



HAL
open science

La préparation des Doses à Administrer : un nouvel outil dans l'arsenal du maintien au domicile des patients dépendants. Utilité, acceptabilité, place et perception par les acteurs et bénéficiaires

Juliana Lamy

► To cite this version:

Juliana Lamy. La préparation des Doses à Administrer : un nouvel outil dans l'arsenal du maintien au domicile des patients dépendants. Utilité, acceptabilité, place et perception par les acteurs et bénéficiaires. Sciences pharmaceutiques. 2022. dumas-04192655

HAL Id: dumas-04192655

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04192655v1>

Submitted on 31 Aug 2023

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.

UNIVERSITE DE ROUEN NORMANDIE
UFR SANTE – Département PHARMACIE

Année 2022

N°

THESE

pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le

par

LAMY Juliane

Née le 21/01/1996 à Evreux

La Préparation des Doses à Administrer : un nouvel outil dans l'arsenal du maintien au domicile des patients dépendants

Utilité, acceptabilité, place et perception par les acteurs et bénéficiaires

Président du jury : *Mme. Marie Catherine Conce-Chemtob, MCU HDR Législation pharmaceutique*

Directeur de thèse : *M. Frédéric Bounoure, MCU en Pharmacie Galénique*

Membres du jury : *Mme. Anne Daniel, Docteur en pharmacie*

Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements à toutes les personnes qui ont participé à leur niveau à la réalisation de cette thèse.

Monsieur Frédéric Bounoure, mon directeur de thèse. Je vous remercie pour vos conseils et l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Madame Marie-Catherine Conce-Chemtob, pour avoir accepté de présider mon jury.

Madame Anne Daniel, pour avoir accepté de juger mon travail

Madame Delphine Moreau, pour ses conseils et sa bienveillance. Grâce à vous, j'ai pu aller plus loin dans mes réflexions.

Monsieur Thomas Benoît pour m'avoir fait confiance pour mener cette étude. Cela a été un plaisir de travailler avec vous.

Juliette, Salomé, Elisa, Pauline et Alexandra pour leurs expertises dans d'autres champs de la santé. Cela a été un réel plaisir d'échanger avec elles.

Ma famille pour leur soutien depuis toujours et leur amour inconditionnel.

Mes amis pharmacien ou non, merci à eux pour tous les moments de joie, de fête et de grand n'importe quoi.

Et bien sûr, je remercie très chaleureusement mon copain, Nicolas Foucault, qui me supporte depuis quelques années. Grâce à lui j'ai pu gagner en confiance et j'ai trouvé une voie qui me correspond. Sans lui, je n'aurai jamais fait toutes ces rencontres incroyables.

« L'Université de Rouen et l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions sont propres à leurs auteurs. »,

DOYEN : Professeur Benoît VEBER

ASSESEURS : Professeur Loïc FAVENNEC
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie

Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologie
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>surnombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie

Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>surnombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WLS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine SAULNIER	UFR	Biologie
----------------------	-----	----------

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Chervin HASSEL	Virologie

Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCO	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël DAOUPHARS

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
---------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Soukaina GUAQUA-ELJADDI	Informatique
Mme Clémence MEAUSSONE	Toxicologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla SALHI	Pharmacognosie
-----------------	----------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup HERMIL (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu SCHUERS (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal BOULET UFR Médecine générale

Mr Emmanuel LEFEBVRE UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth MAUMIARD UFR Médecine générale

Mr Philippe NGUYEN THANH UFR Médecine générale

Mme Yveline SEVRIN UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Laëtitia BOURDON UFR Médecine Générale

Mme Elsa FAGOT-GRIFFIN UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel HAZARD UFR Médecine Générale

Mme Lucile PELLERIN UFR Médecine générale

Table des matières

Liste des tableaux	14
Liste des figures	15
Liste des annexes.....	16
Liste des abréviations et des sigles.....	17
Introduction	18
1. L'observance	18
2. La iatrogénie médicamenteuse	20
3. La dépendance ou perte d'autonomie des patients.....	21
4. Le métier de pharmacien d'officine	22
5. La Préparation des Doses à Administrer (PDA)	24
5.1. Fonctionnement.....	25
5.2. Avantages et inconvénients.....	26
La PDA au domicile des patients	29
Méthodologie	35
1. Méthode mixte.....	35
2. L'enquête qualitative.....	35
3. L'enquête quantitative.....	37
4. Population étudiée	37
5. L'analyse	38
Résultats	40
1. Un dispositif qui modifie les relations et les perceptions des professions médicales et paramédicales	40
1.1. L'interprofessionnalité : entre confiance et défiance.....	40
1.2. Une perception individuelle de sa propre profession secouée	43
2. Place du dispositif dans le processus du maintien à domicile.....	48
2.1. La trajectoire d'aide au fil du temps	48

2.2. L'acceptation de la décision.....	52
3. Acceptabilité et usage du dispositif.....	55
3.1. L'utilisabilité.....	56
3.2. L'utilité	57
3.3. L'acceptabilité.....	62
4. Le profil des bénéficiaires	63
4.1. Consommation de médicaments	63
4.2. Utilisation de piluliers avant	65
4.3. Organisation de la prise de médicaments.....	66
4.4. Les médicaments génériques	67
4.5. Economies.....	67
4.6. Satisfaction.....	68
5. L'observance	68
6. Satisfaction des professionnels.....	69
6.1. Infirmiers libéraux	69
6.2. Pharmaciens et préparateurs en pharmacie	71
Discussion	73
Conclusion.....	76
Bibliographie.....	77
Annexes.....	81

Liste des tableaux

Tableau 1	Tableau des avantages et inconvénients des différents types de PDA	26
Tableau 2	Tableau de présentation des entretiens	36

Liste des figures

Figure 1 Photo d'un pilulier avec alévoles thermoformées	24
Figure 2 Photo d'un pilulier en sachets-doses	24
Figure 3 Photo d'un robot de PDA automatique	25
Figure 4 Photo d'une armoire à pharmacie d'un patient	61
Figure 5 Photo d'une armoire à pharmacie d'un patient	61
Figure 6 Histogramme de la typologie des proches	63
Figure 7 Histogramme de médicaments totaux.....	65
Figure 8 Histogramme des médicaments en sachets-doses.....	65
Figure 9 Courbe représentant le score de Girerd au cours du temps.....	69

Liste des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien – bénéficiaires du dispositif	81
Annexe 2 : Guide d'entretien – aidants	84
Annexe 3 : Guide d'entretien – pharmaciens/préparateurs en pharmacie	87
Annexe 4 : Guide d'entretien – infirmiers libéraux	89
Annexe 5 : Guide d'entretien – aides à domicile/éducateurs spécialisés	91
Annexe 6 : Guide d'entretien – médecins généralistes	93
Annexe 7 : Guide d'entretien – infirmiers libéraux qui ne connaissent pas le dispositif .	95
Annexe 8 : Questionnaire Girerd	97

Liste des abréviations et des sigles

ARS : Agence Régionale de Santé

AVK : Anti-Vitamine K

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

HAS : Haute Autorité de Santé

MNU : Médicaments Non Utilisés

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OTC : Over The Counter

PDA : Préparation des Doses à Administrer

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

Introduction

Depuis le XXe siècle, grâce au progrès de la science, une transition épidémiologique des maladies a été observée dans le monde. Les pathologies infectieuses aiguës sont en déclin laissant place à des pathologies chroniques non-infectieuses telles que le diabète, l'hypertension, les maladies mentales etc. Cette transition implique de nouveaux défis pour les systèmes de santé ainsi que pour leurs usagers (Sabaté 2003). En effet, les pathologies chroniques étant par définition des maladies sur le long terme, leur prise en charge ainsi que leur vécu est différent de celui des pathologies aiguës. Cela va concerner la durée des traitements, la nécessité de passer des examens médicaux plus fréquemment, un contact plus important avec les services de santé mais aussi une vision différente de son propre corps. Cela nécessite donc de définir de nouveaux concepts afin de mieux appréhender la prise en charge, limiter la progression des maladies et améliorer la qualité de vie du patient.

1. L'observance

L'observance est une notion qui est apparue pour la première fois en 2003, dans un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (Sabaté 2003). Pourtant, ce concept clé de la prise en charge des patients est une notion encore aujourd'hui mal définie. L'observance signifie une action d'observer « *des devoirs, des règles prescrites* ». Le terme d'observance dans le sens médical apparaît pour la première fois en France dans le *Code de la Santé Publique* à l'article R. 5125-51 à propos de la dispensation des médicaments par le pharmacien. Pourtant, la notion d'observance n'est pas totalement définie, et pourrait se décrire comme « *la concordance entre la prescription d'un médecin et son exécution par le malade* ». Cela signifie qu'elle ne concerne pas seulement la prise de médicaments mais toute forme de soins thérapeutiques (Tabuteau 2007).

L'observance peut se traduire par plusieurs actes : la prise d'un traitement, la réalisation d'un bilan, la présentation à des consultations, la participation à des actions d'éducation thérapeutique, etc. Elle ne consiste donc pas uniquement en une prise des médicaments comme indiqué sur l'ordonnance mais bien à l'ensemble du processus : de la prise régulière de rendez-vous chez le médecin à l'exécution de la prise médicamenteuse. L'observance est donc une notion qui prend en compte la totalité du parcours de soins du patient. C'est pourquoi l'inobservance peut être multiple pour chaque patient (Tabuteau 2007). On peut distinguer plusieurs obstacles à la non-observance :

- **Des facteurs sociaux et économiques** : âge, sexe, éducation, profession, revenus, religion, environnement rural ou urbain...
- **Le système de santé** : l'accessibilité et la disponibilité du système, les remboursements et les frais de santé ainsi que l'information au public
- **Les professionnels de santé** : la relation que le patient entretient avec ses soignants est essentielle. Une bonne relation augmente l'observance
- **Les caractéristiques de la maladie**
- **Les caractéristiques du traitement**
- **Les facteurs liés aux patients** comme la perception de la maladie, l'auto-efficacité ou encore le contrôle perçu

L'observance est multifactorielle et dépend aussi de nombreux acteurs (Sabaté 2003).

Une autre notion vient compléter celle d'observance, c'est la notion **d'adhérence**. Ce concept est encore mal défini et remplace juste le terme d'observance. Ces deux notions paraissent interchangeables. Pourtant, l'idée d'adhérence renvoie à la complexité du phénomène. On peut alors voir l'adhérence comme une volonté et une approbation du patient quant à sa prise en charge contrairement au terme d'observance qui renvoie à une obéissance, une conformité à la prescription médicale. Parler d'adhésion met alors en lumière la motivation du patient ainsi que l'acceptation de la prescription médicale (Lamouroux et al. 2005).

L'observance thérapeutique est un enjeu fort de santé publique car le défaut d'observance entraîne des conséquences importantes sur la santé des personnes mais aussi pour la collectivité. En effet, l'inobservance des pathologies chroniques concernerait 80% des patients, surtout pour des pathologies comme le diabète, l'asthme ou encore l'hypertension. Cette inobservance peut impliquer pour la personne une augmentation de la durée de la maladie, une augmentation des arrêts de travail, une augmentation des visites médicales et/ou une augmentation de la durée des hospitalisations ainsi que leur nombre (Tarquinio et Tarquinio 2007). Cela a donc des conséquences variées non-négligeables pour le patient mais aussi pour la société notamment économiquement car cela implique un coût important pour la Sécurité Sociale. Les dépenses liées à la non-observance seraient estimées à 9 milliards d'euros par an en France. De plus, le gaspillage des médicaments remboursés par l'Assurance Maladie dû à l'inobservance serait estimé à 3,4 milliards d'euros par an (Zambrowski et Mrozovski 2019).

2. La iatrogénie médicamenteuse

Quand on parle de soins, on évoque souvent les traitements médicamenteux. Une notion clé à évoquer lorsque l'on parle de médicaments est la iatrogénie médicamenteuse. Ce terme peut se définir par l'apparition d'effets indésirables lors de la prise de médicaments. Ces effets indésirables sont définis par l'OMS comme « *toute réponse néfaste et non recherchée à un médicament survenant à des doses utilisées chez l'Homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic et de traitement* » (Ankri 2002). On peut alors distinguer plusieurs effets indésirables : ceux sans mauvais usages thérapeutiques et ceux avec mauvais usages thérapeutiques. Ces derniers peuvent être dus à un mésusage¹ d'un soignant ou du malade lui-même pour cause d'automédication² ou de mauvaise observance (Queneau et Grandmottet 1998). On peut aussi parler de iatrogénie évitable et de iatrogénie non-évitable. La iatrogénie évitable correspond à une erreur dans la prise de médicaments ou à des interactions entre différents médicaments. La iatrogénie non-évitable correspond quant à elle à des effets indésirables liés au mode de fonctionnement du médicament ou aux allergies (2021). Les effets indésirables peuvent donc entraîner des conséquences différentes sur les personnes allant de symptômes bénins à des effets indésirables graves qui peuvent provoquer le décès de la personne.

