement en lien avec les pharmacies hospitalières.

Ressentis des participants :

Ces questions médecins et pharmaciens étaient « similaires ». Leur objectif était d'étudier les sentiments ressentis à l'issue des appels des pharmaciens. Les participants pouvaient nuancer leur ressenti via l'échelle de Likert. Pour décrire leur ressenti, les médecins avaient une QROC, leurs verbatims seraient classés par thèmes. Les questions pharmaciens s'axaient principalement sur les risques de dégradations relationnelles et le cas échéants sur l'identification des causes de cette dégradation. L'objectif secondaire était de savoir si ces appels avaient été utiles ou non.

Explication des propositions de la question Q16p :

- Le choix « *Refus de dialogue* » correspondait à une situation où le médecin répondait au pharmacien mais refusait toute discussion.
- Le choix « *Absence de réponse/Injoignable.* » correspondait à la situation où le médecin était difficilement joignable ou ne répondait pas aux pharmacies.
- Le choix « *Divergence d'opinion.* » correspondait, par exemple, à une situation où un pharmacien était face à une prescription hors AMM ou présentant des contre-indications, qui nécessitaient un appel au médecin. Le médecin confirmait la prescription.

Comment la pharmacie se présente :

La question était « spécifique » aux médecins pour savoir comment le pharmacien se présente et ce qu'en ressent le médecin.

Décisions pharmaceutiques :

Ces questions étaient « spécifiques » aux pharmaciens. Leur objectif était de connaître l'attitude du pharmacien dans une situation où il n'avait pas de réponse et/ou il avait des problèmes relationnels avec le médecin. Il était important d'identifier les raisons d'un refus de délivrance afin de formuler des pistes d'améliorations.

Les pharmaciens, les patients et les structures de SP :

Ces questions étaient « spécifiques » aux pharmaciens. Elles étudiaient le ressenti d'une coopération entre les pharmaciens et les structures de soins palliatifs et l'impact sur la relation pharmacien – patient. La Q21p sous-entendait un contexte où le pharmacien était en rôle de second plan, où il avait le sentiment d'être dans un rôle de dépannage.

Rôle des officinaux dans les Soins Palliatifs :

Ces questions étaient « communes ». Dans un 1^{er} temps, l'objectif était de savoir si les officinaux avaient un rôle dans les SP. Dans un 2^{ème} temps, elles identifiaient quels rôles pour le pharmacien d'officine ou pourquoi il n'avait pas de rôle dans les SP. Les propositions étaient formulées par l'expérience de terrain. Les réponses allaient permettre d'identifier des pistes d'amélioration pour une coopération médecin – pharmacien dans les prises en charge palliatives.

Explications des propositions à propos des questions Q12m et Q23p :

- La proposition « *Préparation de Dose à Administrer (« pilulier »)* ». Cela correspondait à un pharmacien préparant des piluliers à la manière de ceux réalisés pour un Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).
- La proposition « *Information des patients et surveillance des pratiques d'automédication et autres « médecines douces » qui pourraient interagir avec la médecine classique.* ». Il s'agissait de situations où les patients voulaient des produits afin de traiter leurs symptômes/pathologies après avoir vu des publicités, ou reçu des conseils par leur entourage ou sur internet.

- La proposition « *Aide à la gestion de la pharmacie personnelle à domicile.* » correspondait à un pharmacien allant au domicile du patient pour trier les thérapeutiques, favorisant ainsi le bon usage des médicaments et réduisant le risque iatrogène.

Optimiser la relation médecin – pharmacien :

Cette question rédactionnelle était « commune ». Le but étant de recueillir toutes les opinions notamment d'amélioration de la coopération médecin – pharmacien pour la prise en charge des patients en situation palliative.

Questionnaire Pharmaciens

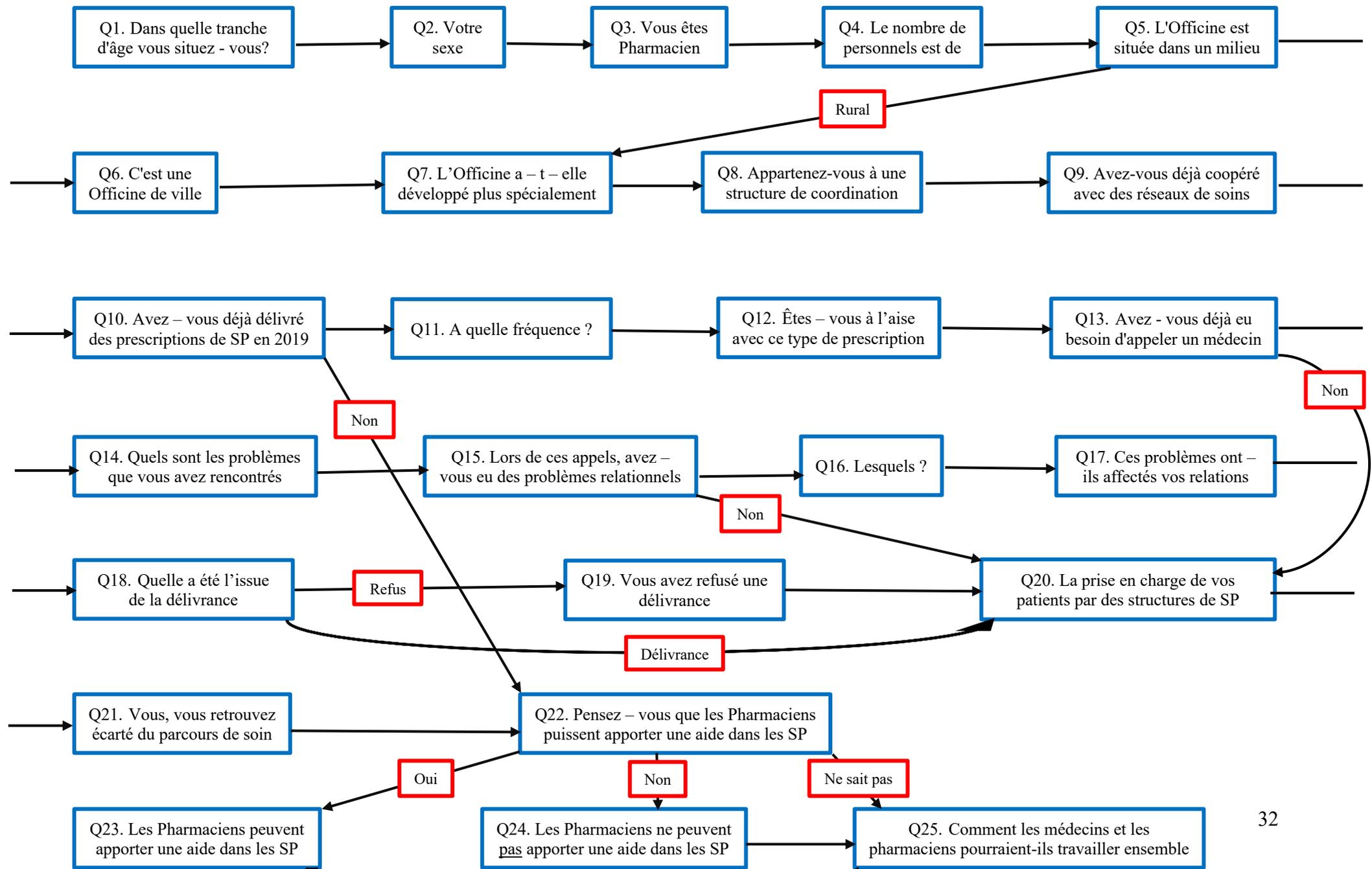


Figure 1 : Schéma du questionnaire pharmacien.

Questionnaire Médecins

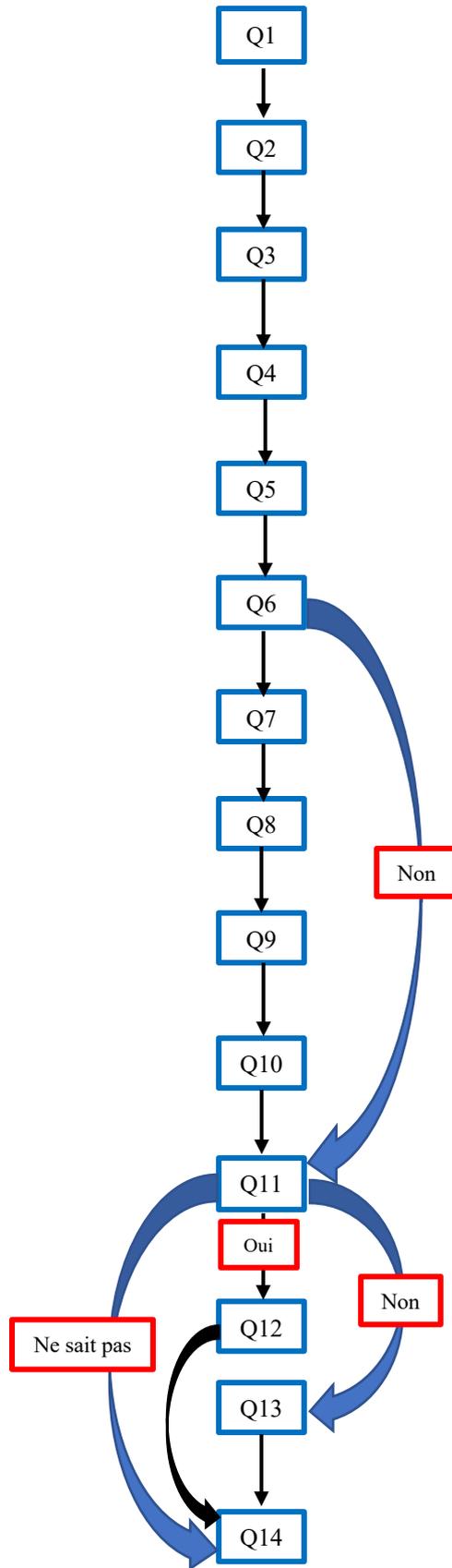


Figure 2 : Schéma du questionnaire médecin.

IV. Troisième partie – Résultats

1. Caractéristiques de l'échantillon

Sur les 4503 médecins destinataires, 1453 (32,3%) généralistes ont ouvert le courriel, 186 (4,1%) ont cliqué sur le lien du questionnaire et 161 (3,6%) ont répondu. Sur les 500 pharmacies destinataires, 48 pharmaciens (9,6%) ont répondu au questionnaire. Les 209 répondants sont à 63,9% des femmes et leur âge moyen est situé entre 30 – 49 ans (65,6%). Les 161 médecins sont à 61,9% des femmes et leur âge moyen est situé entre 30 – 49 ans (70,2%). Les 48 pharmaciens sont à 70,8% des femmes et leur âge est situé entre 30 – 59ans (77,1%). Il y avait une bonne répartition géographique entre les différents territoires concernant les pharmaciens avec des différences non significatives.

Tableau III : Répartitions géographiques de l'échantillon.

Lieu exercice	Médecins		Lieu exercice	Pharmaciens		Lieu exercice	Total	
Rural	34	21,1%	Rural	22	45,8%	Rural	56	26,8%
Semi - Rural	63	39,1%	Petite ville	14	29,2%	Semi - Rural	81	38,8%
			Ville moyenne	4	8,3%			
Urbain	64	39,8%	Grande ville	8	16,7%	Urbain	72	34,4%
Total	161	100,0%	Total	48	100,0%	Total	209	100,0%

Concernant les médecins, les lieux d'exercice étaient significativement moins ruraux ($p < 0.01$).

A propos des informations spécifiques sur les pharmacies :

Les pharmaciens étaient majoritairement constitués de titulaires (79,2%) avec des pharmacies d'une taille moyenne de 4 à 9 salariés (66,7%).

Les officines de villes étaient majoritairement de quartier (53,8%).

La majorité des pharmacies avaient développé l'Orthopédie (64,6%) et le Maintien à domicile (52,1%) (annexe VII).

2. Les activités complémentaires

Activités des médecins :

Seulement 19,9% des médecins exerçaient une activité médicale complémentaire (annexe VI). Le T-test montrait que les médecins n'exerçaient significativement pas d'activités complémentaires ($p < 0.01$).

Activités des pharmaciens :

Parmi les pharmaciens, 25% appartenaient à une structure de coordination en 2019. Ils avaient principalement travaillé avec Cardiauvergne (61,5%). Dans une moindre mesure, 26,9% des pharmaciens avaient collaboré avec des réseaux de SP : 15,4% avec PALLIADOM et 11,5% avec le RASP 03 (annexe VIII). Le T-test montre que les pharmaciens ne collaborent significativement pas avec des structures de coordination ($p < 0.01$).

3. Nombre de prises en charge palliatives

Sur les 209 répondants, 177 (84.7%) ont rencontré au moins une situation palliative en 2019. Parmi les médecins, 141 (87,6%) ont rencontré au moins une situation palliative et 36 pharmaciens (75%) ont rencontré au moins une situation palliative en 2019 (annexe IX). Ils ont significativement eu plus de situations palliatives que les pharmaciens ($p < 0.1$). De surcroît, 64% des généralistes ont eu entre 1 à 3 situations (annexe X). Les pharmaciens (52,8%) rencontraient en moyenne entre « 1 fois par mois » à « 3 à 6 fois par an » des situations palliatives (annexe XI). Le nombre total de situations palliatives prises en charge par les participants s'élevait au minimum à 803 dont 500 attribués aux médecins (62,3%) et un minimum de 303 attribués aux pharmaciens (37,7%) (Annexe XII).

Niveau d'aisance des SP par les pharmaciens :

A la Q12p, 26 des 36 pharmaciens (72,2%) se déclaraient à l'aise avec les prescriptions palliatives.

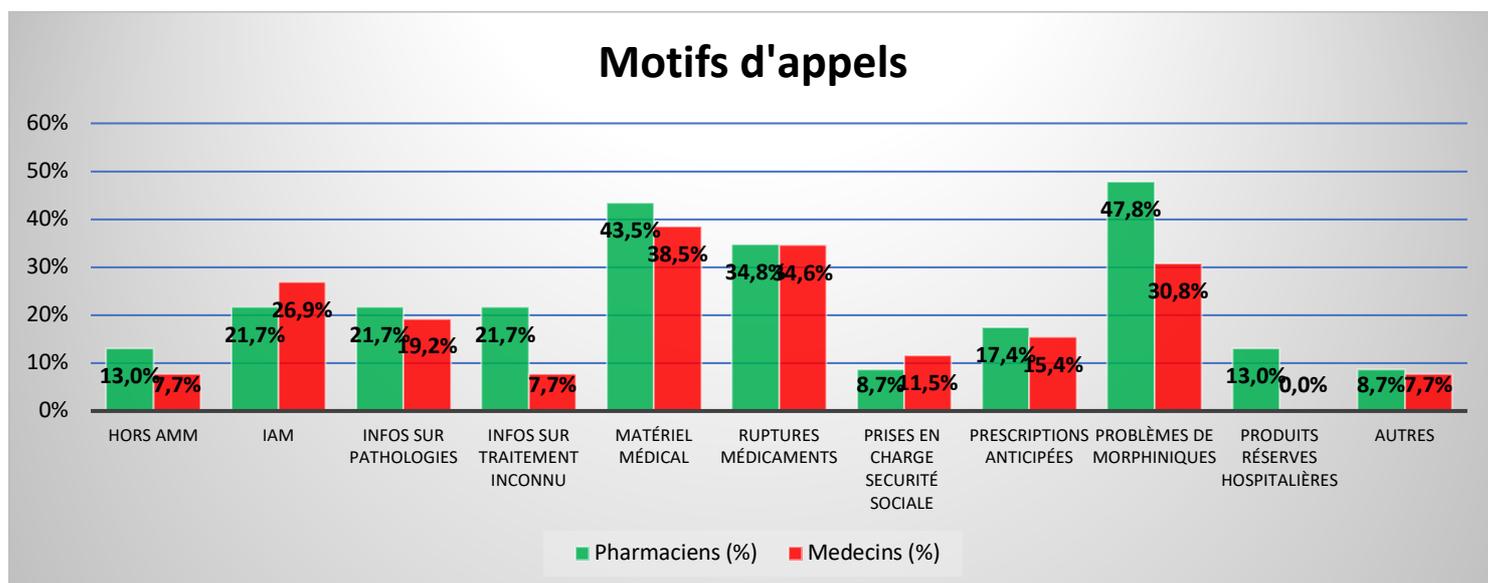
4. Coopération

Sur les 161 médecins interrogés, 83,9% déclaraient ne pas être appelés. Alors que parmi les 36 pharmaciens, 63,9% déclaraient avoir appelé un médecin (annexe XIII).