La iatrogénie médicamenteuse est une notion à prendre en compte lors de chaque décision de traitement mais elle est d'autant plus importante à étudier pour les personnes de plus de 65 ans. En effet, cette population est la plus à risque de développer des effets indésirables du fait du vieillissement de l'organisme ce qui les rend plus vulnérables à ces effets. Par ailleurs, il y a une consommation accrue de médicaments avec l'âge (Ankri 2002). Les personnes âgées sont plus susceptibles d'être polymédiquées. La définition de la polymédication ne fait pas consensus auprès des professionnels mais il est généralement admis qu'un patient qui prend cinq médicaments différents ou plus par jour est « polymédiqué ». Cette dernière est reconnue comme favorisant la survenue d'effets indésirables, d'interactions médicamenteuses et même augmente le risque de mortalité. Chaque nouvelle molécule administrée augmente de 12 à 18% le risque d'effets indésirables (Monégat et Sermet 2014).

La iatrogénie est donc aussi un enjeu fort de santé publique sur le plan de la santé de la population mais aussi au niveau de l'économie de la santé. En effet, les accidents iatrogéniques

¹ Usage abusif ou détourné (définition Larousse®)

² Utilisation thérapeutique par un malade de médicaments en dehors d'un avis médical (définition Larousse®).

sont responsables d'hospitalisations qui représentent 5 à 25% des admissions hospitalières et 10% des admissions aux urgences pour les personnes âgées, entraînant un surcoût des soins pour la collectivité (Monégat et Sermet 2014). Ce phénomène ne serait pas anecdotique car les personnes âgées à domicile seraient 43% à consommer entre 5 et 10 médicaments par jour et 2% consommeraient plus de 10 médicaments par jour (Fournier 2002).

L'observance et la iatrogénie sont intrinsèquement liées car une polymédication est souvent source de iatrogénie et d'inobservance thérapeutique à cause d'un schéma thérapeutique³ trop complexe. Les personnes polymédiquées sont généralement des personnes avec une ou plusieurs pathologies chroniques. On les retrouve principalement dans la population des personnes âgées (Carrier et al. 2017). Cependant, leur prise en charge ne peut se limiter à la prise de médicaments et les soignants doivent prendre en compte la globalité de l'environnement de la personne. En effet, le vieillissement peut s'accompagner de limitations d'activités dues à des pertes physiologiques ou pathologiques. On peut alors parler de patients dépendants ou en perte d'autonomie.

3. La dépendance ou perte d'autonomie des patients

La dépendance chez les patients est définie dans la loi comme « *l'état d'une personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance particulière* » (2016). La dépendance concerne principalement les personnes âgées mais elle peut aussi correspondre à d'autres pathologies comme le handicap ou les pathologies chroniques.

La dépendance des sujets âgés peut être considérée comme le stade « final » de la fragilité. En effet, les patients fragiles ou pré-fragiles sont des patients qui présentent une réduction des aptitudes physiologiques. On peut parler de perte d'autonomie. Cela peut alors entraîner une rupture de l'état d'équilibre et des complications. Une fragilité peut s'accroître entraîner une perte d'autonomie, jusqu'à installer un état de dépendance chez le patient âgé. C'est pourquoi en gériatrie le dépistage précoce de la fragilité est important car il permet de mettre en place des solutions afin de limiter l'état de dépendance ou tout du moins de retarder son arrivée (Vellas 2013).

³ Ensemble de différents traitements réalisés dans un ordre bien définis.

Avec le vieillissement de la population, de plus en plus de personnes perdent leur autonomie. Elles ont un besoin accru d'aides dans la vie de tous les jours. Une partie de ces aides étant prise en charge par la Sécurité Sociale, la dépendance devient donc un enjeu politique et économique. Le coût de la prise en charge des personnes dépendantes est estimé au minimum à 30 milliards d'euros et est divisé entre plusieurs acteurs comme l'Etat, la Sécurité Sociale mais aussi les collectivités territoriales, le Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) etc (Joël 2013).

La prise en charge de ces personnes est divisée entre de nombreux professionnels et la coordination entre ces derniers est souvent complexe. De plus, de nombreuses technologies sont développées à destination de ce public. Il existe des aides techniques à la compensation de difficultés physiques comme les cannes, les appareils auditifs..., des biens liés à l'aménagement de la maison comme des ouvertures ou fermetures automatiques de portes, des barres d'appui... mais aussi des outils liés à la sécurisation des patients comme des détecteurs de chutes ou encore des outils informatiques de stimulation ou de communication... (Joël 2013). A cela s'ajoutent toutes les aides à la prise médicamenteuse comme le pilulier.

Certaines aides technologiques, à destination de ce public, peuvent ainsi être développées par et/ou pour des professionnels de santé. Les aides à la prise médicamenteuses sont parfois investies par les pharmaciens. En effet, ces derniers, par leur rôle de professionnels de santé formés spécifiquement sur les médicaments, ont une place centrale dans l'observance d'un traitement et la prévention de la iatrogénie.

4. Le métier de pharmacien d'officine

Le métier de pharmacien consiste en la dispensation des produits de santé. Cette dernière se définit par la délivrance des médicaments, la vérification des traitements, une identification de problématiques liées à la prise de médicaments ainsi que le conseil aux patients. De plus, ces aides à conseiller rejoignent l'idée du « soin pharmaceutique » qui devient une nouvelle philosophie de la pratique avec de nouveaux rôles comme l'éducation thérapeutique, le suivi des traitements ou encore la surveillance de la capacité du patient à prendre correctement ses médicaments (Sabaté 2003). Cette profession possède donc un rôle indispensable dans l'aide à la prise médicamenteuse des personnes en perte d'autonomie.

En France, les pharmaciens ont le monopole pharmaceutique. Ils sont donc les garants de la qualité et de la sécurité du médicament sur l'ensemble de son cycle de vie : de la recherche à la destruction du médicament.

Les pharmaciens sont les seuls professionnels de santé à avoir une double casquette de praticiens et commerçants. Ce rôle double place aujourd'hui les pharmaciens dans une position d'entre deux car le marché du médicament s'ouvre à la concurrence, de plus en plus forte, des grandes surfaces et d'internet. Ces grandes chaînes de magasins exercent une pression sur les pouvoirs publics pour augmenter le nombre de médicaments en vente dans leurs enseignes (Reyes 2013b). Cela s'inscrit dans une baisse du financement des pharmacies. Ces dernières vendent des produits qui peuvent se caractériser en quatre groupes :

- **Les médicaments à prescription obligatoire** représentent en moyenne 82% du chiffre d'affaires ;
- **Les médicaments à prescription médicale facultative** aussi appelés médicaments conseils constituent 12% du chiffre d'affaires ;
- **Les produits de parapharmacie** représentent 4% du chiffre d'affaires mais dépendent de l'officine (le poids de la parapharmacie est différent dans chaque pharmacie) ;
- **La vente et la location du matériel médical** représentent 2% du chiffre d'affaires.

On constate que l'activité principale des pharmacies est fondée sur les médicaments sur ordonnance et les médicaments conseils (Nouguez 2017b). Ces derniers sont, pour la plupart, remboursés par l'Assurance Maladie. Or, le prix de ces médicaments est fixé par accord entre la Sécurité Sociale, le ministère de la Santé, la Haute Autorité de Santé (HAS) et le laboratoire pharmaceutique qui commercialise le médicament. Le pharmacien n'a donc aucun pouvoir sur le financement de ces médicaments et par conséquent sur le prix de revient de ceux-ci. Depuis plusieurs années, dans un souci de baisse des dépenses de santé, la Sécurité Sociale a diminué le prix des médicaments de façon constante. Ce changement a poussé les pharmaciens à se tourner vers d'autres missions afin de compenser la perte de chiffre d'affaires (Reyes 2013a).

Certains se sont tournés alors vers leur rôle de santé publique. Cela passe par ce qu'a appelé l'OMS en 2003 le « soin pharmaceutique ». Cela se retrouve dans les nouveaux services proposés par les pharmacies tels que la vaccination, la téléconsultation, les bilans de médication partagés etc. Ces missions sont pour certaines disponibles depuis plusieurs années. Pourtant, on observe une accélération de ce nouveau rôle depuis la crise sanitaire de la Covid-19. En effet, lors des confinements en 2020 et 2021, les pharmacies ont toujours été ouvertes et ont renforcé leur rôle d'acteur de proximité en partie grâce à la possibilité d'accès facilité car sans prise de rendez-vous.

La volonté de chercher de nouveaux financements ainsi que l'opportunité offerte aux pharmaciens de revaloriser leur rôle auprès des patients a favorisé la mise en place de nouvelles missions par ces derniers. C'est dans ce contexte que la Préparation des Doses à Administrer (PDA) en pharmacie s'est développée.

5. La Préparation des Doses à Administrer (PDA)

Il existe de nombreux programmes d'aides à une meilleure observance et à une diminution de la iatrogénie médicamenteuse à destination des patients, de leur entourage ou encore des professionnels. La réponse de certains pharmaciens a été de développer la PDA.

La PDA, contrairement à la majorité des piluliers préparés par le patient ou un infirmier, permet de réaliser des piluliers sur une durée d'un mois. En effet, la plupart du temps les patients ont des piluliers entre un jour et une semaine et les infirmiers à domicile font des piluliers hebdomadaires. La PDA réalisée en pharmacie permet de faire des piluliers allant d'une semaine à quatre semaines.

En France, la PDA existe depuis plusieurs années. Elle est principalement destinée aux patients hospitalisés ou aux patients résidant en EHPAD. Cette dernière peut être préparée par une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) si l'EHPAD en possède une ou par une pharmacie d'officine dans le cas contraire. Le fonctionnement de la PDA ne diffère que peu d'une délivrance « classique » à l'officine. La pharmacie, lorsqu'elle reçoit l'ordonnance, sort les boîtes nécessaires de son stock et facture les médicaments exactement comme pour un patient qui ne serait pas en EHPAD. La différence consiste en la création du pilulier. Celui-ci peut se présenter sous différentes formes comme les formes thermoformées ou solides pour la PDA manuelle ou de sachets-doses pour la PDA automatique par exemple.



Figure 1 Photo d'un pilulier avec alévoles thermoformées



Figure 2 Photo d'un pilulier en sachets-doses

La PDA manuelle est réalisée par les préparateurs en pharmacie alors que la PDA automatique est réalisée par une machine comme celle sur la photo ci-dessous.



Figure 3 Photo d'un robot de PDA automatique

5.1. Fonctionnement

Il existe deux grands types de PDA :

- La PDA manuelle
- La PDA automatique

La PDA manuelle est la préparation de médicaments par une personne. En pharmacie elle est faite par le préparateur en pharmacie ou le pharmacien. Celui-ci répartit les médicaments dans des alvéoles. Les médicaments peuvent rester dans leur conditionnement primaire ou peuvent être déconditionnés. Certains conditionnements primaires sont facilitants pour être mis en PDA (exemple les blisters pré-découpés) et pour d'autres il est nécessaire de découper les blisters manuellement. Les médicaments sont rangés soit en alvéole individuel soit par moment de prise (plusieurs médicaments dans une même alvéole). La personne qui prépare les piluliers peut se faire aider par un logiciel, dans ces cas là on peut aussi parler de PDA semi-automatique. Cela permettrait de diminuer le risque d'erreurs médicamenteuse lors du remplissage des piluliers.

La PDA automatique se fait par un robot sous contrôle d'un pharmacien ou d'un préparateur en pharmacie. Les médicaments sont soit préalablement déconditionnés (médicaments individuels dans conditionnement primaire) ou déconditionnés par une machine (découpe du conditionnement primaire (ex blisters)). Ensuite, ils peuvent subir ce qu'on appelle un

« surconditionnement » qui va reconditionner chaque forme solide individuellement, le plus souvent dans un sachet individuel. Enfin, les formes solides surconditionnées ou non vont être réparties par une machine selon le schéma de prise du patient. Les médicaments peuvent être répartis en monodose c'est-à-dire individuellement ou multidose, c'est-à-dire que les médicaments sont rangés ensemble par moment de prise (Armand-Branger et al. 2021).

5.2. Avantages et inconvénients

Chaque type de PDA, manuel ou automatique, possède ses avantages et ses inconvénients (ARS PACA 2017) :

	Fonctionnement	Avantages	Inconvénients
PDA manuelle	Sans déconditionnement	Pas de déconditionnement Faible coût des consommables	Risque d'erreur plus important qu'avec un automate Chronophage Taille importante Absence du numéro de lot sur certains conditionnement
	Systèmes monodose	Un seul médicament par alvéole Facilité en cas de changement de traitement	Chronophage Taille importante
	Systèmes multidoses	Taille plus petite car médicaments rangés par moment de prise	Chronophage Surcoût pour la pharmacie en cas de changement de traitement
PDA automatique	Système monodose	Réduction du risque d'erreurs Conservation des informations de traçabilité Taille peu encombrante	Coût d'achat et d'entretien de la machine Déconditionnement nécessaire
	Système multidose	Réduction du risque d'erreurs Conservation des informations de traçabilité Taille peu encombrante	Coût d'achat et d'entretien de la machine Déconditionnement nécessaire Risque d'interaction physico-chimique entre les médicaments

Tableau 1 Tableau des avantages et inconvénients des différents types de PDA

Ainsi, la PDA automatique a pour but de sécuriser la prise des médicaments en EHPAD en limitant le risque d'erreurs et de faire gagner du temps aux infirmiers qui passent plusieurs heures par semaines à faire les piluliers manuellement pour les résidents (Jumeau et al. 2021).

La PDA est une activité encore aujourd'hui peu encadrée par la législation. Il est possible d'estimer que son rôle rentre dans les articles R.5126-111 à 115 du Code de la Santé Publique. Ces derniers décrivent l'activité que le pharmacien d'officine peut avoir vis-à-vis des EHPADs. De plus, dans l'article R4235-48, il est précisé que le pharmacien peut assurer « la préparation éventuelle des doses à administrer ». Les pharmaciens et leur représentant réclament depuis plusieurs années un encadrement plus important. Un rapport de l'Académie Nationale de Pharmacie datant de juin 2013 (2013) estime que cette absence de législation ne permet pas de la promouvoir, notamment auprès des patients ne résidant pas en EHPAD. Un guide des « bonnes pratiques » encadrant la PDA est demandé depuis 2013 par les professionnels mais n'a jamais été rédigé (Ordre National des Pharmaciens 2018). Une demande de l'Ordre National des Pharmaciens sur ce sujet a été réitérée lors du Ségur de la santé en 2020 pour préserver l'autonomie des patients âgés (Wolf-Thal 2020). Si la PDA n'est pas une pratique récente, elle reste toujours un sujet d'actualité.

Proposer la PDA aux patients à domicile n'est pas chose aisée. La PDA en EHPAD est aujourd'hui courante, par exemple, 78% des EHPAD en Ile- de-France y ont recours (Saunière et al. 2016). Certaines personnes qui résident à leur domicile ont des profils similaires à ceux en EHPADs, on peut donc se poser la question de transposer ce dispositif à ces personnes. En effet, les patients fragiles voir dépendants et polymédiqués sont souvent le profil des patients admis en EHPADs. Pour ces derniers, les médicaments prennent une place importante dans leur prise en charge. En effet, plus un patient a des signes de fragilité, plus le nombre de médicaments à prendre augmente et donc plus il a des risques de iatrogénie et de non-observance (Herr et al. 2017). La PDA pourrait jouer un rôle dans la prise en charge de ces patients non résidant en EHPAD afin d'assurer une meilleure qualité et sécurité dans les soins. Si les pharmaciens peuvent avoir une compétence supplémentaire d'aide à la bonne prise du médicament en pouvant, en plus, délivrer les médicaments sous forme d'un pilulier mensuel, cela pourrait faciliter et sécuriser le circuit du médicament (Académie nationale de Pharmacie 2013). De plus, cela pourrait décharger certains professionnels, notamment les infirmiers libéraux, de faire le pilulier mensuellement comme c'est le cas actuellement dans les EHPADs (Jumeau et al. 2021). En déléguant complètement cette tâche aux pharmaciens, cela pourrait dégager du temps aux autres professionnels pour consacrer leur temps à d'autres tâches auprès des patients. Les infirmiers qui passent au domicile sont souvent sollicités pour d'autres actions qui ne sont pas comprises dans leur tâche initiale et qui ne sont pas rémunérées. Pourtant, elles

sont d'une grande aide pour les patients (Douguet et Vilbrod 2008). Diminuer le nombre de tâches liées aux médicaments pourrait permettre d'augmenter ce temps informel avec les patients.

Par ailleurs, la gestion des médicaments pouvant être compliquée, la déléguer aux pharmaciens pourrait permettre de limiter les oublis de renouvellement des ordonnances à la pharmacie, limiter le nombre de médicaments disponible au domicile du patient, sécuriser la délivrance de médicaments, améliorer le suivi par les aidants et les professionnels et limiter les oublis de renouvellement de l'ordonnance auprès du médecin. Un patient qui a recours à la PDA est un patient qui devra déposer ses ordonnances à la même pharmacie régulièrement. Ainsi, si une pharmacie dispose de l'exhaustivité des ordonnances elle sera plus à même de détecter les prescriptions inappropriées, les interactions médicamenteuses et la polymédication (Herr 2018).

De plus, une méta-analyse de 2017 a montré que les méthodes pour favoriser l'observance qui faisait appel à des pharmaciens et qui visaient le comportement et notamment les habitudes plutôt que les stratégies d'éducatives étaient les actions les plus efficaces (Conn et Ruppap 2017).

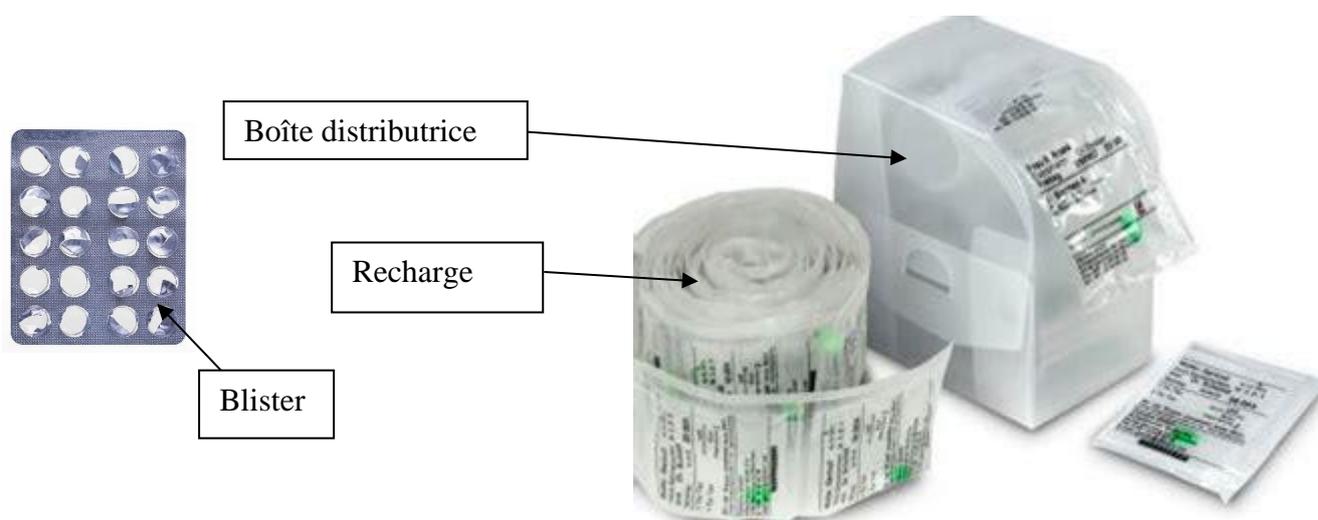
La PDA au domicile des patients

Le dispositif qui va être décrit par la suite est un regroupement d'officines qui se sont montés en association loi 1901 en 2019 pour proposer un système de PDA à leurs patients qui le souhaitent.

Le fonctionnement de la PDA :

La PDA destinée au domicile des patients est fondée sur le même principe d'approvisionnement des EHPADs en piluliers pour les résidents ou par la PUI à destination des établissements de santé. Dans les pharmacies que nous allons étudier, la PDA se fait avec un automate qui permet de créer des piluliers mensuels dans des sachets-doses. Les ordonnances sont saisies dans les logiciels pharmaceutiques comme toutes les ordonnances et les médicaments sont facturés par boîte comme pour les autres patients. Cependant, une fois la facturation effectuée, les médicaments sont ensuite retirés du stock de la pharmacie, déconditionnés et mis dans une machine. L'ordonnance ainsi que la posologie des médicaments prescrits sont rentrées dans un logiciel. La machine remplit alors les sachets doses par prise des médicaments qui ont été préalablement « déblistérés ».

Au préalable, une boîte distributrice est mise à disposition du patient et la pharmacie prodigue ensuite seulement les recharges.



Les médicaments inclus dans les sachets-doses ne sont que des formes orales sèches (comprimés et gélules). Les autres types de médicaments tels que les lyophilisats, les gouttes, les comprimés effervescents, les poudres etc... ne sont pas intégrés dans les sachets-doses. Ils sont délivrés à côtés mais un rappel est inscrit sur les sachets-doses au moment de la prise au

même titre que les autres médicaments. Ils ne peuvent être délivrés dans les sachets à cause de la taille ou parce que la pharmacie ne serait plus en mesure de garantir l'intégrité de la forme pharmaceutique après la sortie du blister.

Les médicaments stupéfiants ne sont pas intégrés dans les sachets-dose car l'Académie Nationale de Pharmacie ne le recommande pas. Les médicaments dont la posologie serait variable (ex : paracétamol, Anti-Vitamine K (AVK) ...) sont aussi mis à part et un rappel est inscrit sur les sachets-doses au même titre que les autres médicaments.

Les piluliers sont délivrés pour 1 à 4 semaines, 28 jours maximum afin de coïncider avec les rendez-vous médicaux des patients. Cela permettrait de faciliter les changements de posologie ou de traitement pour le patient, d'éviter le gaspillage et de renforcer l'observance du nouveau traitement.

Livraison :

La livraison peut être assurée par la pharmacie sur demande du patient. Le patient ou le proche aidant peut aussi décider d'aller chercher lui-même les médicaments dans l'officine. La pharmacie prépare la recharge dans un emballage opaque et fermé au nom et à l'adresse du bénéficiaire. Il est alors précisé dessus si l'ordonnance est encore valable pour le mois prochain. Si elle ne l'est plus alors il y est inscrit la fin de validité de l'ordonnance. Par ailleurs, sur les rouleaux de sachets-doses, les dates de début et de fin de validité sont écrites sous le format JJ/MM/AAAA.

Suivi avec les aidants :

Lorsque les patients ont des proches aidants, le président de l'association se met en relation avec eux pour définir ensemble les modalités de la mise en place du dispositif. L'association souhaite ce lien avec les aidants car cela permet de mieux organiser la distribution des médicaments et correspond à la vision initiale de l'association de rassurer et sécuriser sur la prise des médicaments. De plus, l'association espère que cela permet une remontée plus rapide aux professionnels de santé des informations qui pourraient alerter sur l'état de santé du patient. Ceci a pour but d'améliorer la prise en charge et de rassurer les aidants.

Professionnels en lien avec le dispositif :

Les **pharmaciens** partenaires sont responsables de la réception des ordonnances du patient. Les ordonnances peuvent être récupérées par l'association lors des livraisons à domicile ou elles

peuvent être délivrées en main propre ou par mail par le patient ou l'aidant proche. Le médecin peut aussi envoyer directement l'ordonnance à la pharmacie par voie électronique.

Les **médecins** sont informés par l'association lorsqu'un patient utilise le dispositif. Ils peuvent se mettre en lien avec eux pour avoir plus d'informations s'ils le souhaitent et ont la possibilité de prescrire et/ou recommander le dispositif à leurs patients.

Les **infirmiers libéraux** peuvent aussi être en contact avec le dispositif. Le rôle des infirmiers libéraux peut être divers auprès des patients. Ils peuvent avoir des interventions ponctuelles pour des soins, une intervention plus régulière pour l'administration du traitement ou le suivi général du patient.

Les **aides à domicile** peuvent aussi être intégrées dans le dispositif. En effet, certains patients n'ont pas d'infirmiers libéraux pour les aider mais peuvent avoir des aides à domicile qui les accompagnent dans les gestes quotidiens comme la préparation et à la prise des repas, l'aide aux courses, l'aide à la toilette, l'aide au lever et au coucher etc. Cela peut les amener à s'occuper aussi de l'administration des médicaments.