Sur les 26 médecins (16,1%) déclarant avoir été appelés, 92,3% ressentait de façon positives ces appels. Concernant les 23 pharmaciens (63,9%) ayant appelé un médecin, 91,3% vivaient bien ces appels (annexe XIII et XIV). Les sentiments évoqués par les médecins, après appel d'un pharmacien, décrivaient les thèmes de la « *communication* » à 57,7% des appels et la « *collaboration* » dans 38,5% des cas (annexe XV). Par ailleurs, 42,3% des médecins se sont interrogés sur la fonction de leur interlocuteur (préparateur ou pharmacien ?) (annexe XVI). Le T-test montra que les pharmaciens pensaient significativement plus appeler les médecins que ceux – ci affirmaient avoir été contacté ($p < 0.01$).

Les trois principales causes d'appel, selon les 49 participants, concernaient des renseignements sur le matériel médical (40,8% des appels), les morphiniques (38,8%) puis les ruptures de stocks / tensions d'approvisionnement (34,7%). Pour les 26 médecins, ces motifs d'appels portaient sur le matériel médical (38,5% des appels), les ruptures de stocks (34,6%) puis les morphiniques (30,8%). D'après les 23 pharmaciens, ces motifs concernaient les morphiniques (47,8% des appels), le matériel médical (43,5%) puis les ruptures de stocks / tensions d'approvisionnement (34,8%) (annexes XVII).

Figure 3 : Motifs des appels aux médecins concernant les prescriptions de SP en 2019.



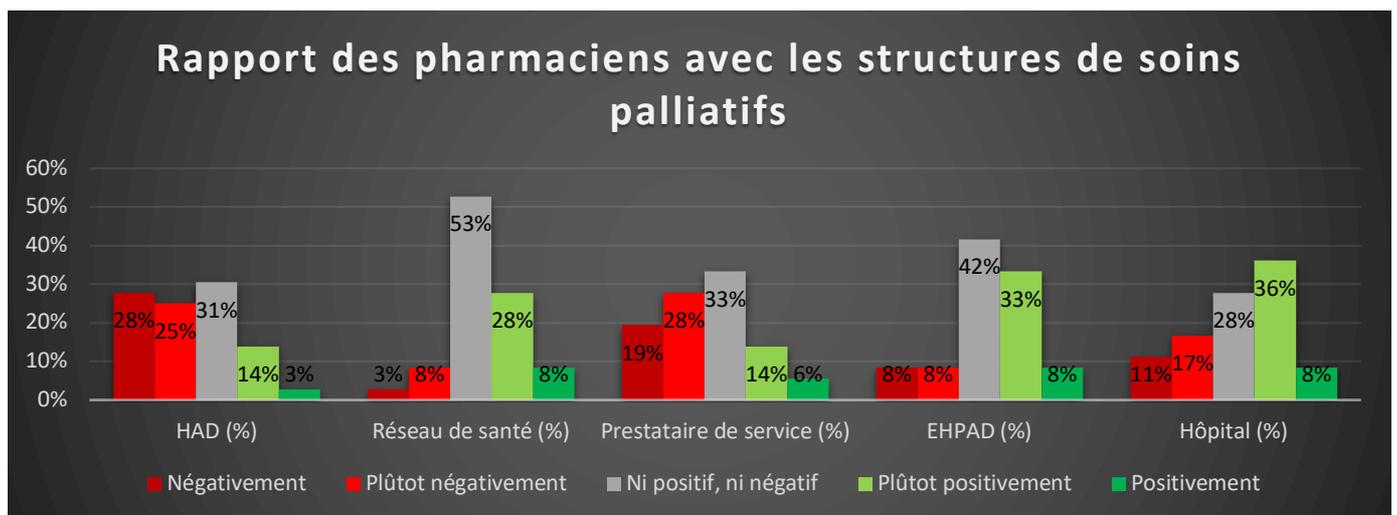
n médecin = 26 ; n pharmacien = 23 ; n participant = 49

Résultats non exploités : Les résultats suivant ne furent pas exploités par manque de participants : Q16p (n = 2), Q17p (n = 2), Q18p (n = 2) et Q19p (n = 0).

5. Rapport avec les HAD, les EHPAD et les équipes de soins palliatifs

A cette question, 36 pharmaciens (75%) ont répondu à cette question. Moins de 8% des pharmaciens ont un ressenti positif sur les interventions des Hospitaliers, des EHPAD et des réseaux de santé. De plus, 6% des pharmaciens ont un ressenti positif sur les interventions des prestataires de services et seulement 3% à propos de celles des HAD.

Figure 4 : Ressentis des pharmaciens lors d'une prise en charge dans des structures de SP d'un de ses patients.



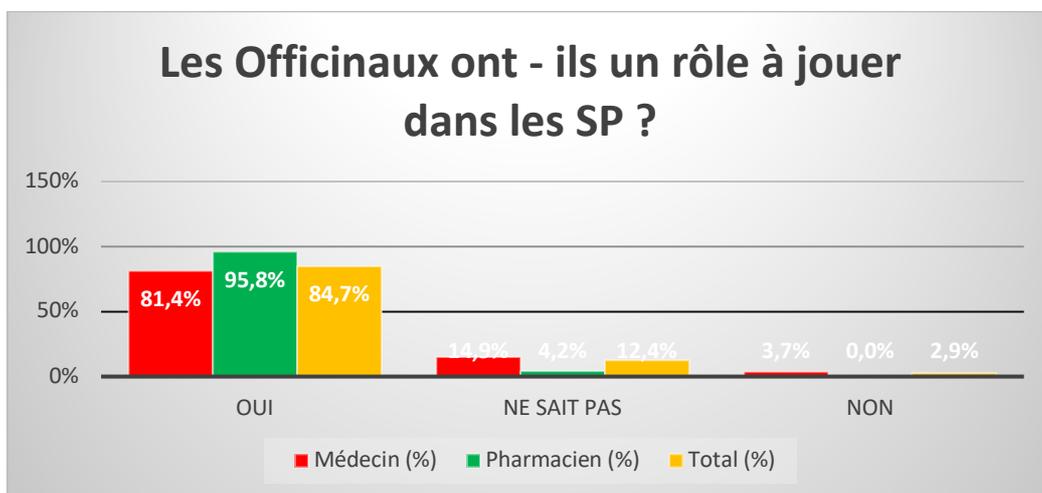
n pharmaciens = 36

Lorsque les pharmaciens ne sont plus impliqués dans le parcours de soins, ils se sentent à 53% d'entre eux encore responsable de ce dernier (Q21p) (annexe XIX).

6. Représentation du rôle du pharmacien d'officine dans les Soins Palliatifs

Sur l'ensemble des participants, 177 (84,7%) pensent que les pharmaciens ont un rôle dans les SP. Selon les médecins, 131 (81,4%) pensent que les pharmaciens ont un rôle dans les SP et 46 pharmaciens (95,8%) pensent avoir un rôle dans les SP. Les seules réponses négatives à cette question concernent 6 médecins (3,7%) (annexe XX).

Figure 5 : Rôle des officinaux dans les SP.



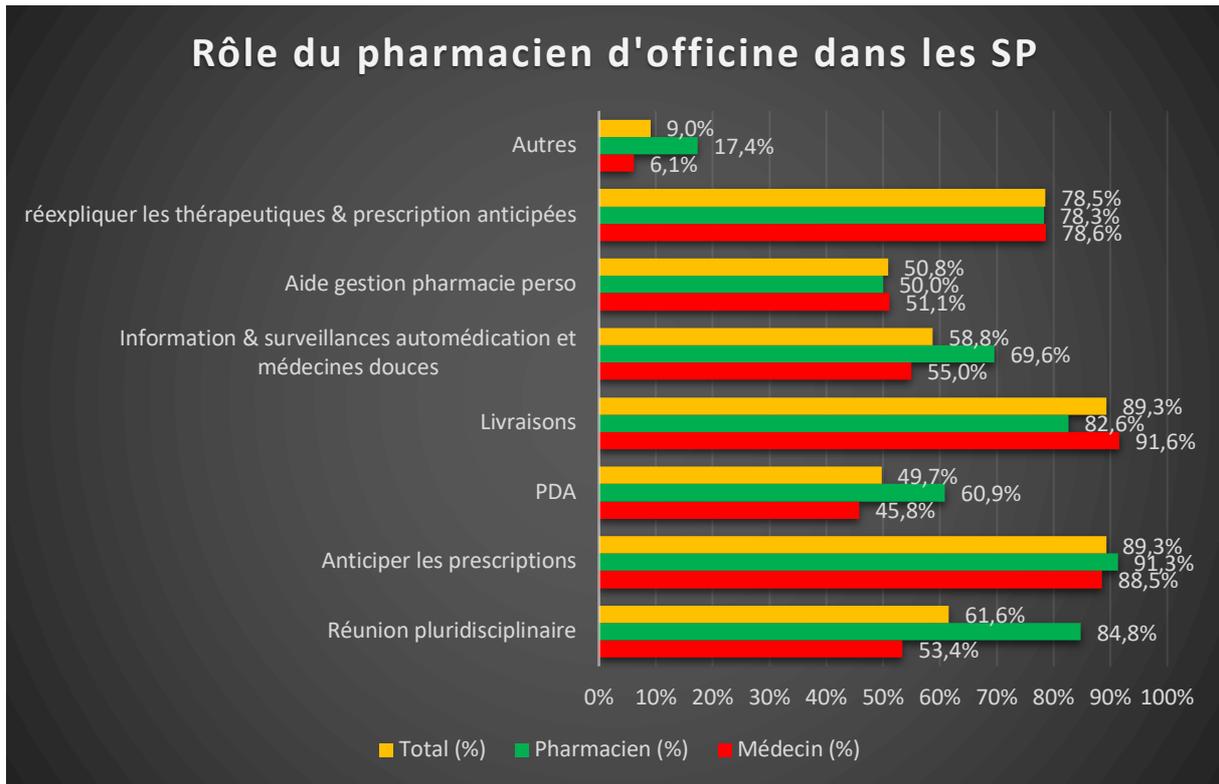
n médecin = 161 ; n pharmacien = 48 ; n total = 209

D'après le T-Test, les pharmaciens pensent significativement avoir un rôle dans les SP ($p < 0.01$).

6.1 Quels rôles dans les SP pour les pharmaciens d'officine ?

Les trois rôles des officinaux, selon les 177 participants étaient la livraison à domicile (89,3%), l'anticipation des prescriptions (89,3%) puis de la ré explication des thérapeutiques & des prescriptions anticipées (78,5%). Selon les 131 médecins, ces rôles étaient la livraison à domicile (91,6%), l'anticipation des prescriptions (88,5%) puis la ré explication des thérapeutiques & des prescriptions anticipées (78,6%). D'après les 46 pharmaciens, ces rôles étaient l'anticipation des prescriptions (91,3%), la participation à des réunions pluridisciplinaire (84,8%) puis la livraison à domicile (82,6%) (annexe XXI).

Figure 6 : Place supposée du pharmacien d'officine dans les SP selon les participants.



n médecin = 131 ; n pharmacien = 46 ; n total = 177

Le T-test montra que les pharmaciens pensaient significativement avoir comme rôle d'informer et surveiller les pratiques d'automédication et médecines douces ($p < 0.1$), la Préparation de Dose à Administrer ($p < 0.1$) mais aussi de participer à des réunions pluridisciplinaires ($p < 0.01$).

6.2 Absence de rôle du pharmacien d'officine dans les Soins Palliatifs

Concernant les questions Q11m et Q22p, 46 des 48 pharmaciens (95,8%) avaient exprimé avoir un rôle en SP et 2 ne savaient pas. Parmi les 161 médecins, 6 (3,7%) pensaient que le pharmacien n'avait pas de rôle pour les raisons suivantes :

- « Car dans presque tous les cas les patients sont en HAD, donc fournis par pharma hospitalière »
- « Pas de relation suivie »
- « Tous mes cas de soins palliatifs ont été gérés en HAD (fourniture des traitements) »
- « Ils appliquent les prescriptions et ne participent pas aux soins ni à domicile du patient »
- « Gestion des médicaments par les organismes D'HAD. Éventuellement en dépannage. »
- « Nécessité d'HAD pour accès aux produits ! »

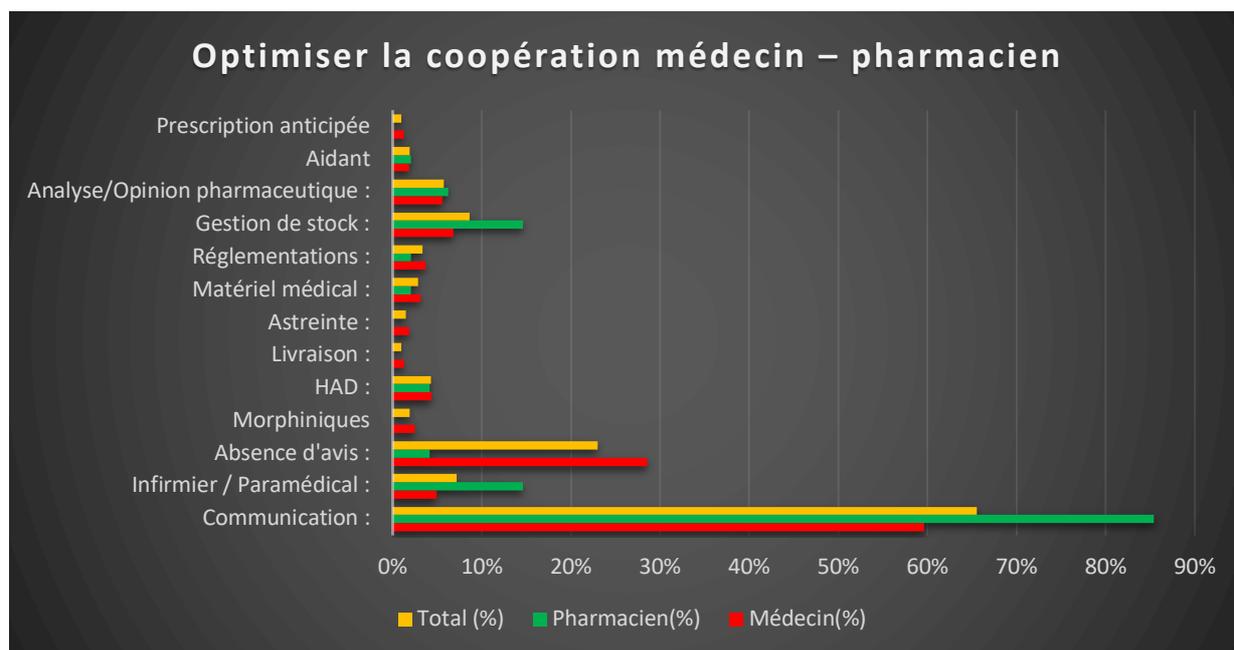
Dans deux tiers des réponses, le recours à l'Hospitalisation à Domicile (HAD) écartait les officinaux.

7. Optimiser la coopération médecin – pharmacien au service du patient

Parmi les 209 participants, 115 médecins (71,4%) et 46 pharmaciens (95,8%) émirent un ou plusieurs avis.

Concernant l'ensemble des participants, 137 (65,6%) évoquent le thème de la « Communication » malgré 48 participants (23%) qui n'ont donné aucun avis. Les autres résultats sont en deçà de 9%. Pour les médecins, 96 (59,6%) ont évoqué le thème de la « Communication » et 46 (28,6%) n'ont formulé aucun avis. Les autres résultats sont en deçà de 7%. A propos des pharmaciens, 41 (85,4%) ont abordé le thème de la « Communication », puis 7 pharmaciens (14,6%) évoquèrent les thèmes des « infirmiers / paramédicaux » et la « gestions de stocks ». Les autres résultats sont en deçà de 7%. Tableaux en annexe XXII.