Les **éducateurs spécialisés** peuvent aussi participer au dispositif. Ils sont principalement sollicités lorsque le bénéficiaire du dispositif est atteint d'autisme puisqu'ils jouent un rôle de suivi complet de la personne sur plusieurs aspects de sa vie.

Recrutements des patients et choix de l'officine :

Le recrutement du patient peut se faire sur proposition du médecin, du pharmacien, de l'infirmier libéral, des aides à domicile ou encore des éducateurs spécialisés. S'ils connaissent l'association, ces professionnels peuvent orienter les patients vers cette dernière afin d'organiser la prise en charge. Le recrutement peut aussi se faire par les aidants qui entendent parler du dispositif et qui contactent les pharmacies partenaires. Actuellement, ce mode de recrutement est le plus fréquent. Le deuxième canal de recrutement le plus fréquent se fait par les pharmacies. Elles proposent aux patients ou aux aidants si le dispositif leur semble pertinent pour la personne. Enfin, il y a eu quelques recrutements par les infirmiers ou les éducateurs spécialisés mais cela est largement minoritaire. Pour le moment, aucun patient n'a intégré l'association par l'intermédiaire d'aide à domicile ou de médecin. Le recrutement peut se faire à l'aide d'une plaquette qui a été distribuée aux pharmacies mais aussi aux professionnels qui souhaitent connaître le dispositif et/ou le promouvoir.

Une fois le patient recruté, il doit choisir l'officine qui s'occupera de la délivrance des médicaments. En effet, seules les pharmacies partenaires peuvent délivrer le dispositif. Pour

être partenaire, les officines doivent déjà disposer de la machine nécessaire pour faire les piluliers en sachets-dose. Seules les officines qui délivrent des EHPADs disposent aujourd'hui de ce matériel. Cela limite grandement le nombre de pharmacies disponibles.

Cela signifie que si la pharmacie où va habituellement le patient ne dispose pas de ce dispositif, elle ne peut pas devenir partenaire et le patient est obligé de changer d'officine. Une volonté de l'association est de développer dans le futur ce système dans les pharmacies non équipées du dispositif de PDA automatique. Une demande auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS) a été faite dans ce sens mais aucune réponse n'a été donnée pour le moment.

Les patients éligibles au dispositif sont les patients âgés, les patients avec une maladie chronique, les patients avec un suivi psychiatrique ou encore les patients en situation de handicap.

La moyenne d'âge des patients est de 72 ans et la médiane se situe à 79 ans. Il n'y a que 6 personnes qui ont en dessous de 50 ans. L'âge des bénéficiaires va de 93 ans à 11 ans pour le plus jeune. 4 des personnes qui ont en dessous de 50 ans sont autistes. La proportion d'hommes et de femmes est équivalente : 32 femmes et 31 hommes.

Les données médicales des patients n'étant pas accessibles, il a été décidé de catégoriser les patients en fonction des données disponibles fournies par l'association. Les catégories suivantes sont :

- **Les patients âgés de plus de 65 ans** car ce sont les plus à risques de fragilité, de dépendance et de polymédication. L'âge de 65 ans a été retenu car c'est l'âge à partir duquel l'INSEE parle de « personnes âgées ». De plus, selon les chiffres de 2005, la proportion de personnes dépendantes commence à augmenter fortement à partir de 65 ans (INSEE 2005). Par ailleurs, certains auteurs parlent de dépendance à partir de 65 ans (Dramé et al. 2004).
- **Les patients avec une maladie chronique** qui sont les patients qui ont moins de 65 ans et qui ne sont ni handicapés et n'ont pas de trouble psychiatrique. Ne connaissant pas la teneur de leur pathologie et ayant des âges compris entre 23 et 63 ans avec une médiane de 54 ans, il a été estimé qu'il était plus probable que ces personnes souffrent de pathologies chroniques qui nécessitent des médicaments quotidiens.
- **Les patients avec une maladie psychiatrique** qui ont été différenciés par la pharmacie car leur prise en charge est plus complexe du fait de changement régulier de traitements.

- **Les patients handicapés** qui sont ici seulement représentés par les patients atteints d'un trouble du spectre de l'autisme et sont notifiés différemment par l'association car la prise en charge est aussi particulière puisque la pharmacie est principalement en contact avec les éducateurs spécialisés qui les suivent.

Cela donne la répartition suivante des patients qui utilisent le dispositif actuellement :

	Patients âgés (> 65 ans)	Maladie chronique	Maladie psychiatrique	Handicap (autisme)
Nombre de patients	42	12	5	4

L'association distribue à ce jour les médicaments pour 63 personnes. Depuis 2019, le dispositif de distribution des médicaments en sachets-doses été utilisé par 82 patients. Il a été arrêté par 19 personnes pour les raisons suivantes :

- Le décès de la personne (8 personnes)
- L'entrée en EHPAD (7 personnes)
- Les infirmiers refusent de travailler avec le dispositif (3 personnes)
- Les médicaments sont rétrocédés⁴ par l'hôpital pour une chimiothérapie ce qui fait doublon avec la PDA de la pharmacie (1 personne)

La vitesse de recrutement des patients se fait à raison de 2 à 3 nouveaux patients par mois environ.

Convention :

Chaque nouveau patient doit signer une convention avec l'association. Elle comprend la livraison des médicaments en sachets-doses, la veille de santé au domicile ainsi que les messages aux proches aidants. Le patient ou l'aidant pour arrêter le dispositif à tout moment et devra avertir l'association 3 mois à l'avance par courrier recommandé. Les données recueillies sont confidentielles et ne seront partagées qu'avec les partenaires selon les modalités prévues.

L'association signe aussi une convention avec les pharmacies partenaires.

Financement du dispositif :

La volonté première de l'association est que le dispositif soit sans reste à charge pour les patients. Le coût du service est estimé entre 3€ et 15€ par semaine en fonction du besoin. Pour ce faire, les pharmacies ne sont pas rémunérées par l'association pour faire la PDA. Ils partent du postulat que si la pharmacie possède un robot alors cela signifie qu'elle l'utilise pour des patients résidants en EHPAD. De plus, l'utilisation de la PDA pour les patients à domicile permettrait selon l'association de mieux fidéliser le patient et de ramener plus de patients dans la pharmacie ce qui couvrirait les frais de cette prestation.

Ensuite, pour couvrir les autres frais qui ne sont pas liés directement à la fabrication du pilulier en sachets-doses, comme les frais de livraison, l'association possède des financeurs privés. Ces derniers sont actuellement des groupes de protection sociale, une fondation et un laboratoire pharmaceutique.

Les porteurs du projet ont donc décidé de former une association qui serait rattachée à la pharmacie car le format associatif permet d'avoir des fonds extérieurs qui ne seraient pas permis pour une officine. Et le fait de rattacher l'association à la pharmacie par l'intermédiaire de la co-présidente qui est titulaire permet de rendre l'activité légale car elle ne peut être faite que par des pharmaciens.

Méthodologie

1. Méthode mixte

Notre travail de recherche s'appuie sur une méthode mixte. Cette dernière est l'alliance des méthodes qualitatives et quantitatives. Chacune de ces méthodes a un rôle différent pour répondre à la question de recherche (Guével et al. 2016). Nous avons fait le choix d'utiliser cette méthode car elle permet une meilleure compréhension du phénomène étudié. En effet, pour analyser la perception des professionnels de santé et des patients il est plus pertinent d'utiliser une méthode qualitative alors que pour analyser les effets sur la iatrogénicité il est plus pertinent d'utiliser une méthode quantitative. Il est important de combiner les deux méthodes car cela permet d'obtenir une vue plus complète du phénomène

Par ailleurs, au vu du nombre de patients et de professionnels de santé qu'il est possible d'intégrer dans cette étude, nous ne pensons pas pouvoir atteindre une puissance statistique suffisante pour utiliser seule une méthode quantitative.

2. L'enquête qualitative

Dans le cadre de notre recherche sur l'acceptabilité du dispositif de distribution des médicaments en sachets-doses, nous avons mis en place une méthode de recueil de données qualitatives : l'entretien semi-directif. La méthode de l'entretien se caractérise par des grands principes généraux décrits par Roethlisberger et Dickson en 1943. Ces principes sont détaillés par Blanchet et Gotman en 1992. On parle alors « d'écoute du discours », l'intervieweur doit se placer dans une posture neutre et bienveillante. Le cadre de l'entretien doit être favorable à la parole cependant il ne faut pas perdre de vue que ce dernier n'est pas une discussion mais une situation de recherche.

Les entretiens ont permis de saisir les représentations, les usages et l'acceptabilité de ce dispositif et, ainsi, d'identifier les freins et les leviers à son utilisation.

La méthodologie employée est dite « inductive » par allers-retours entre la théorie et le terrain et ce, jusqu'à saturation des données. Cette méthode permet de se situer au plus près des enjeux du terrain, en ajustant les outils méthodologiques au fur et à mesure de la passation des entretiens. La taille de l'échantillon a été déterminée suivant le principe de la saturation théorique (Thiétard 2003). Cette dernière est atteinte lorsque le chercheur n'est pas en mesure de trouver des informations supplémentaires pour améliorer la théorie : « *La saturation*

empirique désigne alors le phénomène par lequel le chercheur juge que les derniers documents, entrevues ou observations n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles ou différentes pour justifier une augmentation du matériel empirique » (Pires 1997). De plus, Griffin et Hauser ont démontré, en 1993, que le nombre d'informations additionnelles diminuait avec le nombre de personnes interrogées selon une loi bêta-binomiale. Une analyse parallèle a donc été réalisée entre chaque entretien afin de déterminer le moment où un nouvel entretien n'apportait plus d'informations supplémentaires.

Nous avons réalisé plusieurs guides d'entretiens selon les populations interrogées (Voir Annexe I à VII) qui se découpent en 5 thématiques : le rapport au dispositif, l'usage du dispositif, le rapport à la prise de médicament, l'usage des médicaments et les perspectives vis-à-vis de ce dispositif. Au vu du contexte sanitaire et selon le contexte des personnes interrogées nous avons laissé le choix aux participants du lieu et du moyen de communication pour conduire l'entretien : en face-à-face, par téléphone ou par visioconférence. Les entretiens ont été réalisés comme indiqué ci-dessous :

Personnes interrogées	Canaux de communication	Commentaires
Patients	Au domicile des personnes	Port du masque par l'interviewer, installation autour de la table de la cuisine ou du salon.
Aidants	Téléphone	Selon les horaires qui arrangeaient les aidants souvent encore en activité professionnelle
Titulaire pharmacie	Téléphone	Tôt le matin avant l'ouverture de son officine
Préparatrice en pharmacie	Dans la pharmacie	Dans le local orthopédique qui peut se fermer, le matin à l'ouverture de la pharmacie
Médecin généraliste	Téléphone	A un horaire convenu par le médecin
Infirmière libérale	Téléphone	A un horaire convenu par elle sur un temps de trajet long en voiture qu'elle avait à réaliser
Directeur d'un établissement de logement pour personnes dépendantes	Dans son établissement	Dans le lieu de rassemblement des personnes dépendantes de son établissement. Lieu de passage.
Aides à domicile	Téléphone	En voiture sur un trajet un peu long pour l'une et sur son temps de travail chez une patiente avec la patiente à côté pour l'autre
Educateur spécialisé	Sur le lieu de travail de l'intervieweur	Un matin entre 2 patients pour l'éducateur spécialisé
Président et présidente de l'association	Dans la pharmacie	Dans le bureau de la titulaire de la pharmacie et présidente de l'association le matin à l'ouverture de la pharmacie
Infirmiers libéraux qui ne connaissent pas le dispositif	Lieu de travail de l'intervieweur ou cabinet de l'infirmier libéral	Entre 2 rendez-vous, horaire convenu par l'infirmier libéral.

Tableau 2 Tableau de présentation des entretiens

3. L'enquête quantitative

Nous avons dans le même temps réalisé des questionnaires à destination des patients, des aidants mais aussi des pharmaciens et des infirmiers libéraux afin de recueillir des données complémentaires à celles de l'enquête qualitative.

Nous avons réalisé des statistiques descriptives sur les données recueillies. Nous avons effectué des moyennes et des médianes. Nous avons aussi voulu regarder la distribution de certaines données avec l'aide d'histogrammes ou de camemberts pour une visualisation plus claire. Sur les données de l'observance, nous n'avons pas pu réaliser de tests statistiques faute d'un effectif suffisant de patients mais nous avons pu établir un profil d'observance sur les trois premiers mois d'utilisation du dispositif.