Figure 7 : Thèmes évoqués pour optimiser la prise en charge des patients en SP selon les participants.



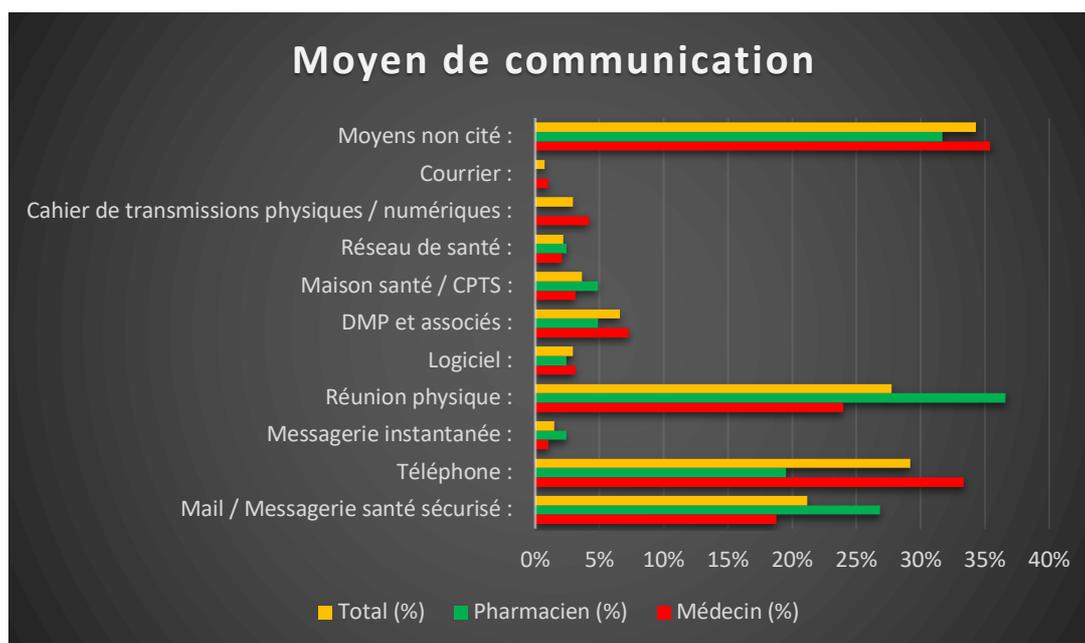
n médecin = 161 ; n pharmacien = 48 ; n total = 209

Le T-test montra que les pharmaciens évoquaient significativement plus les thèmes de la « Communication » ($p < 0.01$) et les « Infirmier/ paramédical » ($p < 0.1$). Les médecins évoquaient significativement plus les thèmes des « Morphiniques » ($p < 0.1$) et des « Astreinte » ($p < 0.1$). En outre, les médecins n'ont significativement pas d'avis sur comment améliorer la coopération médecin – pharmacien ($p < 0.01$).

Constatant la sur – représentation du thème de la « Communication », nous présentons donc les verbatims évoqués à propos des moyens de communication. Des 137 participants, il en ressortait en 1^{er} « L'entretien téléphonique » (29,2%) puis deuxièmement « La réunion » (27,7%) et troisièmement « Les mails » (21,2%). Les 96 médecins évoquaient « L'entretien téléphonique » à 33,3% puis « La réunion » à 24% et « Les mails » à 18,8%. Les 41 pharmaciens évoquaient « La réunion » à 36,6% puis « Les mails » à 26,8% et « L'entretien téléphonique » à 19,5%.

Néanmoins, 34,3% des réponses totales (35,4% médecins et 31,7% pharmaciens) ne citaient pas de moyen de communication.

Figure 8 : Moyens de communication évoqués pour optimiser les SP selon les participants.



n médecin = 96 ; n pharmacien = 41 ; n total = 137

Le T-test montra que les médecins évoquaient significativement plus les moyens de communication comme le « *Téléphone* » ($p < 0.1$) et les « *Cahier de transmissions physiques / numériques* » ($p < 0.05$).

V. Quatrième partie – Discussion

1. Faiblesses et forces de l'étude

1.1 Faiblesses de l'étude

1.1.1 Échantillon versus population générale

Le taux de réponse des médecins est de 3,6% et de 9,6% pour les pharmaciens. Pour une diffusion de questionnaire en ligne, le taux de réponse espéré est entre 10 – 15% (55). En Auvergne – Rhône – Alpes, on comptait en 2018, 6201 médecins généralistes libéraux et 6828 pharmaciens d'officines (56,57). Il est d'usage lors du calcul du nombre de participants minimum par rapport à la taille d'un échantillon d'utiliser un intervalle de confiance à 95% avec une marge d'erreur à 5%. Considérant ces informations, pour être représentatif de la population générale, nous aurions dû avoir 362 médecins et 364 pharmaciens répondants (58). Les médecins de l'effectif avaient entre 30 à 49 ans (70,2%) et étaient des femmes (61,9%). Les pharmaciens avaient entre 30 – 59ans (77,1%) et étaient également des femmes (70,8%). Or d'après le rapport de l'URPS AuRA en 2018, les médecins généraliste libéraux seraient plutôt des hommes avec une moyenne d'âge de 52 ans. En 2018, l'Ordre des Pharmaciens nous apprenait que ceux – ci étaient majoritairement des femmes (55,9% des titulaires et 83,4% des adjoints) avec une moyenne d'âge de 50,5 ans pour les titulaires et de 43 ans pour les adjointes (56,57). On peut conclure que notre échantillon n'est pas représentatif car plus jeune et pour les médecins avec une proportion de femme plus importante. Cela confirme que notre étude est exploratoire.

1.1.2 Mode d'envoi du questionnaire

Le choix d'adresser le questionnaire par l'URPS génère un biais potentiel puisque cela implique que les participants soient en bons termes avec leur URPS et qu'ils s'intéressent aux thématiques présentées par celles – ci. Indiquer que l'étude est réalisée par un étudiant influence également potentiellement les participants. Il est probable que les participants soient ceux qui portent le plus d'intérêt pour les soins palliatifs et/ou pour la coopération médecin – pharmacien. Sur l'ensemble des pharmaciens qui ont répondu à l'étude, on peut ainsi repérer que 64,6% ont développé l'orthopédie et 52,1% ont développé le maintien à domicile. Ces deux spécialisations de l'exercice officinale correspondent à des domaines d'activités des SP.

La forme électronique favorise potentiellement la participation de personnes plus jeunes. Sur le total des participants on peut observer que 65,6% avaient entre 20 ans et 49 ans. Pour les médecins, les 20 à 49 ans représentent 71,4% de l'effectif total alors que la moyenne d'âge des médecins de la région Auvergne Rhône – Alpes est de 52 ans (56). Pour les pharmaciens, ce biais semble avoir moins opéré puisque, 56,3% de l'effectif avait entre 20 ans et 49 ans, or la moyenne d'âge de la région Auvergne Rhône – Alpes est de 50,5 ans pour les titulaires et de 43 ans pour les adjoints (57). De plus, les questionnaires en ligne ont une forme impersonnelle qui peut réduire la motivation à répondre.

Pour limiter ces biais liés à l'âge, une présentation lors de divers rassemblements de professionnels de santé aurait pu toucher un public plus large, ainsi que des envois personnalisés à des professionnels ciblés plus âgés.

1.1.3 Les participants et l'appartenance à un réseau de santé

Concernant les questions Q4m et Q9p, elles manquent de précisions. Pour les pharmaciens, il doit y avoir un biais de sur – évaluation. La question ne rappelait pas la période étudiée (2019). Pour les médecins, la formulation manque de clarté et amène un biais de sous – évaluation. En effet, pour connaître l'éventuelle appartenance à un réseau de santé (notamment de SP), il faudrait une question plus précise car seulement 1 médecin a déclaré appartenir à un réseau. Si le questionnaire devait être refait, il faudrait reformuler ces questions en y apportant plus de précisions et être vigilant aux temps employés.

1.1.4 Le nombre de prises en charge palliatives

Pour les médecins, un biais de sur – évaluation est possible car 19,9% exercent au moins une activité médicale en parallèle de leur exercice libérale (ex : EHPAD). Donc il est possible que certains aient inclus des patients de SP qui n'étaient pas à leur domicile. Pour les pharmaciens, je pense qu'il y a un biais de sous – évaluation car 25% d'entre eux disent n'avoir rencontré aucune situation palliative en 2019. La présence des préparateurs en pharmacies et/ou d'étudiants doit abaisser le nombre de situations rencontrées quand bien même des patients palliatifs ont fréquenté la pharmacie. Néanmoins, la formulation de la Q11p augmente à tort le nombre total de situations palliatives. Cela induit un biais de sur – évaluation car il peut y avoir

plusieurs délivrances au cours du même mois pour un même patient. Par ailleurs, ces questions sont soumises à un biais de mémorisation. Certains participants ont dû oublier des patients alors que d'autres ont dû sur – estimer leur nombre.

Pour limiter ces biais, il faudrait une formulation plus adaptée pour les pharmaciens. La question médecins devrait préciser de n'inclure que les patients de SP à leur domicile. Pour le biais de mémorisation, il faudrait définir une échelle de temps plus adaptée. Certaines études choisissent la notion de pronostic pour aider les professionnels à identifier les situations palliatives en les questionnant : est – ce qu'ils seraient surpris par le décès de leur patient dans l'année (59) ?

1.1.5 Nombres et motifs d'appels des pharmaciens

Concernant les questions Q6m et Q13p, je pense qu'il y a un biais de réponses hors contexte. C'est – à – dire des réponses qui ne concernaient pas les SP à domicile. De plus, il y a un possible biais de légère augmentation des réponses médecins. Ils ont tous accédé à la Q6m, même ceux qui ont indiqué n'avoir eu aucune situation palliative à la Q5m. Pour limiter le biais des réponses hors contexte, il faudrait définir une échelle de temps adaptée. Pour le biais d'augmentation des réponses médecin, il faudrait une question préalable si ceux – ci ont réalisé « oui » ou « non » des SP, en cas de « oui » accéder à la question.

A propos des questions Q7m et Q14p. Les résultats indiquent que 34,7% des appels totaux (3^{ème} motif d'appels) concernent des ruptures de stocks / tensions d'approvisionnement. En pratique officinale, il y a de nombreux appels aux prescripteurs pour cause de ruptures d'approvisionnements qui sont définies comme étant « *Rupture de disponibilité d'un médicament dans le réseau de distribution – pharmacie d'officine et PUI – au-delà de 72heures.* » (60). Il doit y avoir un biais de sur – évaluation du motif d'appel lié au contexte actuel élevé des ruptures de stock/tensions approvisionnements mais aussi lié à la crise du Covid – 19. Concernant le motif d'appels sur le matériel médical, on peut admettre un léger biais de sur – évaluation. Cette proposition a pu mettre les médecins en difficulté car les pharmaciens ne sont pas les seuls intervenants dans la vente de matériels. Il est donc possible que leur taux de réponse soit un peu plus élevé que la réalité.

1.1.6 Questions ouvertes

L'interprétation des résultats a été effectuée via un logiciel EXCEL. Une interprétation par une tierce personne et par un logiciel d'analyse de statistique qualitative pourrait éventuellement dévoiler d'autres aspects. Cela pourrait éviter d'éventuels biais comme l'effet d'halo ou bien les biais de confirmation.(61–63).

1.2 Forces de l'étude

Le nombre de répondants (n = 209) avec une bonne répartition entre zone rurale et urbaine sur toute une région permet de faire une analyse pertinente du sujet de recherche. En effet, on apprend dans un rapport de la DRESS de 2011³ que les médecins sont répartis à 20,8% en milieu Rural (communes de moins de 5000 habitants), 43,6% Semi Rural (communes de 5000 à 200 000 habitants) et 35,6% Urbain (communes de plus de 200 000 habitants) (64). Dans un rapport de l'Ordre des Pharmaciens de 2016, on apprend que les pharmacies sont réparties à 35,2% en zones Rurales (inférieures 5000 habitants), 40,3% dans les Petites Villes (5000 à 50 000 habitants), 13,7% dans les Ville Moyenne (50 à 200 000 habitants) et 10,7% dans les Grandes Villes (supérieures à 200 000 habitants) (65). Ces valeurs sont proches de celles de notre échantillon.

Le questionnaire a démontré une bonne utilisation des questions avec des taux de réponse satisfaisants à chacune ainsi qu'une bonne utilisation des questions ouvertes démontrant un intérêt des participants pour la thématique. La méthode quantitative choisie a permis de cerner les éléments principaux de la coopération médecin-pharmacien en soins palliatifs. Les réponses autres sont rares. Les réponses aux questions entre les médecins et les pharmaciens sont similaires. Cela permet de formuler des pistes d'améliorations qui pourraient satisfaire médecins et pharmaciens.

Cette étude exploratoire présente des premiers résultats essentiels sur la coopération médecin – pharmacien en SP : 81,4% des médecins généralistes (MG) reconnaissent le rôle des pharmaciens pour les accompagnements palliatifs au niveau de l'anticipation des prescriptions, réexpliquer les thérapeutiques et prescriptions anticipées et livraison à domicile.

³ Hors agglomération parisienne.

Ce travail permet d'identifier la représentation que porte les médecins et les pharmaciens sur le rôle de ce dernier dans les SP. Même s'il n'est pas explicitement reconnu dans les textes de références (ex : HAS) ou enseigné à l'université, il est pour autant une évidence sur le terrain pour les partenaires.

2. Nombre de prises en charge palliatives

D'après le rapport de l'Observatoire National de la Fin de Vie de Mars 2013, 80% des médecins prennent en charge entre 1 et 3 situations palliatives par an. Ce rapport vient corroborer nos résultats, puisque dans notre étude, 87,6% des médecins ont rencontrés au moins une situation palliative et parmi eux 64% ont rencontrés entre 1 et 3 situations palliatives en 2019 (1).

Concernant les pharmaciens, 75% d'entre – eux ont délivrés au moins 1 fois dans l'année une ordonnance de SP. Il paraît surprenant qu'un officinal n'ait pas délivré au moins 1 fois dans l'année une ordonnance de SP, ne serait – ce que pour des ordonnances de morphiniques. De plus, un même patient peut représenter plusieurs délivrances. Il est à noter que le nombre de délivrances concerne la personne du pharmacien et pas le nombre de délivrances annuelles par la pharmacie qui peut être supérieur et réalisé par ses collègues. Ce taux peut également s'expliquer pour une petite part par le nombre de patients pris en charge par les HAD, 20 à 30% de leur patients relèvent des SP (66). On ne retrouve pas d'article comparatif dans la littérature.

D'expérience, on peut penser que les professionnels identifient difficilement les situations palliatives. Concernant les pharmaciens, ils peuvent être dans l'ignorance du diagnostic médical et déduisent le caractère palliatif à partir des traitements délivrés. On peut en déduire qu'un certains nombres de situations ne sont pas identifiées. Une coopération optimale nécessiterait la communication au pharmacien du caractère palliatif des situations. Les conseils délivrés par le pharmacien sur les traitements seraient plus adéquats, notamment pour les traitements hors AMM.

3. Coopération médecin – pharmacien

3.1 La qualité de la coopération

En France, il y a peu d'informations sur les relations entre ces deux professions dans le contexte des SP (67). Les résultats indiquent que les médecins ne se sentent pas appelés par les pharmaciens. En effet, 16,1% des médecins déclaraient être appelés contre 63,9% des pharmaciens déclarant avoir eu besoin d'appeler le prescripteur. A noter que lorsqu'ils communiquent, 92,3% des médecins et 91,3% des pharmaciens ressentent de façon positive ces appels.

Dans un rapport de la DREES de 2008, plus de 85% des généralistes déclaraient avoir eu des échanges avec des pharmaciens au cours des 15 derniers jours (5). Dans une thèse de pharmacie réalisée en 2017, 96,6% des médecins déclaraient avoir une bonne collaboration avec les pharmaciens d'officine (68). Quant aux pharmaciens d'officine, dans un rapport de l'IGAS de 2011, ils notaient la qualité de la relation avec les médecins généralistes à 8,42/10 (69). Ces études viennent étayer nos résultats en montrant que médecins et pharmaciens entretiennent une bonne coopération professionnelle. La seule remarque émise par les MG, c'est parfois leur difficulté à identifier l'identité de leur interlocuteur (42,3%). C'est effectivement une pratique répandue dans les équipes officinales de présenter la pharmacie et pas sa propre identité. Il serait judicieux que les pharmaciens se présentent en pratique courante. Les pharmaciens peuvent se référer à un outil de communication pour apprendre à présenter leur demande quand ils appellent un MG : l'outil SAED de la HAS (70).

Si on croise les résultats de la Q12p et la Q13p : 72,2% disent être à l'aise avec les prescriptions de SP ; 63,9% appellent un médecin. On peut en déduire que les pharmaciens ont intégrés le fait que la délivrance dans le contexte des SP nécessite un accompagnement interdisciplinaire. Cet appel n'a pas pour objectif de les aider personnellement parce qu'ils seraient mal à l'aise mais serait plus lié aux besoins des patients, qui sont effectivement complexes en situation palliatives.

Il serait intéressant de réaliser une enquête avec des « fiches d'appels » qui précisent le sujet de l'appel. Cela permettrait d'obtenir plus de renseignements sur les raisons des appels et de manière générale d'explorer un peu plus la relation entre ces deux professions. Cela permettrait aussi de connaître la raison de cette asymétrie des taux d'appels.

3.2 Les objectifs de la coopération

Médecins et pharmaciens s'accordent sur les 3 principaux motifs d'appel. On retrouve comme motifs d'appel totaux, le matériel médical (40,8%), les morphiniques (38,8%) et les ruptures de médicaments (34,7%).

3.2.1 Gérer le matériel médical

Le nombre élevé d'appels (38,5% médecins et 43,5% pharmaciens) pour ce motif peut être légèrement relativisé. Cette proposition regroupait le matériel orthopédique, le maintien à domicile, les pansements et tout autre matériel médical. De ces résultats, on suppose plusieurs éléments : un niveau de connaissances des pharmaciens insuffisant, des ordonnances avec peu d'informations, une profusion de références entraînant une confusion. Cela pouvait également être une demande spontanée de la part d'un patient sans ordonnance. Lors de ma pratique officinale, certains médecins prescrivaient de manière « large » pour permettre au pharmacien et au patient de choisir l'article le plus adapté. Cela peut amener le pharmacien à devoir contacter le médecin pour obtenir un complément d'information.

Des UE sont prévues par les facultés de pharmacies à propos du matériel médical mais elles ne couvrent pas la totalité du domaine. Par ailleurs, il existe des DU d'Orthopédie et de Maintien à Domicile afin de compléter la formation des pharmaciens. Une simplification de la recherche dans les Liste des Produits et Prestations (LPP) pourrait être envisagée pour limiter la confusion entre les références. Cette simplification pourrait s'inspirer du répertoire des médicaments génériques et/ou de la recherche inversée des Logiciels de Gestion d'Officines (LGO) (recherche de médicaments par Dénomination Commune Internationale). Il est aussi possible que médecins et pharmaciens se rencontrent périodiquement et fassent un point sur le « matériel utile » à connaître.

3.2.2 Gérer les spécificités des traitements nécessaires en SP

On constate que les morphiniques sont un problème pour les pharmaciens (30,8% médecins et 47,8% pharmaciens). Lors d'une prise en charge de SP, cette classe de médicaments à la réglementation particulièrement stricte est quasi omniprésente. Pour expliquer cet écart de réponse, je pense qu'il est dû à la réglementation. En effet, lors de ma pratique, j'ai constaté à de nombreuses reprises la difficulté pour un pharmacien de gérer les problèmes de délivrances de morphiniques. Les difficultés les plus récurrentes sont les chevauchements d'ordonnances, le déconditionnement ou encore une avance de traitement. Il doit choisir entre un respect strict de la réglementation (crainte d'une sanction) ou de privilégier la gestion de la douleur de son patient. Dans ce contexte palliatif, la mise en place de protocoles de coopération permettant la délivrance de ce type d'antalgiques et/ou une réglementation plus souple devrait améliorer la coopération.

Concernant les traitements hors AMM et interactions médicamenteuses, lorsqu'une situation palliative est identifiée, les dispensateurs ont conscience que l'utilisation des médicaments peut nécessiter, par exemple, des posologies et des voies d'administration différentes et ils n'hésitent pas à appeler les médecins. Il serait intéressant qu'une étude investigue plus en détail ce motif d'appel (exemple : confirmation de posologie ou proposition d'alternative thérapeutique ou ...).

A propos des prescriptions anticipées, c'est très rarement un motif d'appels entre eux. Ceci peut refléter une méconnaissance des professionnels et sous-utilisation par les médecins. Il serait intéressant d'enquêter sur les prescriptions anticipées afin de savoir si celles – ci sont bien identifiées et si celle – ci bénéficient, de plus de complaisance de la part des dispensateurs (ex : une ordonnance non conforme au niveau réglementaire est – elle délivrée ?).

3.2.3 Gérer les ruptures de médicaments

Ce phénomène communément appelé « manque fabricant » en officine, se caractérise par l'impossibilité du pharmacien à délivrer le médicament au patient. Ce problème prend de l'ampleur depuis plusieurs années (60). Ici, cela concerne 34,6% médecins et 34,8% pharmaciens. Le monde pharmaceutique a identifié différentes causes à ces ruptures : des

difficultés de production, la mondialisation de la fabrication, l'augmentation subite des ventes et les politiques de prix. Dans les SP, elles peuvent être très préjudiciables notamment dans la gestion de la douleur. L'exemple de l'usage hors AMM du RIVOTRIL® pendant la crise du COVID – 19 illustre parfaitement cette problématique. L'État a promulgué des mesures exceptionnelles, en cas de difficultés d'approvisionnement en Midazolam, les spécialités pharmaceutiques à base de Clonazépam peuvent faire l'objet d'une prescription hors AMM par tout médecin, même non spécialiste pour la prise en charge médicamenteuse des situations d'anxiolyse et de sédation pour les pratiques palliatives (71).

Actuellement, les solutions envisageables sont : une augmentation des prescriptions anticipées et/ou prescrire plusieurs molécules sur l'ordonnance. On peut aussi imaginer un entretien médecin – pharmacien pour choisir les molécules les moins à risques de ruptures et celle à délivrer en cas de ruptures. En cas de traitements absolument nécessaire et dans la situation exceptionnelle de la fin de vie, l'officinal doit contacter d'autres pharmacies pour se fournir.

3.2.4 Partager les informations nécessaires

- Recherche d'informations sur la pathologie :

Une partie des pharmaciens sont à la recherche d'informations supplémentaires. Il faut améliorer l'accès et le déploiement des outils comme le Dossier Médical Partagés (DMP) et/ou le Dossier Pharmaceutique (DP). Néanmoins, il faudrait une demande systématique de la carte vitale pour alimenter ses dossiers. La loi d'accélération et de simplification de l'action publique (ASAP) du 7 décembre 2020 prévoit l'ouverture automatique du DMP et du DP (72,73).

- Précisions sur un traitement inconnu :

Les médicaments hospitaliers peuvent être recherchés via des sites comme le VIDAL® ou la Base Claude Bernard®. Ces résultats (7,7% médecins et 21,7% pharmaciens) étonnent puisque les pharmaciens sont censés être les spécialistes du médicament. Cela pose deux questions, les pharmaciens sont – ils de bons communicants ? La formation continue et initiale des pharmaciens est – elle suffisante ?

Des recherches sur ce sujet permettraient de connaître les raisons qui ont motivés un pharmacien à devoir contacter le médecin sur un traitement inconnu.

Les résultats démontrent une bonne coopération professionnelle au sujet des patients repérés comme étant en SP. Les professionnels s'accordent sur les motifs fréquemment abordés (matériel, morphiniques et ruptures) lors de leurs appels téléphoniques. Néanmoins, au sein de cette coopération, quelles représentations ont – ils du rôle du pharmacien en SP ?

4. Représentation du rôle du pharmacien d'officine dans les Soins Palliatifs

4.1 Importance du rôle

Pour rappel, 177 participants (84,7%) pensent que les pharmaciens ont un rôle dans les SP. Seulement 6 médecins (3,7%) pensent que l'officinal n'a pas de rôle, certainement en lien avec la mise en place pour leur patient d'une HAD. Leurs réponses n'indiquent pas un défaut de compétences des pharmaciens. Il s'agit seulement du système d'approvisionnement qui doit passer par les PUI (ex : Oxycodone injectable accessible uniquement par dispensation hospitalière). Nos résultats sont comparables aux études internationales réalisées aux États – unis, en Australie et en Ecosse qui montrent que les officinaux ont un rôle important dans la prise en charge palliative (33–35).

4.2 Quel est son rôle ?

Les participants s'accordent sur 3 rôles des pharmaciens dans les SP :

- **Livrer au domicile (89,3%)**

Concernant les patients en phase palliative, un accès rapide et facilité aux traitements par la livraison à domicile devient une nécessité. Une dispensation à domicile exige beaucoup de temps. L'Ordre des Pharmaciens fait la distinction entre « livraison à domicile » et « dispensation à domicile » qui nécessite la mise en œuvre des rôles assurés classiquement à l'officine. Même lorsqu'elle peut être effectuée par un préparateur en pharmacie ou un étudiant

en pharmacie, le pharmacien veille personnellement à ce que les instructions nécessaires à une bonne observance et compréhension de la prescription par le patient soient données préalablement à la personne qui assure la dispensation (74). Dans l'exercice officinal, c'est souvent le pharmacien titulaire qui livre ses patients en fin de journée. Depuis le début de la pandémie COVID – 19, le nombre de dispensation à domicile a fortement augmenté (75). Pour faciliter l'accès à ce service, il serait nécessaire que les pharmaciens aient connaissance du caractère palliatif des situations accompagnées. On pourrait imaginer que le prescripteur informe systématiquement le pharmacien. A l'heure actuelle, il n'y a pas de rémunération spécifique pour cette dispensation.

- **Anticiper les prescriptions (89,3%)**

A la différence des pharmaciens grossistes – répartiteurs qui doivent détenir en stock 90% des médicaments exploités en France, les officinaux n'ont pas d'obligation similaire (76). Les pharmaciens organisent leur gestion de stock à l'aide des LGO. Ces logiciels permettent d'optimiser les stocks mais les pharmaciens doivent être vigilants à détenir certaines molécules malgré leur faible rotation (ex : Fentanyl, Oxycodone, ...). Les SP nécessitent des médicaments et du matériel peu courant (ex : Scopolamine ou Sondes urinaires) disponible plus rapidement. Pour améliorer cet accès, les participants ont proposés (Q14m et Q25p) des réunions/entretiens pluriannuelles sur les stocks minimaux à détenir, des visites à domicile communes, une transmission électronique dès la rédaction de l'ordonnance, un infirmier qui fait l'interface ... Si des médicaments/matériels sont absents de l'officine avec un grossiste répartiteur qui les livre trop tardivement au vu de la situation, l'officinal pourrait se fournir exceptionnellement chez un confrère.

- **Réexpliquer les thérapeutiques & les prescriptions anticipées (78,5%)**

Lors d'une délivrance, le pharmacien doit s'assurer de la bonne compréhension du traitement par son patient. C'est une des missions qui est au cœur de son métier. Le domaine palliatif est associé à la polymédication et aux médicaments utilisés hors AMM (ex : Lidocaïne IV utilisé comme co – antalgique) (77). Par conséquent, le risque d'erreurs par le patient ou leurs aidants est plus important. Ainsi, les participants accordent aux pharmaciens un rôle de conseils pour l'usage des médicaments et de compréhension des prescriptions pour réduire le risque iatrogène. Notre revue de littérature vient corroborer ce rôle (27,28,30,31,33–35).

Pour aller plus loin, aux Q14m et Q25p, des médecins ont évoqué un rôle clinique. Ils proposeraient un pharmacien, les conseilleraient sur les médicaments et la gestion des effets indésirables. Il serait intéressant d'étudier les attentes des médecins sur les conseils des pharmaciens dispensés aux patients. De même, il faudrait interroger les pharmaciens sur leurs besoins de formations en SP. Je pense qu'un accès à l'intégralité des traitements pris est nécessaire. Cela permettrait au pharmacien d'avoir une vue d'ensemble des traitements et de formuler des conseils encore plus personnalisés. De surcroît, cela éviterait de formuler de mauvais conseils à cause de médicaments issus de rétrocession/dispensation hospitalière. Par exemple, le Ritonavir est rétrocédable dans la prise en charge du VIH mais c'est un inhibiteur des P-gp et du CYP 3A4 donc responsable de nombreuses IAM (78).

- **Les autres rôles**

Participer à des réunions pluridisciplinaires :

Les pharmaciens pensaient significativement avoir besoin de participer à des réunions pluridisciplinaires. Il est intéressant de constater que du côté des médecins, ils perçoivent moins cette nécessité avec seulement 53,4% des répondants qui sont de cet avis. On suppose que les pharmaciens veulent mieux appréhender la prise en charge, améliorer la gestion de stock et être plus conciliant sur les avances de traitements.

Informé et surveiller des pratiques d'automédication et médecines douces :

Les pharmaciens pensaient significativement avoir un rôle de surveillance des pratiques d'automédications. Ils sont bien placés pour surveiller d'éventuelles dérives de patients vers des médecines alternatives avec des potentiels risques pour leur santé (ex : l'huile essentielle de Sauge officinale – *Salvia officinalis* L. présente un risque neurotoxique (79)). On suppose que les pharmaciens ont conscience de l'accompagnement nécessaire à toute prise de thérapeutiques, particulièrement en SP.

Préparer les Dose à Administrer :

Cette activité a un fort potentiel pour améliorer l'observance et le bon usage des médicaments (80). Néanmoins cette activité n'est pas prise en charge par la sécurité sociale pour les soins de ville et tant que cela restera ainsi cette activité ne se développera pas.

Nous avons constaté que médecins et pharmaciens ont des représentations similaires. Les participants ont donc attribué des rôles aux officinaux mais comment les pharmaciens pourraient coopérer avec les médecins ?

5. Améliorer la coopération médecin – pharmacien

Dans cette dernière thématique explorée par les Q14m et Q25p, tous les participants y ont eu accès. Nous évoquons les thèmes abordés par ceux – ci pour favoriser la coopération médecins – pharmaciens.

5.1 La communication

C'est le thème majeur avec 65,6% des participants totaux, 59,6% des médecins et 85,4% des pharmaciens. Ainsi 137 participants incitent à augmenter et/ou améliorer leur communication. De l'étude de la DREES de 2008, on apprenait qu'au cours des 15 jours précédents, 85% des médecins sondés ont été contactés par des pharmaciens. Ces professions sont donc régulièrement en contact (5). Dans notre étude, nous avons vu que les médecins ne se sentent pas appelés mais quand les médecins et les pharmaciens communiquent ensemble, ils sont satisfaits à 91,8%. La littérature montrait également dès que ces professionnels communiquent, ils évoquent une bonne coopération (68,69). Le T-Test montrait que les pharmaciens pensent significativement plus que le thème de la « *Communication* » est important. On peut donc indiquer que médecins et pharmaciens souhaitent plus communiquer, avec des pharmaciens ressentant plus fortement ce besoin.

Concernant les moyens des communications cités par les participants, il ressort principalement : le téléphone, la réunion et les mails. Le téléphone est la forme la plus rapide et pratique pour faire circuler l'information et résoudre un problème. Les réponses à propos des réunions supposaient des moments d'échanges plus longs et de faire intervenir d'autres professions. Concernant les mails, ils supposaient un échange d'informations plus facile, de prendre le temps d'échanger et de se coordonner. A noter que les messageries de santé sécurisées sont régulièrement citées. La littérature évoquait différentes formes de coopération (38,40–44) : des entretiens médecins – pharmaciens (réunion ou échange téléphonique ou courrier), des visites du pharmacien au domicile, ... Ces formes de coopérations furent évoquées par les participants.

Donc, on peut concevoir que médecins et pharmaciens devraient communiquer par des entretiens téléphoniques ou par des réunions.