4. Population étudiée

Pour recruter la population, nous avons décidé de nous intéresser tout d'abord aux patients et aux aidants afin de comprendre les motivations de la mise en place du dispositif, leur usage de ce dernier et l'acceptabilité. Cependant, nous ne nous sommes pas limités à cette population. Nous avons décidé aussi de réaliser des entretiens avec les professionnels qui sont en contact avec le dispositif pour savoir ce qu'ils en pensaient, si cela modifiait leur travail, les relations avec les patients et/ou les autres professionnels de santé etc. Cela nous a paru important afin de comprendre pleinement comment s'inscrit le dispositif dans le parcours de soins des patients puisque, comme nous l'avons vu en introduction, les personnes en perte d'autonomie sont suivies par une multitude d'acteurs qui sont plus ou moins en relation entre eux. Nous avons donc réalisé 20 entretiens répartis comme ci-dessous :

- 4 entretiens avec des patients qui utilisent le dispositif
- 4 entretiens avec des aidants qui utilisent le dispositif
- 1 entretien avec le président et la présidente de l'association
- 1 entretien avec un titulaire d'une pharmacie partenaire
- 1 entretien avec une préparatrice de la pharmacie à l'initiative du projet
- 1 entretien avec une médecin généraliste
- 1 entretien avec un directeur d'un établissement de logement pour personnes dépendantes
- 2 entretiens avec des aides à domicile
- 1 entretien avec un éducateur spécialisé

- 1 entretien avec une infirmière libérale qui utilise le dispositif
- 3 entretiens avec des infirmiers libéraux qui ne connaissent pas le dispositif

L'ensemble des personnes qui utilisent le dispositif (bénéficiaires, aidants et professionnels) ont été contactés par la liste de contacts établie par l'association. Pour les professionnels qui ne connaissent pas le dispositif, nous les avons recrutés à travers différents intermédiaires qui étaient en contact avec des infirmiers libéraux.

Pour cette étude, nous avons décidé de nous intéresser à l'ensemble des personnes qui utilisent le dispositif aussi bien les bénéficiaires (patients et aidants) que les professionnels qui proposent ce dispositif (pharmacies) ou que les professionnels qui sont en contact direct avec ce dispositif sans avoir la main sur l'organisation (infirmiers et aides à domicile). Nous avons choisi d'interroger toutes ces personnes afin d'avoir une vue de l'ensemble des parties prenantes autour de ce dispositif. Par ailleurs, nous avons de nombreuses difficultés à recruter des infirmiers libéraux qui utilisaient le dispositif. C'est pour cela que nous avons décidé d'interroger des infirmiers libéraux qui ne connaissaient pas le dispositif afin d'essayer de comprendre les motivations, freins et leviers de cette profession vis-à-vis de ce dispositif.

Nous n'avons mis aucun critère d'âge, de lieu d'habitation. Nous nous sommes seulement intéressés à ceux qui utilisaient le dispositif que nous analysons ou pour les professionnels s'ils étaient en contact avec ce dispositif. Enfin, pour les infirmiers libéraux qui ne connaissent pas le dispositif, nous nous sommes assurés qu'ils ne connaissaient pas l'association avant de les recruter.

5. L'analyse

Nous avons décidé d'utiliser la méthode d'analyse par thématiques pour comprendre nos entretiens. Nous avons donc réalisé une retranscription complète des entretiens mot à mot. Chaque entretien a été rendu anonyme à l'aide de pseudonymes. Ensuite, nous avons étudié chaque entretien à l'aide d'une grille d'analyse. Cela a permis de réaliser « un premier contact exploratoire » du sujet en dégagant des thèmes principaux et des thèmes secondaires (Salès-Wuillemin 2006).

Nous avons ensuite procédé à une analyse thématique de contenu. Cette dernière est horizontale afin d'identifier les thèmes récurrents abordés dans le corpus. Puis, nous avons procédé à une analyse verticale afin d'observer de potentiels liens entre les freins et leviers émis par un individu avec d'autres thèmes relatés (Bardin 2013). En effet, nous supposons que les freins et

leviers peuvent être mis en lien avec le rapport que l'individu a avec ses médicaments, au maintien de l'autonomie, aux événements de vie.

Résultats

1. Un dispositif qui modifie les relations et les perceptions des professions médicales et paramédicales

Tout d'abord, nous allons aborder la place du dispositif dans l'organisation des soins de villes à destination des patients dépendants. En effet, un objet d'aide ne peut se résumer à sa simple fonctionnalité, il s'inscrit forcément dans un contexte. Ici, c'est donc le cadre qui nous intéresse ainsi que les réactions des protagonistes par rapport à ce dispositif que nous allons analyser.

1.1. L'interprofessionnalité : entre confiance et défiance

L'apparition de ce dispositif dans le panel d'outils disponibles pour l'aide au maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie s'inscrit dans une culture pluriprofessionnelle. En effet, les personnes dépendantes à domicile sont suivies par plusieurs acteurs, pour des activités différentes, avec plusieurs niveaux d'organisation et des finalités multiples ainsi qu'un horizon temporel mal défini (Bocquet et al. 2001). La difficulté principale de cette prise en charge multiple repose sur le fait que les actions sont menées par des professionnels du sanitaire et du médico-social. Or, une hiérarchie a été établie entre ces différentes professions et au sein même des professions d'un même domaine avec des logiques professionnelles inhérentes à chaque corps de métier. Ce clivage est un frein courant dans les actions à destination des personnes dépendantes (Bocquet et al. 2001).

1.1.1. Hiérarchie de soins et reconnaissance du travail

Il existe une hiérarchisation des professions médicales et paramédicales à travers ce que l'on pourrait appeler le « sale boulot ». Selon Everett Hughes, chaque profession a une partie de son travail qui est non-valorisante et volontiers cachée, c'est le « sale boulot ». C'est à partir de cette notion qu'il explique qu'il y a une hiérarchisation au sein d'une catégorie professionnelle ou entre les professions, en fonction de ceux qui exécutent et ceux qui n'exécutent pas ces tâches (Feyfant 2017). Ceci s'illustre notamment avec le discours du pharmacien titulaire qui préfère une méthode de PDA à une autre car cela lui permet de déléguer la tâche, qu'il juge inintéressante pour un pharmacien, aux préparatrices en pharmacie.

« Jean : faire des piluliers ou découper des blisters à longueur de journée sous prétexte qu'on est pharmacien euh.. non ça ça intéressera pas les pharmaciens moi le premier (rire). (...) c'est des préparateurs qui font ce travail c'est pas nous quoi. » Pharmacien.

Mais cette hiérarchisation ne se voit pas seulement dans les établissements, comme la pharmacie où le partage des tâches entre pharmacien et préparateur est quotidien ; elle se voit aussi dans la relation entre des professionnels qui ne travaillent pas régulièrement ensemble. Cela peut s'illustrer par le discours de l'infirmière libérale qui trouve que la pharmacie délègue le travail « ingrat » sur ses épaules sans aucune contrepartie.

*« Claire : **ne nous appelez pas nous pour nous dire « on arrive à la fin de l'ordonnance, il faut prendre rendez-vous chez le médecin » (...) Soit ils prennent tout soit ils prennent rien.. »** Infirmière libérale.*

Ce processus cristallise d'autant plus les infirmiers libéraux que les pharmaciens, de plus en plus, se positionnent dans la hiérarchie médicale comme secondaire après le médecin voir à égalité avec lui en qualité de « professionnel du médicament » (Nouguez 2017b). Cela s'oppose en partie à une vision des infirmiers libéraux de leur métier. Alors que les médias parlent des activités des pharmaciens et que celles-ci sont reconnues par les autorités de santé, les infirmiers de leur côté effectuent des tâches dans l'ombre qu'ils jugent essentielles pour le maintien des patients. En effet, une grande partie des tâches qu'effectuent les infirmiers libéraux ont un caractère informel et échappent à la prescription médicale. Elles ne sont donc pas rapportées aux autorités de santé car ce sont des actes « bénévoles ». Pourtant ce sont des tâches importantes pour le patient mais aussi pour l'infirmier comme pour favoriser le confort du patient (faire des courses...), pour aider à l'entretien du logement ou pour accompagner les patients lors de son parcours de soins (Douguet et Vibrod 2008). Ainsi, ces tâches réalisées par les infirmiers comme aller chercher l'ordonnance chez le médecin, ou ramener les médicaments chez le patient étaient déjà mises en place pour certains patients.

De plus, le passage des infirmiers libéraux est conditionné à l'existence d'une prescription médicale. Or le dispositif de distribution en sachets-doses proposé par la pharmacie n'est nullement soumis à l'autorité du médecin. C'est par le bon vouloir du pharmacien qu'un patient pourra disposer de ce dernier. Ainsi, l'injustice se fait ressentir plus forte pour les infirmiers libéraux car les pharmacies bénéficient d'une autonomie plus importante que celle des infirmiers libéraux et ils leur délèguent une partie de leur travail sans contrepartie. Les pharmacies pourraient alors recevoir une reconnaissance sociale pour des activités que les infirmiers libéraux effectuaient déjà bénévolement ou à un prix bas et pour lesquelles ils n'ont aucune gratitude.

*« Noémie : **Ce qui me dérange en fait c'est qu'on a une formation en tant qu'infirmier pour faire certains actes et c'est le cœur de notre boulot et ça me gêne un peu que la pharma, [...] ça me gêne un peu***

que la pharma récupère un petit peu tout en mode juste euh... machine à sous euh.... » Ancienne infirmière libérale.

Par ailleurs, cette injustice peut se conforter par le fait que la médecin généraliste interrogée voit ce dispositif d'un bon œil. En effet, la médecin a conscience que l'observance des patients est un enjeu fort. Cependant elle reconnaît qu'elle n'a généralement pas le temps de s'y arrêter en consultation ou alors que partiellement. Ainsi, savoir que la pharmacie pourrait reprendre ce rôle afin de favoriser l'adhésion des patients, la soulage d'un poids et elle ne voit pas cela comme une atteinte à son pouvoir de prescription. Pour elle, ce dispositif est un outil de plus dans l'arsenal médical à disposition du patient au même titre que le passage infirmier à domicile.

« Emilie : C'est une bonne idée pour le patient. Voilà c'est vraiment un apport et nous c'est une aide thérapeutique supplémentaire ou voilà, je dirais que c'est un entre deux quand certaines pathologies notamment de mémoire s'installent c'est quand même leur laisser la liberté de de pas être surveillé par un professionnel et en même temps voilà euh d'être sûr qu'ils font qu'ils font pas n'importe quoi avec leur traitement. » Médecin généraliste.

1.1.2. Captation et notion de « bon » soins

Le pharmacien se positionne aussi, du fait de la recherche de nouveaux financements et d'une nouvelle image, comme un acteur de santé publique important auprès des autorités de santé au point « d'effacer » la profession d'infirmier libéral. Cela se ressent dans les discours des infirmiers et des pharmaciens interrogés qui ont une vision opposée de la chose. Les infirmiers voient cela comme un « vol » de la profession d'infirmier, une captation d'une partie de leur travail alors que les pharmaciens voient cela comme une aide pour ces professionnels débordés de travail.

« Pascal : La préparation pure de piluliers n'est pas un acte infirmier en tant que tel. Dans tous les cas ils gagnent du temps mais arriver à faire comprendre ça aux infirmiers souvent ils ont un peu peur certains ils disent oula on commence à nous prendre notre travail. » Président de l'association.

Il existe des différences notables dans les tâches que les infirmiers libéraux et les pharmaciens souhaitent exécuter et dans la place que cela leur confère. Pourtant, une autre notion est à prendre en compte quand il s'agit de parler de captation des soins. En effet, les professionnels ne souhaitent pas seulement s'occuper des patients pour monter dans la hiérarchie ou augmenter leur chiffre d'affaire. Ils estiment aussi que le service qu'ils vont fournir au patient est celui qui

est le plus bénéfique pour sa santé (Bergeron et Castel 2010). Les infirmiers interrogés estiment que les pharmaciens récupèrent des fonctions pour lesquelles ils ne sont pas qualifiés. Cela ferait alors baisser la qualité des soins reçus par le patient.

*« Noémie : une infirmière libérale (...) elle sait que le lundi elle va chez monsieur machin pendant 20 minutes faire le pilulier (...) et en papotant on va voir ce qui manque, ce qui va, ce qui va pas (...) quand tu donnes des comprimés en trois secondes on n'a pas le temps »
Ancienne infirmière libérale.*

Nous remarquons que ce dispositif met en lumière des enjeux de hiérarchisation, de reconnaissance du travail ainsi que de captation des soins pour les professionnels. Ces enjeux sont d'autant plus forts entre les pharmaciens et les infirmiers libéraux. Cependant, la mise en place de ce dispositif ne crée pas seulement des tensions entre professions, il modifie la perception que peuvent avoir les professionnels sur leur métier.