Quelques participants ont évoqué de se regrouper sous formes de CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) ou en maison de santé, cela pourrait être une forme de coopération plus avancée. Il serait intéressant d'étudier s'il y a existence de coopération entre médecins et pharmaciens au sein de ces structures et sous quelle forme.

5.2 Les autres thèmes évoqués

Les autres thèmes évoqués étaient les « *infirmiers / paramédicaux* » et la « *gestions de stocks* » à 14,6% par les pharmaciens. Les autres thèmes avaient des résultats en deçà de 7%. Selon les pharmaciens, les infirmiers jouent un rôle important dans la prise en charge palliative. Ils pensent que la coopération devrait être tripartite médecins – pharmaciens – infirmiers. Ils évoquent aussi qu'ils devraient communiquer avec d'autres paramédicaux.

Concernant le thème de la « *gestion de stocks* », les participants réaffirment le besoin de détenir des stocks minimaux pour diverses molécules mais aussi de différentes galéniques. Certains évoquent d'adapter la délivrance des morphiniques pour éviter que les patients se retrouvent avec d'importants stocks de différents morphiniques chez eux. Ils craignent un risque de confusion et donc d'erreurs.

Pour le thème « *Analyse/Opinion pharmaceutique* », des médecins évoquent leur besoin vis-à-vis du pharmacien. Ils recherchent des conseils sur : les galéniques disponibles, médicaments écrasables, alternatives thérapeutiques, gestions des effets indésirables et interactions médicamenteuses, proposer des solutions remboursables, ... Ce rôle était décrit dans la littérature (34). Pour aborder ce rôle de conseil en direction des médecins, il est important que les pharmaciens puissent renforcer leur connaissance par des DU (ex : DU Pharmacie clinique et personne âgée (81)) mais aussi par des ressources documentaires solides comme la liste des médicaments écrasables (82) et ceux utilisable par voie SC (83). Lorsque le faible capital veineux des patients palliatif et l'absence d'alternative empêchent l'administration par voie IV, un relai vers la voie SC devient une nécessité quand les patients ne peuvent plus prendre leur traitement par voie orale. Ce genre d'information est essentielle à connaître dans la pratique palliative, notamment si les pharmaciens veulent dispenser des conseils pertinents.

VI. Conclusion

Les prises en charge palliatives sont complexes. Lorsque les patients restent à leur domicile, les médecins généralistes comme les pharmaciens d'officines sont des acteurs majeurs de cette prise en charge. C'est pourquoi leur coopération devrait être un pilier évident pour assurer une prise en charge optimale du patient.

De cette étude, nous avons appris que médecins et pharmaciens coopèrent dans le contexte des SP. Les pharmaciens ont la sensation d'appeler régulièrement les médecins sans que ceux – ci en ai autant la perception, au sujet du matériel médical, des morphiniques et des ruptures de médicaments. Le rôle du pharmacien en SP est une évidence pour les participants. Médecins et pharmaciens considèrent que la livraison à domicile, l'anticipation des prescriptions et les conseils sur les thérapeutiques et les prescriptions anticipées ont un rôle essentiel en SP. Les participants concluaient par le besoin d'améliorer et/ou d'augmenter la communication avec différents moyens comme le téléphone, les réunions et les mails.

Au terme de cette étude, nous pourrions imaginer différents dispositifs ou organisations pour améliorer le rôle du pharmacien en SP. Une meilleure connaissance du caractère palliatif des situations nécessiterait une communication systématique par le DMP qui devrait être accessible aux pharmaciens. A défaut, le médecin hospitalier et/ou généraliste devrait alerter le pharmacien du patient. Concernant les traitements dispensés et les voies utilisées, des outils pourraient être mis à disposition des pharmaciens pour améliorer les connaissances des spécificités des SP. On pourrait imaginer que la plaquette sur la voie SC à disposition au CHU de Clermont – Ferrand soit en ligne sur le CESPARM ou sur les OMEDIT ou sur la Société Française de Pharmacie Clinique.

Dans notre exemple introductif, le médecin et le pharmacien ne se connaissaient pas. Pourtant l'état du patient nécessitait de bien appréhender sa situation palliative dans sa globalité. Si les professionnels avaient coopéré, le pharmacien aurait pu connaître (ou fournir) la pompe à morphine et ajuster le médicament au niveau de remplissage. Le médecin aurait informé des douleurs vives à la mobilisation d'où la présence de bolus. Le pharmacien aurait pu appeler le prescripteur plus légitimement et faire part de ses propositions de mettre en place de l'Instanyl® ou Oramorph®. Ce patient s'est retrouvé hospitalisé par une succession de manque de

coopération. Notre étude indique que les médecins généralistes ne se sentent pas dérangés par les appels des pharmaciens et comprennent le rôle de ces derniers, sans doute que la communication de ces résultats permettrait aux pharmaciens de se sentir plus légitime d'appeler le médecin.

Ce travail est un début de recherche. Il pose différentes questions, est – ce que cette coopération est spécifique aux prises en charges palliatives par rapport aux autres prises en charge ? En SP, est-ce que la coopération est plus importante, voire nécessaire ? Est-ce que ce sont justement les situations complexes de fin de vie qui poussent les professionnels de santé à plus coopérer ? Les médecins et pharmaciens sont acteurs de cette prise en charge mais quelle place occupent les infirmiers ? Pour le vérifier il faudrait une étude comparative en utilisant les données de cette première étude.

Le Doyen de l'UFR de Pharmacie,
Christiane FORESTIER

Le Président du Jury,
Éric BEYSSAC

VII. Annexes

Annexe I : Texte d'introduction des questionnaires.

« Chers Docteurs,

Je me présente, WLODARSKI Pierre, étudiant en 6ème année de pharmacie d'Officine à la faculté de Clermont – Ferrand.

Je réalise ma thèse d'exercice sur la « Relation Pharmaciens – Médecins dans la prise en charge à domicile de patients en soins palliatifs ».

L'objectif de cette étude est d'identifier les difficultés et les points forts de cette relation, puis de réfléchir à ce qui pourrait faciliter, voire renforcer le lien Médecins-Pharmaciens préexistant.

A l'issue de cette étude, des propositions d'amélioration de cette relation seront formulées.

Un questionnaire similaire est proposé aux médecins/pharmaciens.

Les soins palliatifs sont définis par la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs comme étant des :

« Soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire, en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance physique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. »

Pour qui : « Les patients atteints de maladie grave, évolutive mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale, quel que soit la pathologie ou l'âge du patient. »

Quand : « Il y a un bénéfice à débiter précocement l'accompagnement et les soins palliatifs lorsqu'un diagnostic de maladie grave est porté. La nature de l'aide reçue varie en fonction des besoins tout au long de l'évolution de la maladie. »

Afin de répondre au mieux à ces objectifs et de faciliter le traitement des données une fois recueillies, un questionnaire anonyme en ligne a été élaboré.

Les données restent confidentielles et sont utilisées uniquement dans le cadre de la thèse.

Ce questionnaire dure environ 5 minutes.

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Si vous le souhaitez, vous pouvez me contacter pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires : pierre.wlodarski@etu.uca.fr.

Merci pour votre participation,

Pierre Wlodarski. »

Annexe II : Définition des Soins palliatifs par la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs.

« « Soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire, en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance physique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. »

Pour qui : « Les patients atteints de maladie grave, évolutive mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale, quel que soit la pathologie ou l'âge du patient. »

Quand : « Il y a un bénéfice à débiter précocement l'accompagnement et les soins palliatifs lorsqu'un diagnostic de maladie grave est porté. La nature de l'aide reçue varie en fonction des besoins tout au long de l'évolution de la maladie. » »(3)

Annexe III : Verbalisation du ressenti des médecins après appels d'un pharmacien.

Liste des réponses :

- *Bon échange.*
- *Une collaboration efficiente au service de la sécurité des soins.*
- *RECHERCHE SOLUTIONS POUR LE PATIENT.*
- *Échange téléphonique ou courriel, cela évite es déplacements à la famille pour rien, bonne coordination et confiance.*
- *Complexité de prescrire, réticence des pharmacie perte de temps en papiers.*
- *Meilleure compréhension réciproque.*
- *Obliger de remplir tout un questionnaire pour avoir une perfusion de 500ml de glucose.*
- *Sécurisation des prescriptions.*
- *REASSURANCE , sérieux , coopération.*
- *A l'Ecoute.*
- *Pertinent.*
- *Collaboration.*
- *Solution apportée au problème d'approvisionnement.*
- *Échange constructif pour s'adapter à la situation.*
- *Engagement, collégialité.*
- *Efficace.*
- *Bons échanges dans l'intérêt du patient.*
- *Bonne communication avec le pharmacien avec qui j'ai l'habitude de travailler.*
- *Bonne coopération.*
- *Esprit de coopération.*
- *Bonne communication pour le bien du patient.*
- *Esprit collaboratif , sain.*

Annexe IV : Liste des réponses à la question Q14m.

- « Absence de réponses » : 28 réponses.
- « Aucune idée » : 3 réponses.
- « ? » : 2 réponses
- Les pharmaciens sont suffisamment réactifs par rapport aux prescriptions faites dans ce contexte (ou non d'ailleurs), les prescriptions restent assez simples à mon sens (antalgiques toujours disponibles), pour des situations très complexes la malade n'est en général plus à domicile et les soins sont donc effectués à l'hôpital.
- C'est déjà le cas mais en général ce sont des prises en charge HAD le mg n'est pas en relation directe avec le pharmacien en ville les mg travaillent peu les samedis et souvent que 4 jours dans la semaine donc les soins palliatifs sont forcément déficitaires et peu performants.
- Les thérapeutiques sont souvent gérées par les organismes de soins palliatifs type OIKIA donc je ne m'en occupe pas du tout.
- Je ne sais pas trop , mes prises en charge palliatives se font en HAD donc la pharmacie de ville est shuntée.
- Pas d'idée car pas de soucis en particulier avec les pharmacies dans ce cas-là.
- C'est compliqué. Plus on multiplie les intervenants , plus c'est compliqué.
- Le travail fourni par les pharmaciens actuellement me semble déjà adapté.
- Pour l'instant, je n'ai pas été confronté à la situation.
- « Je ne sais pas. »
- Ouïe
- Oui
- « , »
- « 0 »
- 2 réponses : communiquer.
- Sur mon lieu d'exercice, on travaille de manière coordonnée avec le pharmacien et les infirmières libérales pour les situations complexes au domicile dont font partie les situations de soins palliatifs grâce à la messagerie sécurisée SISRA (fil de conduction permettant de délivrer un message à tous les intervenants gravitant autour d'un même patient). Ça fonctionne bien et ça permet de gérer pas mal de situations épineuses. En complément d'une bonne connaissance des individus dans la vraie vie bien sûr.

- En étant proche géographiquement du patient pour une adaptation ultra-rapide des modifications thérapeutiques En ayant en stock des médicaments "utiles" en soins palliatifs : morphiniques, scopolamine... En ayant des possibilités de mise en place rapide de matériel au domicile : lit médicalisé, oxygénothérapie... En étant disponible pour aller au domicile du patient sans délai (ce qui nécessite de ne pas être seul à l'officine...) En utilisant les messageries de santé sécurisées.
- 1) Transmission directe de l'ordonnance de l'un à l'autre.
2) Relais au domicile pour vérifier que le matériel nécessaire et suffisant est disponible (médicaments, dispositifs de soins mais aussi nécessaire pour nursing, ...).
3) C'est nécessairement une relation tripartite : médecin/pharmacien/IDE.
4) Tracer les interventions pour savoir où l'on en est, ce qu'a exprimé le patient, la famille (projet, souhaits, ressentis, ...).
- C'est surtout avec les infirmiers que j'ai à faire pour les patients palliatifs, je n'ai pas tellement de besoin vis à vis du pharmacien. Sauf peut-être comme pour beaucoup d'autres situations : prévoir des boîtes de morphiniques et autres avec moins de quantité ! Quand on doit rester une forme puis une autre et changer tous les jours jusqu'à trouver la forme et posologie adéquate, on gaspi énormément de médicaments non utilisés.
- Faciliter la délivrance rapide de médicaments, même soumis à des règles particulières (ex : morphiniques, Midazolam, Zophren ...) ou bien des dispositifs médicaux (sondes gastriques, aspiration, sondes urinaires, poches de stomie...) + livraisons au domicile du patient. Être accessible au médecin pour discussion sur le choix optimal des traitements, des dosages, sur les alternatives etc...
- Les propositions de l'item précédents sont très bonnes. Avant tout une bonne communication, voire participation réunions pluridisciplinaires. Aide à la communication lors de la délivrance de médicament entre médicament systématique, médicament si besoin, et prescription anticipée.
- Aider à trouver la solution remboursable ou qui puisse être prescrite par le généraliste; accepter de faire l'avance de médicament pour que le patient ne se retrouve pas sans traitement notamment antalgique; réfléchir ensemble aux éventuelles interactions ou effets indésirables.
- Par le biais d'un classeur d'échange laissé sur place au domicile du patient, par mail également, ou contact téléphonique si plus urgent. Adaptation des posologies, Réponse thérapeutique insuffisante, signalement des effets secondaires ...

- Communiquer plus souvent. Désigner un pharmacien dans le protocole de l'HAD par exemple. Pouvoir donner les coordonnées du pharmacien au patient, qu'il puisse appeler jour et nuit et week-end si questions au sujet des médicaments.
- Téléphone, astreinte de disponibilité, maison de santé pluridisciplinaire avec un logiciel de coordination chez le pharmacien également qui lui permet de voir les prescriptions et les décisions médicales si besoin.
- Échanges réguliers et conseils pour s'assurer de la disponibilité/ qualité / surveillance des médicaments/ matériels nécessaires à la meilleure prise en charge possible du patient en soins palliatifs à domicile.
- Pour ma part, j'ai peu de contact direct avec les pharmaciens d'officine, sauf erreur de prescription de ma part. Prévoir une rencontre médecin / pharmacien / patient serait déjà un grand pas.
- Mieux s'accorder sur la quantité de morphiniques à délivrer (éviter de créer un gros stock à domicile mais avoir des réserves à l'officine pour ne pas en manquer si les besoins se majorent) ?
- Lorsque j'ai eu besoin, j'ai contacté les pharmaciens nous avons tenté de trouver des solutions les plus rapidement disponibles et les plus adaptés (trouble de la déglutition...) ensemble.
- Discussion sur les molécules disponibles en fonction de la voie d'abord (quels traitements en SC ?) ou des galéniques (formes adaptées pour aider la déglutition, médicaments écrasables ...).
- Amélioration des relations infirmières/médecins/pharmaciens, de la continuité des soins (ex : absence du médecin) des prescriptions anticipées. Quid avec l'HAD ? Pharmaciens hospitaliers ?
- Par l'accompagnement à la compréhension des thérapeutiques envers les proches, par l'anticipation des besoins, la communication avec le médecin des fragilités repérées le cas échéant.
- Le plus simple un avis téléphonique, puis une visite conjointe à domicile, un passage de l'un ou de l'autre au travail de chacun, verbalisation progressive des besoins et des atouts.
- Echange préalable à une situation palliative concernant les possibilités de mise à disposition de thérapeutiques ou matériel à usage palliatif (une à deux fois par an par exemple).