1.2. Une perception individuelle de sa propre profession secouée

Une profession médicale se construit à partir de plusieurs paramètres : la formation initiale, le choix d'orientation thérapeutique ainsi que la rencontre avec des catégories de patients. Ces paramètres participent à la « construction personnalisée des métiers ». En effet, un professionnel de santé n'aura pas la même vision de son rôle en fonction des patients qu'il aura rencontré tout au long de son parcours. On parle alors de « l'effet-patient ». De plus, les pratiques des professionnels peuvent aussi être dictées par les modalités de présence à l'autre (goût pour la compagnie d'une catégorie de patients), l'attachement aux patients ou encore le « ressenti subjectif » de certaines situations de soins (Feyfant 2018). Cette construction du métier provoque donc des différences de perception des professionnels dans la prise en charge des personnes dépendantes sur des aspects pratiques tels que le temps, la rémunération, l'intérêt porté aux tâches etc.

1.2.1. Le rapport au temps modifié

Tout d'abord, la notion du temps a été largement développée lors des entretiens avec les professionnels. La pharmacie s'occupant désormais du reconditionnement des médicaments en sachets-doses, elle diminue ce temps qu'occupaient les infirmières en passant plusieurs fois par jour pour la délivrance des médicaments et parfois en faisant un pilulier hebdomadaire. Ce temps gagné est principalement notifié comme positif par les infirmières libérales.

« Claire : [...] Je trouve ça assez utile euh parce que euh parce que pour nous c'est du travail en moins parce qu'on refait pas les semainiers et mine de rien c'était hyper fastidieux. » Infirmière libérale.

Pourtant, elle met aussi en lumière une autre notion intrinsèquement liée au temps, celui de l'argent. En effet, la rémunération des infirmiers libéraux se fait à l'acte. Ainsi, chaque acte effectué est analysé en terme de temps nécessaire pour accomplir la tâche rapportée à la rémunération ainsi qu'à l'intérêt porté à cette tâche. En tant qu'infirmiers libéraux, ce sont eux qui définissent l'organisation de leurs journées et le temps prend donc une place centrale car il doit être rentabilisé. Il est fondé sur la norme personnelle de l'infirmier, c'est lui qui décide si il choisit de passer du temps avec tel ou tel patient ou sur tel ou tel soin en fonction de ce qu'il estime être nécessaire pour le patient mais aussi pour correspondre à sa norme individuelle (ex : ne pas finir tard pour profiter de sa vie familiale). L'infirmière impose alors sa norme à celle du patient car en matière de soins, c'est la juridiction du professionnel qui va primer (Feyfant 2018).

C'est cette notion que l'infirmière va prendre en compte pour décider si le dispositif de distribution des médicaments en sachets-doses vaut la peine d'être utilisé ou non. Ci-dessous, la rentabilité du dispositif est estimée **défavorable**. Selon l'infirmière libérale interrogée, la distribution des médicaments en sachets-doses lui fait gagner du temps sur un acte de délivrance de médicaments et lui facilite cet acte ce qui augmente le ratio temps/argent. Cependant, la diminution de ce temps ainsi que l'impression qu'elle a de ne plus avoir une utilité vis-à-vis du patient lui fait redouter que la Sécurité Sociale retire cette fonction du panel d'offre des infirmiers libéraux. C'est l'ensemble de ces paramètres qui fait que, pour elle, les infirmiers libéraux ont une réticence à l'utilisation de ce dispositif.

Claire : Il faut vraiment qu'on justifie notre passage pour juste une délivrance de médicaments.

Interviewer : Et vous trouvez que le fait qu'ils aient ce dispositif ça ne justifie pas votre passage du coup ?

Claire : Non ! Non. Pas forcément » Infirmière libérale.

Cette relation de rentabilité concerne aussi les pharmacies qui se rajoutent du temps pour la préparation des piluliers. Cette dernière est jugée **positive** mais elle dépend du dispositif utilisé pour faire les piluliers.

« Jean : On peut le faire [La PDA] mais avec des blisters donc pas du tout le même système et puis c'est pas très intéressant. [...] bon c'est

un peu, c'est beaucoup plus lourd que la PDA et puis euh... et puis c'est ça c'est un petit peu plus fastidieux [...]

Interviewer : *Et ça coûte moins cher la PDA que vous avez-vous ?*

Jean : *La la PDA coûte moins cher oui oui oui. » Pharmacien.*

Mais si le temps a augmenté, il est compensé par la rémunération et l'intérêt que les pharmacies ont pour cette activité. En effet, il est devenu important pour de nombreuses officines de trouver de nouveaux moyens pour développer leur activité et d'en augmenter l'attractivité afin de faire face à la concurrence. Les pharmaciens étant les seuls professionnels de santé ayant une activité commerciale, ils sont souvent en contradiction entre leurs différents rôles et missions qui ne sont « ni totalement contradictoires ni parfaitement complémentaires » (Nouguez 2017b). La PDA semble pourtant un peu concilier ces deux facettes du métier.

*« Létitia : On va dire que c'est un travail en plus mais euh qui est gratifiant donc ça apporte plein de choses quand même donc euh... C'est un autre côté du métier parce que en plus je pense que au niveau pharmacie il faut quand même se démarquer au niveau du service »
Préparatrice en pharmacie.*

La notion de temps est aussi évoquée par les aides à domicile. Pourtant elle n'est pas centrale dans leur avis sur le dispositif. Le temps gagné est celui d'éviter de courir entre la pharmacie et le médecin pour aller chercher ou déposer une ordonnance ou encore aller récupérer le traitement à la pharmacie.

*« Laurine : Je vais leur chercher les médicaments à la pharmacie [...] donc c'est moi qui lui dis voilà faudra bientôt prendre rendez-vous chez le médecin pour renouveler votre euh... votre ordonnance etc »
Aide à domicile.*

Mais si gagner ce temps est appréciable il n'est pas essentiel car il est considéré comme faisant partie de leur métier et n'est donc aucunement vu comme une contrainte. Pour eux, la plus-value principale de ce système concerne la responsabilité juridique de la délivrance de médicaments.

1.2.2. La question de la responsabilité juridique

Les aides à domicile et éducateurs spécialisés n'étant pas des professionnels de santé mais des professionnels médico-sociaux, l'aide à la prise de médicaments est pour eux une problématique délicate. En effet, ils sont souvent sollicités par les patients pour les aider sur

leur médication ce qui est en dehors de leurs attributions. Pourtant, ils le font pour aider la personne, dans une relation de confiance et d'aide à la qualité de vie.

« Laurine : C'est stressant euh dans le sens ou en fait je le fais pas tout le temps [...] je fais attention de pas me planter [...] je préfère prendre euh euh... 5-10 minutes de plus pour être sûr que ça soit bien fait. Ça c'est c'est une évidence euh... par contre non moi ça ne me gêne pas dans mon métier du tout de donner des médicaments » Aide à domicile.

Parfois, ils sont en contact avec les infirmiers lorsqu'ils font les piluliers, dans ce cas ils se plient entièrement aux directives de l'infirmier car c'est lui qui aura la responsabilité si une erreur est commise. Dans le cas où il n'y pas d'infirmiers ou de piluliers, l'aide à domicile se basera sur l'ordonnance du médecin. Même si la tâche, en elle-même, n'est pas jugée compliquée, ce sont les conséquences possibles de cet acte qui font hésiter ces professionnels.

« Léo : Bah c'est toujours particulier parce que c'est quand même des traitements en général qui sont lourds euh avec des effets qui sont pas qui sont pas anodins [...] on va dire les conséquences derrière peuvent euh peuvent être importantes. [...] y a quand même une certaine responsabilité effectivement. » Educateur spécialisé.

Aussi, ce dispositif est pour eux un confort lors de la délivrance médicamenteuse car ils savent pouvoir faire confiance à ce qui est inscrit sur le dispositif et ils peuvent toujours vérifier ce qu'ils donnent au patient. Cela augmente leur confiance lors de cet acte et diminue la responsabilité qu'ils prennent.

« Léo : Le côté délivrance de cachets qu'on disait tout à l'heure où effectivement ou euh bah là c'est déjà prêt, par rapport à l'ordonnance il y a juste à ouvrir le sachet on donne ça peut éviter une surdose ou se tromper de traitement, d'inverser. » Educateur spécialisé.

La responsabilité juridique est moins évoquée dans nos entretiens avec les infirmiers libéraux et les pharmaciens. Ce dispositif les renvoie plutôt à la perception de leur rôle de professionnel.

1.2.3. Entre rôle perçu et souhaité

Ces professions étant des professions libérales, cela leur confère un deuxième niveau d'étude. En effet, cela veut dire que ces professions se sont vu remettre le pouvoir de décider la mise en adéquation des ressources avec les situations de travail rencontrées. Cela signifie qu'en fonction des professions, le statut libéral n'aura pas la même définition. Pour le métier des infirmiers libéraux, l'autodétermination est le facteur définissant leur profession. Chaque infirmier peut donc avoir des idées et des positionnements différents sur la prise en charge d'un patient

(Feyfant 2017). C'est en partie sur ce point que les infirmiers interrogés ne sont pas d'accord avec le dispositif.

En effet, tant que la pratique différenciée reste sur des actes liés à leur relation avec un patient il n'y a pas de conflit avec d'autres professions car cela se joue entre l'infirmier et son patient. Mais dans le cadre du dispositif, celui-ci sort de la relation infirmier patient pour accepter un troisième acteur : la pharmacie. Certains infirmiers libéraux interrogés racontent alors que cela perturbe leur relation avec le patient.

Pourtant, cette vision n'est pas partagée par tous les infirmiers libéraux interrogés. Pour eux, s'occuper des médicaments d'un patient est inscrit dans un acte de surveillance clinique qui comporte entre autres la distribution de médicaments aux patients mais n'est pas le cœur de l'objectif du passage infirmier. Pourtant, selon eux, cet acte est souvent utilisé dans le seul but d'une délivrance médicamenteuse. Dans ces conditions, il est raisonnable de penser que le dispositif de distribution des médicaments en sachets-doses va leur faire perdre des actes car dans ce cas ils n'ont pas d'apport supplémentaire par rapport à l'outil. Or, le passage d'un infirmier libéral a un intérêt autre car ils ont la possibilité de vérifier d'autres paramètres chez les patients, que ce soient des paramètres biologiques mais aussi sociaux et humains. C'est dans cette optique que l'infirmier s'inscrit et ne pourra jamais être remplacé par un objet technique.

« Alexandre : Enfin voilà si si c'est un pilulier hebdomadaire moi je pense que la séance de surveillance euh elle peut tout à fait être, tout à fait pertinente même s'il a plus entre guillemets le pilulier euh... et ... voilà mais si les gens chez qui on passe tous les jours avec ce dispositif là, ça nous ferait plus gagner du temps que de nous enlever du travail entre guillemets » Infirmier libéral.

Dans les officines, la PDA étant un outil déjà disponible, les concepteurs du projet ont décidé d'étendre cette opportunité aux patients à domicile. Cette idée rejoint la volonté des pharmaciens de se démarquer de leur image « d'épicier vendeur de boîtes » et de coller plus avec la représentation de professionnels de santé qu'ils ont d'eux-mêmes (Nouguez 2017b). Cela semble concilier les deux facettes du métier de pharmacien. En effet, ce système peut permettre pour les patients qui sont à domicile une meilleure proximité en offrant une personne référente qui s'occupe d'eux à la pharmacie et qui connaît très bien leur parcours de santé.

« Létitia : Je suis un peu le, leur référente puisque c'est voilà et euh... Ils sont assez attachés quand ils viennent voilà ils disent on veut voir C [...] Elle fait mon traitement je veux voir voilà parce que voilà ils disent bah elle est au courant et tout ça. » Préparatrice en pharmacie.*

Les patients et principalement les patients âgés apprécient être servis par la même personne dans les pharmacies. Cela leur permet d'accorder leur confiance et de mieux apprécier leur prise en charge (Fournier 2002).

Il y a donc un écart entre le rôle que chaque personne perçoit de son métier, de sa profession, mais aussi de l'interprétation de ses fonctions. Le dispositif interroge donc les professionnels sur leur place dans le maintien à domicile des patients en perte d'autonomie. Cependant, la décision de la mise en place de la distribution des médicaments en sachets-doses n'a que peu été abordée par les professionnels et principalement par les aidants.