- Mise en place de protocoles, communication au pharmacien des comptes-rendus (hospitalisations, HAD, RCP), numéro direct pour avoir le pharmacien au téléphone.
- Prise en charge nécessitant l'aide du patient, des infirmières pour évaluer l'effets des traitements et réadaptation à la situation dans des délais courts.
- Discussion du cas au cas par cas. En début de prise en charge, point sur la situation régulière selon évolution état du patient, en lien avec HAD.
- En facilitant la communication entre – eux (messagerie sécurisée, ligne téléphonique directe) afin de sécuriser la famille, le patient et les IDE.
- Je connais bien les pharmaciens: on n'a pas de pb. Ils acceptent tous les ordos par tel que l'on régularise ensuite..... très bonne coopération.
- Connaissance des médicaments de la phase terminale, de leur prise en charge et pratique de coût raisonnable pour ce qui n'est pas remboursé.
- En participant à des réunions de concertations pluriprofessionnelles avec les autres professionnels de santé (IDE, kiné, médecins ...).
- Discussion sur les traitements, propositions de formes galéniques plus adaptées, d'alternatives thérapeutiques, par mail par exemple.
- Anticiper les prescriptions pour les patients douloureux et avancerons traitements prescrits avant que l'ordonnance soit remise.
- Un contact téléphonique est toujours plus aisé mais réfléchir à la rémunération du pharmacien et du médecin pour le temps passé.
- Outil informatique interconnecté avec l'aide de la carte vitale ou avec un numéro de prise en charge unique à chaque patient.
- Clarifier les rôles et attentes de chacun, utiliser une messagerie sécurisée, utiliser le DMP pour tracer les décisions.
- Réunion de concertation principalement, pour déterminer les objectifs de prise en charge et les souhaits du patient.
- Contact téléphonique systématique au début de la prise en charge puis ensuite selon les besoins de chacun.
- Réunions dans le cadre d'équipes de soins primaires. Communication par téléphone ou messagerie sécurisée.
- Pour l'instant, je fonctionne par échange téléphonique pour débrouiller les situations compliquées.

- Accès au dossier patient via DMP. Échanges par SISRA MAILIZ ou en direct par téléphone personnel.
- Communication par messagerie sécurisée. Avoir les Tél des différents intervenants. Se coordonner.
- Visites au domicile du patient ensemble ; avoir une messagerie sécurisée pour communiquer.
- Communication téléphonique ou réunions pluridisciplinaires/ cahiers de correspondance.
- En collaborant sur les traitements avec les interactions, CI, effets indésirables...
- Anticipation, Démarche collégiale, Conseils, Information sur nos métiers respectifs.
- Communiquer si besoin. Savoir dans quelle pharmacie le patient s'approvisionne....
- S'appeler directement facilement en se donnant les mails ou numéro de tel portable.
- Mieux se connaître au préalable, rédaction de protocole de taches selon situation.
- Dans mon secteur des associations (centre Léon Berard - HAD) gèrent cet aspect.
- Préparer des protocoles qui soient validés par ARS selon certaines situations.
- Réseau de soins /Pôle de santé/Logiciel commun/Réunion pluriprofessionnelles.
- En se connaissant bien, et sachant qui est le pharmacien dans tel situation.
- Se voir régulièrement pour discuter autour du dossier des patients concernés.
- Dans la continuité des relations confraternelles voire amicales du quotidien.
- Correspondant fixe pour un patient , rôle défini du pharmacien "pro actif".
- Au cas par cas, gardons la souplesse. Pas de réunion formaliste systématique.
- Meilleure communication et un téléphone ou courriel dédié ... Ou SISRA ...
- Cahier de liaison virtuel où l'on pourrait échanger sur la thérapeutique.
- En relation avec les équipes mobiles de soin palliatif et sur protocoles.
- Créer une voie de communication unique, fiable, protégée et s'en servir.
- Echange de pratique ; élaboration de protocole ; suivi régulier.
- Assurer disponibilité rapide des médicaments rarement utilisés.
- Avoir des contacts réguliers et une habitude de travail commun.
- Concertation hebdomadaire systématique durant PEC palliative.
- Moments de concertation, échanges, d'après des cas pratiques.
- S'appeler une fois/semaine ou mois pour échanger sur le patient.
- Réunions pluriprofessionnelles sur les cas complexes +++++

- Oui bien certainement , nous manquons de coordination...
- Mise en place dossier commun, réunions de concertation.
- Au sein de MSP, en participant aux visites à domicile.
- Avoir des discussions téléphoniques en cas de besoin.
- Nous échangeons facilement pour le bien des patients.
- Pouvoir échanger rapidement via WhatsApp par exemple.
- Courrier / contact téléphonique. Dossier partagé?
- Oui : en facilitant la délivrance des traitements.
- Ne pas passer toujours par les sociétés privées.
- En échangeant lorsqu'il y a lieu par téléphone.
- Rencontre et concertation avec les IDE aussi.
- Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle.
- Réunions par réseaux de soins à domicile.
- Réunions pluridisciplinaires (type CPTS).
- Mettre en place des fiches-types de PEC.
- Réunions de coordination et de synthèse.
- Avec de la coordination pour les soins.
- Plus de communication, appels, réunion.
- Participer aux réunions de coordination.
- S'appeler si question / interrogation.
- Le téléphone, le mail, le café....
- Téléphone ou messagerie sécurisée.
- Avoir un dossier médical commun.
- Entretien / MAILIZ / téléphone.
- En se contactant régulièrement.
- En communiquant régulièrement.
- Réunion pluri professionnelle.
- Communication par tel ou mail.
- Augmenter la communication.
- Avec des échanges réguliers.
- Communication téléphonique.
- Se contacter par téléphone.

- Avoir des temps d'échange.
- Ligne téléphonique dédiée.
- ACCORD SERVICE DE GARDE.
- Dossier médical partagé.
- Échanges téléphoniques.
- Se voir régulièrement.
- Contacts téléphoniques.
- Livraison à domicile.
- En communiquant plus.
- Outil informatique.
- Gestion des stocks.
- En communiquant.
- Se rencontrer.
- Par téléphone.
- Tel ou mail.
- Par mail.
- Echanger.
- Mail.

Annexe V : Liste des réponses à la question Q25p.

- Prévenir le pharmacien du retour au domicile de manière anticipée pour organiser ce retour; informer sur le mode de prise en charge du malade ; car si HAD = facturation du pharmacien interdite avec n° immatriculation du malade. Le médecin doit s'informer sur le pharmacien qui a été choisi par le malade et/ou le pharmacien doit faire savoir qu'il reste disponible pour accompagner son patient tout en sachant que la prise en charge peut lui échapper en partie ou en totalité.
- Contacter OBLIGATOIREMENT le Pharmacien Titulaire du patient, par mail et téléphone ou télémédecine lors de chaque sortie hospitalière; avec l'ordonnance de sortie et compte rendu :
 - Des soins infirmiers.
 - Et pathologiques.
 - Et/ ou radiologiques.
 - Et/ou sanguin.
 - Résultats des analyses biologiques.
- En continuant leur association, très bien en place en milieu rural où chaque professionnel à son rôle propre, sans vouloir écraser les uns ou les autres, comme fait le HAD qui se dit performant mais qui est incapable de gérer les urgences des fins de semaine(sans parler des week-end).
- Par mail ou sms pour gagner du temps concernant nos patients, et surtout avec du dialogue car nos 2 métiers se complètent, sans oublier les infirmiers qui sont indispensables dans tout cela.
- Entretien à l'instauration du traitement en présentiel ou via un contact téléphonique. Prévoir la présence de l'infirmier également. Notamment par rapport au matériel PCA... et produits.
- Communiquer sur nos patients communs lors de réunions avec les autres professionnels de santé afin d'améliorer la prise en charge (effets indésirables, inobservance ...).
- Communication par mail, 1 fois par semaine sur les patients pour se tenir au courant de l'évolution de ses traitements et de son état.
- Pouvoir discuter de chaque cas permettrait au médecin d'exposer la problématique et au pharmacien de proposer certaines solutions.

- Logiciel MONALI, pour faciliter la relation médecin/malade/pharmacien/infirmier/kiné ; également via messagerie sécurisée.
- Les médecins /infirmiers pourraient envoyer avant la sortie du malade les prescriptions/recommandations à la pharmacie.
- Anticiper les sorties hospitalières pour que les produits soient disponibles à la pharmacie le jour de la sortie.
- Formation commune, communication, être conscient du rôle que peut apporter chaque professionnel de santé.
- Anticiper les besoins des patients et la prise en charge de l'aide à de la famille ou aux aidants.
- Réunion d'information de l'état du patient en relais avec les infirmiers qui gèrent sur place.
- Réunion téléphonique au moins 1 fois par semaine voir 1 fois par mois au domicile du patient.
- Coordination des soins et de l'accompagnement, anticipation soins/ordonnances/matériels.
- Communiquer par le DMP, par boîte mail sécurisée ou système de chat instantané.
- Anticiper les prescriptions et avoir des renseignements médicaux sur le patient.
- Réunion pour faire le point et établir des protocoles de délivrance si besoin.
- En se regroupant d'abord au sein de MSP pour ensuite constituer des CPTS.
- En milieu rural, c'est très facile. Les relations sont excellentes. RAS.
- Communications pharmaciens/médecins/infirmiers++++/aide à domicile+++.
- Contact téléphonique chaque fois que nécessaire et réunion mensuelle.
- Avec plus de communication et de dialogue (mail, dossier patient ...).
- Communication régulière 1 fois/semaine mail, téléphone,.....
- Actuellement contact téléphonique pour anticiper le traitement.
- Par des rencontres physiques au domicile du patient.
- Réunions et communication par messagerie sécurisée.
- En échangeant facilement par rapport au patient.
- Améliorer la retransmission des informations.
- Réunion téléphonique ou rencontre physique.
- Communication plus présente réunion mail.
- Coordination via messagerie sécurisée.

- Réunion de concertation régulière.
- En se regroupant en réseaux.
- Réunion pluridisciplinaire.
- Par des contacts fréquents.
- En travaillant à égalité.
- Réunion de coordination.
- Réunion de concertation.
- Réunions collégiales.
- Collaboration orale.
- Je ne sais pas.
- En dialoguant.
- Mail.
- CPTS.
- Oui.
- « ? »

Annexe VI : Liste des activités médicales exercées par les médecins en parallèle de l'activité libérale.

Activités médicales complémentaires	Nombres	Pourcentages
Chef de Clinique Universitaire en Médecine Générale	2	6,3%
APEI	1	3,1%
Médecin crèche	4	12,5%
Maitre de Stage Universitaire	4	12,5%
Centre de Contraception et d'Interruption Volontaire de Grossesse	1	3,1%
Médecin sport	1	3,1%
Enseignant médecine générale	1	3,1%
EHPAD	10	31,3%
Médecin SAMU correspondant	2	6,3%
Médecin Pompier	2	6,3%
Réseau RéPPOP	1	3,1%
ETP MSA	1	3,1%
Gériatre	1	3,1%
Urgentiste	1	3,1%
Thermale	1	3,1%
Allergopédiatrie	1	3,1%
Tuteur	2	6,3%
Planning familiale	1	3,1%
CSAPA	1	3,1%
Régulateur 15	1	3,1%
Foyer d'Accueil Médicalisé	1	3,1%

n médecins = 32

Annexe VII : Liste des activités développées par les pharmaciens.

Spécialité	Nombre de pharmacies	
Parapharmacie	5	10,4%
Orthopédie	31	64,6%
Maintien a Domicile	25	52,1%
Néant	9	18,8%
Autre	15	31,3%

n pharmaciens = 48

Pour la réponse « Autre », les pharmaciens mentionnaient 8 autres spécialités : les médecines naturelles, la pharmacie vétérinaire, l'homéopathie, la phytothérapie, l'aromathérapie, les Préparation de Dose à Administrer (PDA), sous – traitant de préparation magistrale et la micronutrition.

Annexe VIII : Liste des réseaux de santé auxquels appartiennent ou ont appartenu les pharmaciens.

Réseau de santé	Nombre de pharmacies	
Cardiauvergne	16	61,5%
Palliadom	4	15,4%
HAD	4	15,4%
Cancérologie	3	11,5%
RASP 03	3	11,5%
Oncauvergne	1	3,8%
Réseau diabète département	3	11,5%
Cardiologie	2	7,7%
Azalée	1	3,8%
Réseau métabolique Allier	1	3,8%

n pharmaciens = 26.

Certains pharmaciens participaient à plusieurs réseaux de santé.

Les réseaux de santé « Palliadom » et « RASP 03 » (= Réseau d'Accompagnement et de Soins Palliatifs) étaient des structures de SP. Parmi les pharmaciens répondants 26,9% avaient déjà participé à des réseaux de SP.

Annexe IX : Nombre de participants ayant pris en charge au moins une situation palliative en 2019.

Prendre en charge au moins une situation palliative	Médecins		Pharmaciens		Total	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Oui	141	87,6%	36	75,0%	177	84,7%
Non	20	12,4%	12	25,0%	32	15,3%
Total	161	100,0%	48	100,0%	209	100,0%

n médecins = 161 ; n pharmaciens = 48

Annexe X : Nombre de situations palliatives prises en charge par les médecins généralistes en 2019.

Nombre de Situation palliative rencontrés	Nombre de Médecins		Nombre total de situation palliative rencontré
0	20	12,4%	0
1	37	23,0%	37
2	37	23,0%	74
3	29	18,0%	87
4	6	3,7%	24
5	15	9,3%	75
6	2	1,2%	12
8	3	1,9%	24
10	8	5,0%	80
12	1	0,6%	12
20	2	1,2%	40
35	1	0,6%	35
Total	161	100,0%	500

n médecins = 161

Annexe XI : Nombre de situations palliatives prises en charge par les pharmaciens en 2019.

Fréquence de délivrance	Nombre de Pharmaciens		Nombre minimal de situation palliative rencontré en 2019	
Plus de 1 fois/mois	8	22,2%	2 fois/mois	192
1 fois/mois	5	13,9%	1 fois/mois	60
3 à 6 fois/an	14	38,9%	3 fois/an	42
1 fois/an	9	25,0%	1 fois/an	9
Total	36	100,0%	Total	303

n pharmaciens = 36

Annexe XII : Nombre de situations palliatives prises en charge par l'ensemble des participants en 2019.

Participants	Nombre de situations palliatives totales	
	Médecins	500
Pharmaciens	303	37,7%
Total	803	100%

n médecins = 161 ; n pharmaciens = 36

Annexe XIII : Nombre de médecins appelés et nombre de pharmaciens appelant pour des prescriptions de SP en 2019.

Appelés	Médecins		Appels	Pharmaciens	
Oui	26	16,1%	Oui	23	63,9%
Non	135	83,9%	Non	13	36,1%
Total	161	100,0%	Total	36	100,0%

n médecins = 161 ; n pharmaciens = 36

Annexe XIV : Ressentis des participants à la suite des appels.

Ressenti	Médecin		Pharmacien		Total	
Positif	24	92,3%	21	91,3%	45	91,8%
Négatif	2	7,7%	2	8,7%	4	8,2%
Total	26	100,0%	23	100,0%	49	100,0%

n médecins = 26 ; n pharmaciens = 23

Annexe XV : Ressentis des médecins à la suite des appels pour les prescriptions de SP en 2019.

Thèmes	Ressentis des Médecins	
Absence d'avis	4	15,4%
Agacement	2	7,7%
Collaboration	10	38,5%
Communication	15	57,7%
Au service du patient	5	19,2%

n médecins = 26

Annexe XVI : Nombre de médecins s'interrogeant sur l'identité de l'interlocuteur (pharmacien/préparateur).

Interrogation	Nombre de Médecins	
Oui	11	42,3%
Non	15	57,7%
Total	26	100,0%

n médecins = 26

Annexe XVII : Motifs des appels aux médecins concernant les prescriptions de SP en 2019.

Motifs d'appels	Médecin		Pharmacien		Total	
	N	%	N	%	N	%
Traitement hors AMM	2	7,7%	3	13,0%	5	10,2%
Interactions médicamenteuses	7	26,9%	5	21,7%	12	24,5%
Informations sur la pathologie	5	19,2%	5	21,7%	10	20,4%
Précisions sur un traitement inconnu	2	7,7%	5	21,7%	7	14,3%
Renseignements sur le matériel	10	38,5%	10	43,5%	20	40,8%
Ruptures de stocks / Tensions d'approvisionnement	9	34,6%	8	34,8%	17	34,7%
Prises en charge sécurité sociale	3	11,5%	2	8,7%	5	10,2%
Prescriptions anticipées	4	15,4%	4	17,4%	8	16,3%
Problématiques en lien avec les morphiniques	8	30,8%	11	47,8%	19	38,8%
Produits réservés à la prescription hospitalière	N/A	N/A	3	13,0%	N/A	N/A
Autres	2	7,7%	2	8,7%	4	8,2%

n médecins = 26 ; n pharmaciens = 23

Deux médecins citèrent à la proposition « Autre » :

- « Procédure de perfusion sous cutanées »
- « Prescription de perfusion réhydratation ».

Deux pharmaciens citèrent à la proposition « Autre » :

- « Car l'ordonnance n'était pas rédigée correctement »
- « Pour des ordonnances imprécises et comportant des médicaments hospitaliers ».

Annexe XVIII : Ressentis des pharmaciens lors d'une prise en charge dans des structures de SP d'un de ses patients.

Ressenti	HAD		Réseau de santé		Prestataire de service		EHPAD		Hôpital	
Négativement	10	28%	1	3%	7	19%	3	8%	4	11%
Plutôt négativement	9	25%	3	8%	10	28%	3	8%	6	17%
Ni positifs, ni négatif	11	31%	19	53%	12	33%	15	42%	10	28%
Plutôt positivement	5	14%	10	28%	5	14%	12	33%	13	36%
Positivement	1	3%	3	8%	2	6%	3	8%	3	8%
Total	36	100%	36	100%	36	100%	36	100%	36	100%

n pharmaciens = 36

Annexe XIX : Sentiment de responsabilités des pharmaciens vis-à-vis de leurs patients quand ils sont écartés du parcours de soins.

Sentiment de responsabilité	Nombre de Pharmaciens	
Oui	10	28%
Plutôt oui	9	25%
Ni oui, ni non	8	22%
Plutôt non	8	22%
Non	1	3%
Total	36	100%

n pharmaciens = 36

Annexe XX : Rôle des officinaux dans les SP.

Réponse	Médecin		Pharmacien		Total	
Oui	131	81,4%	46	95,8%	177	84,7%
Ne sait pas	24	14,9%	2	4,2%	26	12,4%
Non	6	3,7%	0	0,0%	6	2,9%
Total	161	100,0%	48	100,0%	209	100,0%

n médecins = 161 ; n pharmaciens = 48

Annexe XXI : Place supposée du pharmacien d'officine dans les SP selon les participants.

Propositions	Médecins		Pharmaciens		Total	
Participer à des réunions pluridisciplinaires	70	53,4%	39	84,8%	109	61,6%
Anticiper les prescriptions	116	88,5%	42	91,3%	158	89,3%
Préparation de Dose à Administrer	60	45,8%	28	60,9%	88	49,7%
Livraisons à domicile	120	91,6%	38	82,6%	158	89,3%
Informations et surveillances des pratiques d'automédication et médecines douces	72	55,0%	32	69,6%	104	58,8%
Aide à la gestion de la pharmacie personnelle	67	51,1%	23	50,0%	90	50,8%
Réexpliquer les thérapeutiques en place ou les prescriptions anticipées	103	78,6%	36	78,3%	139	78,5%
Autres	8	6,1%	8	17,4%	16	9,0%

n médecins = 131 ; n pharmaciens = 46 ; n participants total = 177

Huit médecins ajoutèrent à la proposition « *Autres* » :

- 1^{er} participant : « *Alerte du médecin généraliste si pratiques du patient ou de la famille incohérentes à la situation* »
- 2^{ème} participant : « *Être disponibles pour le médecin en cas de besoin de matériel ou médicaments urgent* »
- 3^{ème} participant : « *Proposition d'autres prescriptions de soins de confort que le médecin aurait oublié* »
- 4^{ème} participant : « *Les 2 cases non cochées me semble plus être du ressort des ide* »
Ce participant parle des propositions : « *Préparations des Doses à Administrer* » et de l' « *aide à la gestion de la pharmacie personnelle* »
- 5^{ème} participant : « *Pas forcément des réunions pluridisciplinaires, mais relation par mail par ex avec les différents intervenants* »
- 6^{ème} participant : « *Soutien aux aidants en proposant des compléments de soins* »
- 7^{ème} participant : « *Personnellement, on a toujours une interface infirmiers à domicile qui fait un gros travail de liaison* »
- 8^{ème} participant : « *Éviter les doublons avec les génériques* »

Huit pharmaciens ajoutèrent à la proposition « *Autres* » :

- 1^{er} participant : « *Aide administrative* »
- 2^{ème} participant : « *Dossier médical partagé bilan sanguin, radio, compte rendu de sortie hospitalière* »
- 3^{ème} participant : « *Responsabiliser une personne de l'officine dédiée à ce patient* »
- 4^{ème} participant : « *Comme pharmacien référent* »
- 5^{ème} participant : « *Réactivité de la structure officinale* »
- 6^{ème} participant : « *Relationnelle +++* »
- 7^{ème} participant : « *Réponse aux questions des infirmiers sur l'utilisation des produits, le hors AMM. Relation +++ avec les infirmiers pour le suivi* »
- 8^{ème} participant : « *Réunion et concertation plus fréquentes avec les médecins et les infirmiers* »

Annexe XXII : Thèmes évoqués pour optimiser la prise en charge des patients en SP selon les participants.

Thèmes	Médecin		Pharmacien		Total	
Communication	96	59,6%	41	85,4%	137	65,6%
Infirmier / Paramédical	8	5,0%	7	14,6%	15	7,2%
Absence d'avis	46	28,6%	2	4,2%	48	23,0%
Morphiniques	4	2,5%	0	0,0%	4	1,9%
HAD	7	4,3%	2	4,2%	9	4,3%
Livraison	2	1,2%	0	0,0%	2	1,0%
Astreinte	3	1,9%	0	0,0%	3	1,4%
Matériel médical	5	3,1%	1	2,1%	6	2,9%
Réglementations :	6	3,7%	1	2,1%	7	3,3%
Gestion de stock :	11	6,8%	7	14,6%	18	8,6%
Analyse/Opinion pharmaceutique :	9	5,6%	3	6,3%	12	5,7%
Aidant :	3	1,9%	1	2,1%	4	1,9%
Prescription anticipée :	2	1,2%	0	0,0%	2	1,0%

n médecins = 161 ; n pharmaciens = 48 ; n participants total = 209

Annexe XXIII : Moyens de communication évoqués pour optimiser les SP selon les participants.

Moyens de communication	Médecins		Pharmaciens		Total	
Mail / Messagerie sécurisé :	18	18,8%	11	26,8%	29	21,2%
Téléphone :	32	33,3%	8	19,5%	40	29,2%
Messagerie instantanée :	1	1,0%	1	2,4%	2	1,5%
Réunion physique :	23	24,0%	15	36,6%	38	27,7%
Logiciel :	3	3,1%	1	2,4%	4	2,9%
DMP et associés :	7	7,3%	2	4,9%	9	6,6%
Maison santé / CPTS :	3	3,1%	2	4,9%	5	3,6%
Réseau de santé :	2	2,1%	1	2,4%	3	2,2%
Cahier de transmissions physiques / numériques :	4	4,2%	0	0,0%	4	2,9%
Courrier :	1	1,0%	0	0,0%	1	0,7%
Moyens non cité :	34	35,4%	13	31,7%	47	34,3%

n médecins = 96 ; n pharmaciens = 41 ; n participants total = 137

Annexe XXIV : Questionnaires.

Dans quelle tranche d'âge vous situez - vous?

- 20-29 ans
- 30-39 ans
- 40-49 ans
- 50-59 ans
- 60-69 ans
- Plus de 70 ans

Figure 9 question n°1 médecin et pharmacien

Votre sexe :

- Homme
- Femme

Figure 10 : question n°2 médecin et pharmacien.

Vous êtes Pharmacien

- Titulaire
- Adjoint

Figure 11 : question n°3 pharmacien.

Dans l'Officine, le nombre de personnels est de :

- 1 à 3
- 4 à 6
- 7 à 9
- 10 à 12
- Plus de 12

Figure 12 : question n°4 pharmacien.

Vous exercez dans un milieu :

- Rural
- Semi - Rural
- Urbain

Figure 13 : question n°3 médecin.

L'Officine est située dans un milieu :

- Rural (< 5 000 habitants)
- Petite ville (< 50 000 habitants)
- Ville moyenne (50 - 200 000 habitants)
- Grande ville (> 200 000 habitants)

Figure 14 : question n°5 pharmacien.

C'est une Officine de :

- Quartier.
- Centre - ville.
- Périphérique.
- Centre - commerciale.

Figure 15 : question n°6 pharmacien.

Si vous exercez une activité médicale parallèle à votre activité libérale (ex : médecin coordonnateur d'EHPAD), veuillez le préciser svp. Si aucune autre activité, mettre 0.

Figure 16 : question n°4 médecin.

L'Officine a – t – elle développé plus spécialement :

- La parapharmacie.
- L'orthopédie.
- Le maintien à domicile.
- Néant.
- Autre...

Figure 17 : question n°7 pharmacien.

Appartenez-vous à une structure de coordination (CPTS, association, réseau de libéraux informels, ...) ?

[Masquer les options](#) ^

- Oui
- Non

Figure 18 : question n°8 pharmacien.

Avez-vous déjà coopéré avec des réseaux de soins (diabétologie, cardiologie, ...) ? Si Oui, lequel(s) ? Si non, mettre 0.

Figure 19 : question n°9 pharmacien.

Combien de situations palliatives avez – vous pris en charge durant l'année 2019 ?

Figure 20 : question n°5 médecin.

Avez – vous déjà délivré des prescriptions en lien avec les Soins Palliatifs en 2019 ?

Masquer les options ^

- Oui
- Non

Figure 21 : question n°10 pharmacien.

A quelle fréquence ?

- > 1 fois/mois.
- 1 fois/mois.
- 3 à 6 fois/an.
- 1 fois/an.

Figure 22 : question n°11 pharmacien.

Etes – vous à l'aise avec ce type de prescription ?

- Oui
- Plutôt oui
- Ni oui, ni non
- Plutôt non
- Non

Figure 23 : question n°12 pharmacien.

Des pharmaciens vous ont-ils appelés par rapport aux prescriptions que vous avez rédigées dans ce contexte ?

Masquer les options ^

- Oui
- Non

Figure 24 : question n°6 médecin.

Avez - vous déjà eu besoin d'appeler un médecin concernant ses prescriptions dans ce contexte ?

Masquer les options ^

- Oui
- Non

Figure 25 : question n°13 pharmacien.

Pour quelle(s) raison(s) ? (Plusieurs réponses possibles) *

- Pour un traitement Hors AMM.
- Pour des Interactions médicamenteuses.
- Pour avoir des informations sur la pathologie (diagnostic, traitement spécifique de la maladie ...).
- Pour avoir des précisions sur un traitement qu'ils ne connaissaient pas.
- Pour avoir des renseignements sur le matériel prescrit (Orthopédie / Maintien à domicile / Pansement / ...).
- Pour des ruptures de stocks / difficultés d'approvisionnement (Médicaments / Matériels).
- Pour des problèmes de prise en charge par la Sécurité Sociale.
- Pour des prescriptions anticipées.
- Pour des problématiques en lien avec les morphiniques.
- Autre...

Figure 26 : question n°7 médecin.

Quels sont les problèmes que vous avez rencontrés ? (Plusieurs réponses possible) *

- Pour un traitement Hors AMM.
- Pour des Interactions médicamenteuses.
- Pour avoir des informations sur la pathologie (diagnostic, traitement spécifique de la maladie ...).
- Pour avoir des précisions sur un traitement inconnu (médicaments hospitaliers).
- Pour avoir des renseignements sur le matériel prescrit (Orthopédie / Maintien à domicile / Pansement / ...).
- Pour des ruptures de stocks / difficultés d'approvisionnement.
- Pour des problèmes de prise en charge par la Sécurité Sociale.
- Pour des prescriptions anticipées.
- Pour des problématiques en liens avec les morphiniques.
- Pour des produits réservés à la Prescription Hospitalière.
- Autre...

Figure 27 : question n°14 pharmacien.

A la suite de vos échanges téléphoniques, quel a été votre ressenti ?

Masquer les options ^

- Positif
- Plutôt positif
- Ni positif, ni négatif
- Plutôt négatif
- Négatif

Figure 28 : question n°8 médecin.

Précisez votre ressenti, en un ou plusieurs mots :

Figure 29 : question n°9 médecin.

Lors de ces appels, avez – vous eu des problèmes relationnels avec un Médecin ?

Masquer les options ^

- Oui
- Non

Figure 30 : question n°15 pharmacien.

Lesquels ?

- Refus de dialogue.
- Absence de réponse/Injoignable.
- Divergence d'opinion.
- Autre...

Figure 31 : question n°16 pharmacien.

Ces problèmes ont – ils affectés vos relations avec le Médecin ?

Masquer les options ^

- Oui
- Plutôt oui
- Ni oui, ni non
- Plutôt non
- Non

Figure 32 : question n°17 pharmacien.

Vous êtes – vous demandé qui était votre interlocuteur (pharmacien/préparateur) ?

Masquer les options ^

- Oui
- Non

Figure 33 : question n°10 médecin.

Quelle a été l'issue de la délivrance ?

- Refus de délivrance.
- Délivrance (en désaccord avec le prescripteur).
- Délivrance (en accord avec le prescripteur).

Figure 34 : question n°18 pharmacien.

Vous avez refusé une délivrance.

Description (facultative)

Pour quelle(s) raison(s)?

Réponse courte

Figure 35 : question n°19 pharmacien.

La prise en charge de vos patients par des structures de Soins Palliatifs a – t – elle affecté le suivi de vos patients ?

Description (facultative)

Comment ? *

	Négativement	Plutôt négative...	Ni positif, ni né...	Plutôt positive...	Positivement
HAD	<input type="radio"/>				
Réseau de santé	<input type="radio"/>				
Prestataire de ...	<input type="radio"/>				
EHPAD	<input type="radio"/>				
Hôpital	<input type="radio"/>				

Figure 36 : question n°20 pharmacien.

Dans une situation où vous, vous retrouvez écarté du parcours de soin de votre patient (HAD, Hôpital, ...). Vous sentez – vous encore responsable de lui ?

- Oui
- Plutôt oui
- Ni oui, ni non
- Plutôt non
- Non

Figure 37 : question n°21 pharmacien.

Pensez – vous que les Pharmaciens d’Officine puissent apporter une aide dans les Soins Palliatifs (ex : prévoir le stock) ?

Description (facultative)

Question

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Figure 38 : question n°11 médecin – n°22 pharmacien.

Comment ? (Plusieurs réponses possibles) *

- Participer à des réunions de coordination pluridisciplinaires.
- Anticiper la disponibilité de certaines prescriptions (ex: médicaments/matériel à commander au préalable d'un retour à domicile ...).
- Préparation de Dose à Administrer (« pilulier »).
- Livraisons à domicile.
- Information des patients et surveillance des pratiques d'automédication et autres « médecines douces » qui pourraient interagir avec la médecine classique.
- Aide à la gestion de la pharmacie personnelle à domicile.
- Réexpliquer les thérapeutiques en place ou les prescriptions anticipées (indications, utilisation, réassurance...).
- Autre : _____

Figure 39 : question n°12 médecin – n°23 pharmacien.

Vous pensez que les Pharmaciens d'Officine ne peuvent pas apporter une aide dans les Soins Palliatifs.

Pourquoi ? - Réponse libre

Figure 40 : question n°13 médecin – n°24 pharmacien.

Selon vous, comment les médecins et les pharmaciens pourraient-ils travailler ensemble pour optimiser les prises en charge palliatives ? - Réponse libre

Figure 41 : question n°14 médecin – n°25 pharmacien.