2. Place du dispositif dans le processus du maintien à domicile

2.1. La trajectoire d'aide au fil du temps

Dans cette partie, nous allons interroger le processus du maintien à domicile. En effet, lorsqu'une personne devient dépendante, elle a recours à des aides pour la seconder dans les tâches de la vie quotidienne. La plupart de ces aides reviennent aux proches aidants. Dans une enquête HID (Handicaps-Incapacités-dépendance) de l'INSEE, il a été montré que 50% des personnes âgées dépendantes recevaient de l'aide exclusivement de leurs proches et seulement 21% n'ont recours qu'à des professionnels. Cela signifie qu'environ $\frac{3}{4}$ des personnes dépendantes reçoivent au moins partiellement de l'aide informelle de leurs proches (conjoint, parents, enfants, amis, voisins...) (Andrieu et Grand 2002).

Les aidants proches peuvent être catégorisés selon deux types d'aides qu'ils donnent :

- Les aidants **prestataires** qui interviennent directement pour accomplir des tâches (ex : toilette, préparation des repas, courses...),
- Les aidants **gestionnaires** qui organisent l'aide autour de la personne.

De plus en plus, les aidants se tournent vers une prise en charge gestionnaire. Cela signifie que la relation évolue car un troisième protagoniste entre dans le processus de maintien à domicile : les professionnels. La gestion des médicaments devient centrale dans l'organisation entre ces différentes parties. En effet, les médicaments structurent la vie quotidienne des personnes en perte d'autonomie. Cependant, la survenue de troubles cognitifs perturbe cette organisation sur trois niveaux :

- **La prescription** : l'entourage va parfois avoir des demandes de traitement spécifique afin de faciliter l'aide qu'ils peuvent apporter ;

- **L'observance** : le patient n'a plus la capacité de déterminer correctement les médicaments qu'il prend et cette prise doit donc être assurée par l'entourage en lien avec les professionnels ;
- **La surveillance** : elle doit être constante.

Il faut donc que les professionnels et les aidants se coordonnent et définissent leur champ d'action vis-à-vis de la prise médicamenteuse (Andrieu et Grand 2002).

Cette relation d'aide tourne autour de la notion d'autonomie. Cette dernière est la question centrale de l'aide, pour toute mise en place d'une action ou d'un dispositif, doit se poser la question de ce que cela apporte dans l'autonomie de la personne. Le but du maintien à domicile étant de garder la personne chez elle dans un environnement connu et d'essayer de conserver au maximum ses fonctions cognitives et physiques.

Celui-ci s'inscrit dans ce que l'on peut appeler la **déprise**. Il n'y a pas de définition claire de ce qu'est la déprise mais on pourrait la définir comme *« une forme de réaménagement de l'existence avec l'avancée en âge : le délaissement de certaines activités de manière à conserver celles qui ont le plus d'importance pour soi. »* (Gagnon 2018). La déprise est un concept qui peut paraître paradoxal car l'on *« souligne le déclin des capacités de la personne tout en mettant en évidence l'autonomie qui lui reste, qu'elle préserve et parfois même regagne. »* *« C'est pour mieux tenir d'un côté qu'on lâche de l'autre »* (Gagnon 2018). Il y a différentes déprises, la déprise « inquiète » et la déprise « ultime » qui mettent la personne en face de sa finitude. Il y a également la déprise « stratégique » qui est une sorte d'anticipation de la personne sur les effets du vieillissement (Meidani et Cavalli 2018). Nous analyserons nos entretiens ici au regard du concept de déprise stratégique.

Les personnes sont ainsi confrontées à des changements physiques, cognitifs, sociaux etc., et mettent en place des stratégies de remplacement plutôt que d'abandon d'activités. Ces stratégies d'accommodation sont installées pour pallier à une fatigue éprouvée et/ou une absence d'envie sur certaines tâches, la personne souhaitant se recentrer sur des choses qui importent pour elle (Meidani et Cavalli 2018). Souvent, ce phénomène de déprise se déclenche suite à un événement de vie, un problème de santé qui survient et qui impose soudainement une limite fonctionnelle au patient qu'il n'avait pas avant ou met en lumière la difficulté à effectuer certaines tâches (Caradec 2008). On peut prendre l'exemple très parlant d'un patient interrogé qui a débuté le dispositif suite à sa sortie d'hospitalisation. Ce patient est sorti en fauteuil roulant et reçoit régulièrement la visite d'infirmiers libéraux, d'aide à domicile, d'aides-soignants etc.

Pour pouvoir rester dans un appartement et recevoir toute l'aide dont il a besoin, cette personne a dû déménager dans un logement plus approprié. C'est dans cette optique de prise en charge globale du patient que s'est déroulée la mise en place du dispositif de distribution des médicaments en sachets-doses.

Cependant, l'autonomie à conserver ne concerne pas seulement les patients mais aussi les aidants. En effet, ces derniers donnent de leur temps, plus ou moins conséquent, pour venir en soutien au membre de leur famille au détriment souvent de leur temps personnel voir de leur temps professionnel. Ainsi, l'arrivée dans la dépendance d'un proche invite à repenser la relation entre aidant et aidé. Mais cette aide doit être analysée au regard du contexte dans lequel elle s'inscrit. Le contexte peut être composé de différentes sphères avec lesquelles les aidants vont devoir composer :

- **La sphère de la santé** qui prend en compte l'état de santé du patient mais aussi de l'aidant,
- **La sphère conjugale ou familiale,**
- **La sphère de proximité** qui représente les proches en dehors de la famille,
- **La sphère institutionnelle** qui représente les professionnels de santé, les aides à domicile etc.,
- **La sphère professionnelle** qui représente le contexte professionnel de l'aidant.

Ces sphères représentent les limites fonctionnelles de l'aide possible. L'aidant peut décider aussi de son implication dans le soutien qu'il souhaite apporter. Il peut se catégoriser en trois degrés d'investissements :

- « **S'investir sans freins** » : c'est l'investissement le plus fort. L'aidant délaisse toute sa vie privée et professionnelle pour se consacrer entièrement à son rôle de soutien ;
- « **Faire tenir ensemble les activités** » : les aidants essaient de garder une partie de leur autonomie tout en aidant au maximum la personne ;
- « **Contenir l'aide** » : c'est l'investissement le moins conséquent. Les aidants essaient de freiner l'aide qu'ils peuvent donner afin de garder un maximum d'autonomie personnelle.

Les contextes interne et externe à l'aidant permettent de définir à un moment « t », l'aide qu'il souhaite offrir (Charlap et al. 2020). Par définition, le contexte est appelé à changer. La

dépendance est un processus évolutif qui nécessite une constante adaptation des moyens aux besoins du patient.

Le soutien apporté par les aidants est donc soumis aux évènements de vie, à des « imprévus » qui viennent désorganiser leur travail d'articulation. Ainsi, le contexte de l'aide est changeant et dépendant de la volonté de la personne ainsi que des ressources disponibles à cet instant. Cela peut entraîner une reconfiguration des tâches qui amène les aidants à rechercher des solutions afin de faire face aux changements apparus (Charlap et al. 2020). C'est dans ce contexte que le dispositif de distribution des médicaments en sachets-doses s'inscrit.

En effet, la décision de débiter le dispositif est principalement initiée par l'entourage des patients. Cependant, cette décision ne fait pas souvent l'objet d'une concertation entre l'aidant et l'aidé mais est imposée par l'aidant non pas dans une idée d'enlever le pouvoir de décision de l'aidé mais principalement par souci pour lui ou pour se soulager d'une tâche. En effet, les aidants n'ont souvent pas pour tâche principale d'aider à la prise des médicaments mais cela est perçu comme un poids supplémentaire pour eux.

*« Véronique : Non mais justement parce que **c'est tellement un soulagement** que justement si j'en parle c'est surtout pour ça en fait (rire) » Aidante.*

La décision se fait aussi sans concertation car la personne est estimée comme incapable de décider pour elle-même à cause de troubles cognitifs ou de sa pathologie.

*« Marcel : **Ma femme a un problème, un peu d'Alzheimer** donc elle avait des problèmes pour prendre les médicaments et c'est moi qui fallait aller chercher les trucs **donc j'ai demandé à la pharmacie qu'ils nous les préparent** comme ça et du coup moi j'ai pris les miens pareils. » Patient et aidant.*

En France, plus de 90.000 personnes font l'objet d'une protection juridique comme une tutelle ou une curatelle. Cependant, encore plus de personnes sont « disqualifiées » des décisions les concernant par leurs proches ou les professionnels car « c'est pour leur bien ». Ces décisions autour de la personne sans jamais lui demander son avis traitent souvent de la qualification des troubles du patient et des solutions à mettre en place pour mieux l'accompagner ou le prendre en charge. L'accompagnement de ces personnes étant principalement informel, la législation n'a pas toujours de prise dessus. De plus, de multiples recommandations sont à disposition des aidants, parfois contradictoires, mais ces derniers peuvent décider individuellement et selon leurs croyances ce qu'ils pensent être le mieux (Béliard et al. 2015). C'est ce que nous retrouvons ici dans nos entretiens avec les patients, les aidants mais aussi les professionnels.

Même si actuellement tous les patients interrogés qui ont recours à ce dispositif de distribution des médicaments en sont ravis ça n'a pas été le cas au début pour certains qui n'ont pas hésité à le dire mais ont été forcés de l'essayer.

« Interviewer : Et votre maman, elle a pas eu de réticence à utiliser l'escargot ?

*Virginie : Alors **au début elle voulait pas** ... parce que : non non mais non t'inquiète je gère machin et puis euh elle a essayé et elle a adopté tout de suite. » Aidante.*

D'autant plus que la mise en place de la distribution des médicaments en sachets-doses peut-être mal vue par certaines personnes.

*« Marie : Donc mon frère il m'a dit « écoute c'est comme ça et puis euh voilà hein il me dit faut pas le prendre comme une punition c'est pour t'aider » mais je reconnais qu'au début tout ce dispositif [...] **je me suis senti vieillir de 10 ans d'un coup comme ça** » Patiente.*

En effet, ce dispositif renvoie à une image de personnes âgées que la personne ne souhaite pas apercevoir, ce qui induit un refus d'utilisation pour « tenir à distance le portrait du « vieillard » » (Meidani et Cavalli 2018).

2.2.L'acceptation de la décision

Dans cette partie se pose donc la question de l'implication du patient mais aussi de l'aidant dans les traitements. La continuité des soins est un processus long et qui coûte souvent beaucoup d'énergie aux personnes : prendre rendez-vous chez le ou les médecins, se déplacer au cabinet, se déplacer à la pharmacie, récupérer les médicaments, comprendre les boîtes et les associées aux lignes sur l'ordonnance du médecin, les ranger, les retrouver lors de la prise etc. Le dispositif que propose l'association permet alors de supprimer une partie de ces tâches pas forcément intéressantes et chronophages.

Nous avons vu avec le concept de déprise que les patients peuvent investir leurs soins car ils estiment que c'est quelque chose d'important pour eux. A contrario, ils peuvent s'en désintéresser par manque d'envie ou par perte des capacités suffisantes pour continuer à suivre correctement leur traitement. Dans ce cas, ce sont souvent les aidants qui reprennent le rôle parfois secondé par des infirmiers libéraux. Par la suite, si les aidants ne souhaitent plus assurer cette tâche, ils ont la possibilité de la déléguer entièrement à un professionnel de santé avec le dispositif de PDA, ce qui n'était pas le cas avant.

« Véronique : J'avoue que je me suis tellement occupée des, de mon papa qui avait Alzheimer au niveau des papiers et des machins que là le fait que ce soit quelqu'un d'autre qui gère ses ordonnances et tout [...] c'est vrai que ce poids de médicaments moi ça m'arrange bien » Aidante.

Par ailleurs, les personnes qui reçoivent de l'aide peuvent avoir un sentiment de dette. Ce dernier est marqué par le fait que le patient ne veut pas apparaître comme un poids auprès de l'aidant mais pourtant a besoin de son aide (Masotti et Hugentobler 2020). Cela pourrait amener la personne dépendante à accepter de se plier à l'utilisation de dispositif malgré sa réticence initiale. De plus, son acceptation pourrait aussi être une raison pour éviter de se placer sous leur surveillance et leur contrôle mais peut être aussi pour les rassurer sur leur autonomie et éviter ainsi le placement en institution (Gagnon 2018). La mise en place du dispositif peut aussi permettre aux aidants de limiter le choix de l'institution qui n'est peut-être pas non plus une solution adaptée, de leur point de vue, et peut être une souffrance de voir ses proches partir en institution (Meidani et Bernard 2019).

« Christelle : Le jour où maman ne pourra plus rester dans une résidence euh comme elle est actuellement parce que elle est dans un quelque chose qui n'est pas médicalisé. Le jour où ça va être compliqué qu'elle va retourner en EHPAD euh là j'aurai plus mon mot à dire hein mais bon j'espère que ça sera le plus tard possible. » Aidante.