Bibliographie

1. Rapport de l'Observatoire national de la fin de vie (ONFV) – Mars 2013 - APHP DAJDP [Internet]. [cité 30 nov 2020]. Disponible sur:
<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/rapport-de-lobservatoire-national-de-la-fin-de-vie-onfv-mars-2013/>
2. Fin de vie - Soins palliatifs [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2731882/fr/fin-de-vie-soins-palliatifs
3. Les soins palliatifs en France | SFAP - site internet [Internet]. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/rubrique/les-soins-palliatifs-en-france>
4. Article 36 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879483
5. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. :8.
6. Soins palliatifs [Internet]. [cité 18 juill 2019]. Disponible sur:
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
7. circulaire-laroque.pdf [Internet]. [cité 9 mars 2021]. Disponible sur:
<http://www.sfap.org/system/files/circulaire-laroque.pdf>
8. Bioéthique : quelle prise en charge de la fin de vie ? [Internet]. Vie publique.fr. [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/eclairage/19353-bioethique-quelle-prise-en-charge-de-la-fin-de-vie>
9. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
10. Section 1 : Des droits du malade accueilli dans un établissement de santé (Articles L710-1 à L710-3-1) - Légifrance [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006694588/1999-06-10>
11. Les documents et les textes officiels | SFAP - site internet [Internet]. [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/rubrique/les-documents-et-les-textes-officiels>
12. Bulletin Officiel n°2002-12 [Internet]. [cité 11 mai 2021]. Disponible sur:
<https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-12/a0121073.htm>
13. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1). 2005-370 avr 22, 2005.
14. Circulaire n° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs - APHP DAJDP [Internet]. [cité 7 mars 2021]. Disponible sur:

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-dhoso2200899-du-25-mars-2008-relative-a-l-organisation-des-soins-palliatifs/>

15. Résumé du plan de développement des soins palliatifs 2008-2012 | SFAP - site internet [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/document/resume-du-plan-de-developpement-des-soins-palliatifs-2008-2012>
16. [fichesedation.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fichesedation.pdf) [Internet]. [cité 23 mai 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fichesedation.pdf>
17. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Loi fin de vie du 2 février 2016 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/findevie/ameliorer-la-fin-de-vie-en-france/article/loi-fin-de-vie-du-2-fevrier-2016>
18. Loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie [Internet]. Vie publique.fr. [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/loi/20948-droits-des-malades-et-des-personnes-en-fin-de-vie-sedation-profonde>
19. COMMUNIQUE DE LA SFAP - 11 MARS 2021 | SFAP - site internet [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/actualite/communique-de-la-sfap-11-mars-2021>
20. DICOM_astreinte, DICOM_astreinte. Lancement des travaux préparatoires à l'élaboration du prochain plan National de développement des soins palliatifs et d'accompagnement à la fin de vie [Internet]. 2021 [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/lancement-des-travaux-preparatoires-a-l-elaboration-du-prochain-plan-national>
21. Olivier Véran annonce un plan de développement des soins palliatifs [Internet]. Public Senat. 2021 [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.publicsenat.fr/article/parlementaire/olivier-veran-annonce-un-plan-de-developpement-des-soins-palliatifs-et-d>
22. CNEFUSP | SFAP - site internet [Internet]. [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/rubrique/cnefusp>
23. FORESTIER C. Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Pharmaceutiques [Internet]. Université Clermont Auvergne. Christiane FORESTIER; [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.uca.fr/formation/nos-formations/catalogue-des-formations/diplome-de-formation-approfondie-en-sciences-pharmaceutiques>
24. Larousse É. Définitions : coopération - Dictionnaire de français Larousse [Internet].

[cité 9 mai 2021]. Disponible sur:

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/coop%C3%A9ration/19056>

25. COOPÉRATION : Définition de COOPÉRATION [Internet]. [cité 11 mai 2021].

Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/coop%C3%A9ration>

26. Les protocoles de coopération [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 9 mai 2021].

Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2811738/fr/les-protocoles-de-cooperation

27. Ma JD, Tran V, Chan C, Mitchell WM, Atayee RS. Retrospective analysis of pharmacist interventions in an ambulatory palliative care practice. *J Oncol Pharm Pract*

[Internet]. 1 déc 2016 [cité 7 avr 2021];22(6):757-65. Disponible sur:

<https://doi.org/10.1177/1078155215607089>

28. Edwards Z, Ziegler L, Craigs C, Blenkinsopp A, Bennett MI. Pharmacist educational interventions for cancer pain management: a systematic review and meta-analysis. *Int J Pharm Pract* [Internet]. 2019 [cité 7 avr 2021];27(4):336-45. Disponible sur:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ijpp.12516>

29. Le V, Patel N, Nguyen Q, Woldu H, Nguyen L, Lee A, et al. Retrospective analysis of a pilot pharmacist-led hospice deprescribing program initiative. *J Am Geriatr Soc* [Internet].

[cité 7 avr 2021];n/a(n/a). Disponible sur:

<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.17122>

30. Edwards Z, Blenkinsopp A, Ziegler L, Bennett MI. How do patients with cancer pain view community pharmacy services? An interview study. *Health Soc Care Community*. juill 2018;26(4):507-18.

31. Edwards Z, Bennett MI, Blenkinsopp A. A community pharmacist medicines optimisation service for patients with advanced cancer pain: a proof of concept study. *Int J Clin Pharm*. juin 2019;41(3):700-10.

32. Thèse Aurore Gaillardet.pdf.

33. Atayee RS, Best BM, Daniels CE. Development of an ambulatory palliative care pharmacist practice. *J Palliat Med*. oct 2008;11(8):1077-82.

34. Hussainy SY, Box M, Scholes S. Piloting the role of a pharmacist in a community palliative care multidisciplinary team: an Australian experience. *BMC Palliat Care*. 31 oct 2011;10:16.

35. Akram G, Corcoran ED, MacRobbie A, Harrington G, Bennie M. Developing a Model for Pharmaceutical Palliative Care in Rural Areas-Experience from Scotland. *Pharm Basel Switz*. 16 févr 2017;5(1).

36. Disalvo D, Lockett T, Bennett A, Davidson P, Agar M. Pharmacists' perspectives on

medication reviews for long-term care residents with advanced dementia: a qualitative study. *Int J Clin Pharm*. août 2019;41(4):950-62.

37. Michot P, Catala O, Supper I, Bouliou R, Zerbib Y, Colin C, et al. Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique de la littérature. *Sante Publique (Bucur)* [Internet]. 6 août 2013 [cité 10 avr 2019];Vol. 25(3):331-41. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-3-page-331.htm>
38. Duncan P, Ridd MJ, McCahon D, Guthrie B, Cabral C. Barriers and enablers to collaborative working between GPs and pharmacists: a qualitative interview study. *Br J Gen Pract* [Internet]. 11 févr 2020 [cité 29 avr 2021];70(692):e155-63. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7015165/>
39. Cassagne J. Cardiauvergne : service de télésurveillance et de coordination des soins des insuffisants cardiaques apporte une réponse adaptée à la médecine de 1er recours. *Eur Res Telemed Rech Eur En Télémédecine* [Internet]. 1 déc 2015 [cité 27 avr 2021];4(4):142. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212764X15000709>
40. Saastamoinen LK, Klaukka TJ, Ilomäki J, Enlund H. An intervention to develop repeat prescribing in community pharmacy. *J Clin Pharm Ther*. juin 2009;34(3):261-5.
41. Denneboom W, Dautzenberg MGH, Grol R, De Smet PAGM. Comparison of two methods for performing treatment reviews by pharmacists and general practitioners for home-dwelling elderly people. *J Eval Clin Pract*. juin 2008;14(3):446-52.
42. Kwint HF, Faber A, Gussekloo J, Bouvy ML. Effects of medication review on drug-related problems in patients using automated drug-dispensing systems: a pragmatic randomized controlled study. *Drugs Aging*. 1 avr 2011;28(4):305-14.
43. Vinks THAM, Egberts TCG, de Lange TM, de Koning FHP. Pharmacist-based medication review reduces potential drug-related problems in the elderly: the SMOG controlled trial. *Drugs Aging*. 2009;26(2):123-33.
44. Bryant LJM, Coster G, Gamble GD, McCormick RN. The General Practitioner-Pharmacist Collaboration (GPPC) study: a randomised controlled trial of clinical medication reviews in community pharmacy. *Int J Pharm Pract*. avr 2011;19(2):94-105.
45. Stewart K, George J, Mc Namara KP, Jackson SL, Peterson GM, Bereznicki LR, et al. A multifaceted pharmacist intervention to improve antihypertensive adherence: a cluster-randomized, controlled trial (HAPPY trial). *J Clin Pharm Ther*. oct 2014;39(5):527-34.
46. Mehos BM, Saseen JJ, MacLaughlin EJ. Effect of pharmacist intervention and initiation of home blood pressure monitoring in patients with uncontrolled hypertension. *Pharmacotherapy*. nov 2000;20(11):1384-9.

47. Peterson GM, Fitzmaurice KD, Naunton M, Vial JH, Stewart K, Krum H. Impact of pharmacist-conducted home visits on the outcomes of lipid-lowering drug therapy. *J Clin Pharm Ther.* févr 2004;29(1):23-30.
48. Reid F, Murray P, Storrie M. Implementation of a pharmacist-led clinic for hypertensive patients in primary care--a pilot study. *Pharm World Sci PWS.* juin 2005;27(3):202-7.
49. Jackson SL, Peterson GM, Vial JH, Jupe DML. Improving the outcomes of anticoagulation: an evaluation of home follow-up of warfarin initiation. *J Intern Med.* août 2004;256(2):137-44.
50. Gibbs S, Waters WE, George CF. The benefits of prescription information leaflets (1). *Br J Clin Pharmacol.* juin 1989;27(6):723-39.
51. Brook O, van Hout H, Nieuwenhuys H, Heerdink E. Impact of coaching by community pharmacists on drug attitude of depressive primary care patients and acceptability to patients; a randomized controlled trial. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol.* janv 2003;13(1):1-9.
52. 6.1. Types d'étude – MG TFE [Internet]. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.mgtfe.be/guide-de-redaction/6-les-differentes-methodes-dinvestigation/6-1-types-detudes/>
53. Ville moyenne (en France) — Géoconfluences [Internet]. [cité 2 oct 2020]. Disponible sur: <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/ville-moyenne-en-france>
54. Échelle de Likert : définition et utilisation [Internet]. SurveyMonkey. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://fr.surveymonkey.com/mp/likert-scale/>
55. Calculer la taille d'échantillon d'un sondage [Internet]. SurveyMonkey. [cité 16 mai 2021]. Disponible sur: <https://fr.surveymonkey.com/mp/sample-size/>
56. Démographie médicale et diagnostic territorial - Union Régionale des Professionnels de Santé [Internet]. URPS Médecins AuRA. [cité 23 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.urps-med-aura.fr/votre-installation-liberale/demographie-medicale-et-diagnostic-territorial/>
57. LA-DEMOGRAPHIE-2018-brochures-regionales-AUVERGNE-RHONE-ALPES.pdf [Internet]. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/399995/1888788/version/2/file/LA-DEMOGRAPHIE-2018-brochures-regionales-AUVERGNE-RHONE-ALPES.pdf>
58. Calculez la taille de votre échantillon avec SurveyMonkey [Internet]. SurveyMonkey. [cité 16 mai 2021]. Disponible sur: <https://fr.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>

59. Pazart L, Godard-Marceau A, Chassagne A, Vivot-Pugin A, Cretin E, Amzallag E, et al. Prevalence and characteristics of prisoners requiring end-of-life care: A prospective national survey. *Palliat Med.* janv 2018;32(1):6-16.
60. Ruptures d’approvisionnement et DP-Ruptures - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Ruptures-d-approvisionnement-et-DP-Ruptures>
61. Fiche-principaux biais.pdf.
62. les_biais_correction_2015.pdf.
63. SPUB009_mod6_biais_hasard.ppt.
64. Les médecins au 1er janvier 2011 | Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/les-medecins-au-1er-janvier-2011>
65. Adenot I. Président du Conseil national de l’Ordre des pharmaciens. 2016;29.
66. 134000186.pdf [Internet]. [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/134000186.pdf>
67. Morlaes S. La collaboration entre médecins généralistes et pharmaciens d’officine autour de la prescription médicamenteuse: enquête réalisée auprès de pharmaciens d’officine dans le sud des Landes. :130.
68. Miget P. Nouvelles missions du pharmacien d’officine et collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens d’officine: enquête sur la perception des médecins généralistes. :112.
69. Pharmacies d’officine : rémunération, missions, réseau [Internet]. Vie publique.fr. [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/31862-pharmacies-dofficine-remuneration-missions-reseau>
70. Saed : un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 18 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante
71. Arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l’épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l’état d’urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé - Légifrance [Internet]. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042106233?r=uGcy8kCtq1>

72. La loi ASAP ou l'accélération du partage des données personnelles de santé [Internet]. 2020 [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.editions-legislatives.fr/actualite/la-loi-asap-ou-l-acceleration-du-partage-des-donnees-personnelles-de-sante>
73. Loi ASAP : les mesures qui concernent les pharmaciens - Communications - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Loi-ASAP-les-mesures-qui-concernent-les-pharmaciens>
74. Livraison et dispensation à domicile de médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L4211-1 du Code de la santé publique - Les pharmaciens - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 24 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Le-metier-du-pharmacien/Les-fiches-professionnelles/Toutes-les-fiches/Livraison-et-dispensation-a-domicile-de-medicaments-produits-ou-objets-mentionnes-a-l-article-L4211-1-du-Code-de-la-sante-publique>
75. Dispensation à domicile, Masques-DM-paracétamol-Rivotril, Arrêt de travail, Chômage partiel [Internet]. USPO. 2020 [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://uspo.fr/dispensation-a-domicile-masques-dm-paracetamol-rivotril-arret-de-travail-chomage-partiel-conference-dimanche-19-avril-a-9h30/>
76. Réglementation de l'activité | CSRP [Internet]. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.csrp.fr/reglementation-de-lactivite>
77. Laurence F. Haute Autorité de santé. 2020;191.
78. Inhibiteurs de la protéase du VIH [Internet]. [cité 14 févr 2021]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/inhibiteurs-de-la-protease-du-vih>
79. Sauge officinale. In: Wikipédia [Internet]. 2021 [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Sauge_officinale&oldid=178331496
80. Guide-Ehpad-V7.pdf [Internet]. [cité 1 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/Guide-Ehpad-V7.pdf>
81. VIGNAL A. Unité Mixte de Formation Continue en Santé [Internet]. UFR de Pharmacie. Alexine VIGNAL; [cité 24 mai 2021]. Disponible sur: <https://pharmacie.uca.fr/formation/unite-mixte-de-formation-continue-en-sante>
82. Liste des médicaments écrasables [Internet]. [cité 24 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.omedit-normandie.fr/boite-a-outils/bon-usage/liste-des-medicaments-ecrasables/liste-des-medicaments-ecrasables,3184,3511.html>
83. 2020 05 26 Plaquette La voie sous cutanée chez l'adulte.pdf.

Serment de Galien

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des maîtres de la
Faculté et de mes condisciples :
D'honorer ceux qui m'ont instruit 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 d'opprobre et
Méprisé de mes confrères si j'y
Manque.

RESUME :

Selon l'Observatoire National de la Fin de Vie, 81% des Français souhaitent « passer leurs derniers instants chez eux ». En outre, 30 jours avant le décès, 70% des patients vivent à leur domicile. Les soins palliatifs sont pluridisciplinaires. L'accompagnement médical et pharmaceutique du patient est essentiel à la bonne compréhension de sa pathologie et de ses traitements. Dans le contexte des soins palliatifs à domicile, la coopération médecins-pharmaciens est-elle habituelle ? Quelles représentations ont-ils de leur coopération ? L'objectif principal de cette étude est donc d'explorer les représentations de chacun des protagonistes de cette coopération. La première partie présente les résultats d'une recherche bibliographique sur le rôle du pharmacien en soins palliatifs. La partie suivante présente la méthodologie de notre étude quantitative réalisée auprès des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine sur une région française via un questionnaire. La troisième partie présente les résultats sous forme d'analyse thématique des verbatims et d'analyse statistique. Selon les participants, la coopération apparaît nécessaire en soins palliatifs et notamment pour : le matériel médical, les morphiniques et les ruptures de médicaments. Pour 84,7% des participants, les pharmaciens ont un rôle dans les soins palliatifs à domicile et notamment pour l'anticipation des prescriptions, la livraison à domicile, réexpliquer les thérapeutiques & les prescriptions anticipées. Perspective : la diffusion de ses résultats permettrait aux pharmaciens de se sentir plus légitimes dans la coopération avec les médecins généralistes en soins palliatifs.

MOTS CLES : Soins palliatifs, Soins de fin de vie, Soins à domicile, Coopération, Coopération médecins – pharmaciens.

MOTS CLES ANGLAIS: Palliative care, End-of-life care, Home care, Collaborations, Collaborations general practitioner – pharmacist.