Les professionnels du maintien à domicile (aide-soignant, aide à domicile, infirmiers...) sont souvent inscrits dans cette reconstruction du quotidien du patient. Ils peuvent reprendre une partie des tâches qu'un aidant souhaite déléguer pour différentes raisons. Cela peut induire chez les aidants un sentiment de culpabilité voire de honte car il ne correspond plus à l'idéal d'aidant familial auquel il peut se comparer (Talpin 2020). Cependant, le fait que le système de PDA mis en place par les pharmaciens soit proposé aux aidants leur permet de limiter ce sentiment de culpabilité. En effet, les aidants peuvent faire confiance aux pharmaciens pour gérer l'entièreté du système de distribution des médicaments et de renouvellement des ordonnances/médicaments.

Cette relation de confiance avec les pharmaciens et les professionnels de santé peut être expliquée par les différentes typologies de stratégies de recours aux soins. Cette classification se fonde principalement sur deux critères : la confiance dans le système de soins et la confiance dans les médicaments (Collin 2002).

- Si les personnes ont confiance dans le système de santé et le médicament, elles seront très observantes quant au suivi des règles de prescription du médecin voir quasiment soumises aux recommandations médicales
- Si les personnes ont confiance dans le système de santé mais sont défiantes vis-à-vis des médicaments, elles mettront en place des stratégies de prévention afin de maintenir une vie « saine » et éviter le recours aux médicaments
- Si les personnes n'ont pas confiance dans le système de santé mais dans les médicaments, elles vont plutôt mettre en place des mécanismes d'auto-gestion des médicaments principalement comme l'automédication.
- Enfin, si les personnes n'ont confiance ni dans le système de santé, ni dans les médicaments, elles préféreront les médecines alternatives.

Dans nos entretiens, nous retrouvons principalement des patients et des aidants qui ont confiance dans le système de soins et dans les médicaments. Cela confère le rôle de professionnel de confiance aux pharmaciens et permet donc aux aidants de déléguer plus facilement cette tâche. Ces différentes typologies permettent aussi de remettre en question la notion d'observance. La prise de médicament est donc en partie liée à l'expérience qu'ont eue les patients et les aidants avec le système de santé et les médicaments.

En outre, ce dispositif permet aussi de mieux différencier les « vrais » médicaments des « faux » médicaments. Les « vrais » sont les médicaments prescrits par le médecin. Tandis que les « faux » sont ceux que le patient peut prendre occasionnellement chez lui en prévention par exemple d'une maladie ou pour des douleurs bénignes (Collin 2002). Cette distinction se retrouve dans nos entretiens. Lorsque que nous posons la question du nombre de médicaments pris par les patients régulièrement, il est question de ceux sur l'ordonnance. Ce n'est que plus tard dans la conversation, quand nous insistons sur les médicaments non prescrits, qu'ils se souviennent des médicaments qu'ils prennent au besoin. Ce sont principalement des médicaments contre la douleur comme le paracétamol ou les médicaments pour l'anxiété ou le sommeil. Cette distinction est d'autant plus forte avec le dispositif que l'ensemble des médicaments prescrits (si la forme galénique le permet) se trouvent dans les sachets-doses alors que les médicaments facultatifs, les « faux » médicaments ne sont pas rangés dans les sachets et sont délivrés dans leur emballage d'origine à côté. Cela crée une diminution de la possibilité pour le patient de modifier la prescription médicale.

Il est raisonnable de penser que les personnes que nous avons interrogées se situent plutôt dans la typologie des personnes qui ont confiance dans le système de santé et les médicaments. Ce sont donc des patients qui n'ont pas de problème majeur d'observance et qui donc vont accepter plus volontiers ce type de dispositif car la « soumission » à un professionnel médical n'est pas une contrainte pour eux.

Pourtant, si les patients et les aidants ont une confiance dans ce dispositif, ce n'est pas toujours le cas de certains professionnels comme les infirmiers libéraux comme vu précédemment. Même si les raisons de ce désamour des infirmiers pour le dispositif sont entièrement différentes à celles des patients et des aidants, cela crée une tension dans la prise en charge lors de leur intervention à domicile.

*« Monique : voilà je suis tombée sur un qui été pas content. Il a dit, il a dit mot pour mot **j'étais choquée** j'ai regardé ma mère il a dit : ils me volent notre travail. » Aidante.*

Cette tension peut entraîner des répercussions sur le patient. En effet, si les aidants et les professionnels se mettent en situation de conflit, il y a un risque majeur que ce soit le patient qui fasse les frais de la situation et provoque l'arrêt de la prise en charge (Talpin 2020).

D'un autre côté, ce dispositif est accepté par les patients et les aidants grâce à son prix. Les promoteurs du projet ont insisté pour le rendre sans reste à charge car ils estimaient que cela le rendait plus juste et permettait de toucher l'ensemble de la population qui en avait l'utilité. Si l'absence de prix permet aux patients qui en ont besoin d'y avoir accès, cela ajoute aussi une dimension acceptable pour les patients. En effet, le fait que les aidants n'aient pas à payer pour une aide supplémentaire « à cause » d'eux peut permettre d'éviter des conflits en limitant cette dette qu'ils doivent à leurs aidants.

Ainsi, la décision qu'elle soit prise par le patient ou par l'aidant, est acceptable même si elle peut faire l'objet d'une négociation. Mais qu'en est-il de l'acceptabilité du dispositif en lui-même ?

3. Acceptabilité et usage du dispositif

Le dispositif chez les patients et chez leurs aidants est grandement apprécié. La distribution des médicaments prescrits en sachets-doses, ainsi que le rappel du renouvellement de l'ordonnance, tout comme la gestion des ordonnances par les pharmacies, sont vécus autant par les patients que par les aidants comme une aide utile et bienvenue.

« Virginie : C'est extrêmement bien ! C'est super carré euh et y a jamais eu de loupé jusqu'à présent enfin c'est nickel. » Aidante.

Les motifs de cette acceptabilité et de l'usage courant de ce dispositif sont nombreux et différents selon les personnes interrogées. Cela peut être le fait de ne plus avoir pleins de boîtes de médicaments différentes qui traînent sur la table de la cuisine ou que cela permet d'éviter de renverser des comprimés lors de l'ouverture des blisters.

« Monique : Mais j'avais un peu peur quoi parce qu'une ou deux fois en faisant le ménage j'avais retrouvé un petit cachet par terre et je lui avais dit mais c'est quoi ce cachet ? Et vu qu'elle en avait beaucoup de cachets et des fois ça lui arrivait de quand elle ouvrait son petit paquet elle en faisait tomber mais là depuis l'histoire des de des sachets-doses super » Aidante.

L'acceptation d'un dispositif et son utilisation courante peut être analysée selon trois critères qui sont complémentaires : **l'acceptabilité, l'utilité et l'utilisabilité**. Pour que le dispositif fonctionne auprès de la population cible, il est important qu'il atteigne un score haut dans ces trois paramètres. Si un seul critère venait à sembler peu pertinent, le dispositif n'aurait pas atteint le but recherché (Tricot et al. 2003).

3.1. L'utilisabilité

L'utilisabilité pourrait se traduire par la maniabilité du dispositif. Il correspond à la possibilité d'apprendre à utiliser le système et sert à la gestion et à la prévention des erreurs (Tricot et al. 2003). Dans notre cas, l'utilisabilité est facile d'apprentissage car le dispositif consiste en un rouleau de sachets qui se déroule comme du ruban adhésif dans son support sur lesquels sont inscrits le nom de la personne, la date, l'heure de prise, les noms des médicaments dans le sachet et un rappel pour ceux en dehors des sachets. La personne n'a donc plus qu'à regarder ce qu'il y a écrit sur les inscriptions et à détacher le sachet qu'elle souhaite prendre.

« Marguerite : hein je le ferme et je le tire comme ça. Ça se déroule bien facilement hein. Y a pas de problèmes hein. Non non c'est bien facile » Patiente.

Le risque d'erreur est très faible et dépendant de la capacité de lecture et de vision de la personne. D'autres usages du dispositif sont aussi appréciés des patients qui l'utilisent, comme couple de retraités qui aiment faire des voyages dans leur camping-car :

« Marcel : C'est pratique quand on part, quand on part avec le camping-car à emporter y a qu'une boîte. » Patient.

Certains patients lors de leur voyage ne prennent que le nombre de sachets nécessaires et laisse le reste du rouleau chez eux. Cela leur permet de voyager plus léger et plus discrètement.

Par ailleurs, l'usage du dispositif est aussi pratique pour les aidants qui viennent car le dispositif comporte aussi le rappel des renouvellements d'ordonnances par un papier apposé sur le rouleau par la pharmacie et par des appels si besoins pour rappeler au patient ou à l'aidant de revenir avec une nouvelle ordonnance du médecin. La pharmacie garde une photocopie des ordonnances le temps de sa validité et effectuent le renouvellement « automatiquement ». Le patient n'a plus qu'à venir chercher chaque mois son rouleau ou d'attendre qu'on vienne lui livrer. Cette possibilité est grandement appréciée des patients et des aidants.

« Marcel : C'est eux [la pharmacie] qui nous disent quand il faut la renouveler. Nous on y va tous les trois mois presque chez le médecin. Mais ils nous avertissent c'est la dernière fois donc... Ils photocopient l'ordonnance et nous on a l'originale. » Patient.

Cependant, certains patients ou professionnels ont émis des suggestions d'améliorations du dispositif comme l'écriture des sachets qui pourrait ne pas être adapté à la vision des personnes âgées.

« Laurine : mais une personne âgée lira pas beaucoup ne lire pas bien ce qu'il y a écrit dessus » Aide à domicile.

Ou encore les sachets plastiques qui ne sont pas très écologiques.

« Emilie : Je pense que c'est une bonne idée alors écologiquement c'est pas terrible mais sinon c'est une bonne idée pour le patient. » Médecin généraliste.

L'utilisabilité des bénéficiaires de ce dispositif est très forte car elle peut se résumer par cette phrase d'un patient :

« Interviewer : Pourquoi vous trouvez que c'est très bien ?

Paul : Parce qu'on s'occupe de rien. » Patient, 68 ans, Seul, Etablissement, Pathologie chronique.

3.2. L'utilité

L'utilité répond aux questions du « comment », « quoi » et « pourquoi ». Ce paramètre ici se traduit par une sécurité de la prise de médicaments ainsi qu'une baisse de charge pour les aidants qui se sentent alors « soulagés » de savoir que leurs parents utilisent ce système et sont suivis par la pharmacie.

Tout d'abord, la mise en place de ce dispositif fait souvent suite à un évènement dans le parcours de vie du patient : une hospitalisation, une découverte d'une pathologie, la mise en place de médicaments qui semble plus importantes etc. Ce système est alors perçu comme une sécurisation de la prise de médicaments et ainsi une meilleure prise en charge de la pathologie.

*« Virginie : **Quand ma mère a eu une opération du cœur des pôles de ressorts là de stents [...] elle a eu des médicaments qu'il fallait vraiment prendre comme y faut régulièrement** avant elle avait juste des trucs euh un peu de cholestérol mais qu'elle gérait toute seule **et là j'ai estimé que c'était plus... plus important que ce soit fait comme il faut en fait.** » Aidante.*

Ce dispositif a la même fonction qu'un pilulier manuel rempli par le patient lui-même, un proche aidant ou encore un infirmier libéral. Il est donc régulièrement comparé aux autres piluliers. Selon le point de vue des patients et des aidants, ce dispositif possède des différences notables qui les font changer de méthode de pilulier.

*« Véronique : **C'est même plus facile que les boîtes** parce que les boîtes elle peut se tromper quand ... les ... les ... les semainiers. **Vous savez ils arrivaient à se tromper parce que matin, après-midi, lundi quand on sait pas, alors que là on a juste à dérouler** et puis c'est bien marqué euh matin, telle heure, machin euh c'est vraiment bien, **c'est mieux qu'un semainier.** » Aidante.*

De plus, ce type de distribution de médicaments permet d'augmenter l'observance. En effet, les médicaments sont condensés dans une seule boîte et répartis par prise. Comme le rouleau prend moins de place, il est souvent placé par les patients sur la table ou dans un meuble visible de la cuisine ce qui permet de s'en souvenir au moment des repas.

*« Marguerite : **Aussi c'est bien pratique** parce qu'ça traîne pas euh vous avez pas les boîtes de euh médicaments qui traînent et c'est en face de vos yeux vous pouvez pas l'oublier ! » Patientte.*

Une plus grande sécurité dans la prise est aussi rapportée par les patients et les aidants car la personne n'a plus qu'à lire ce qu'il y a de marqué sur les sachets et comparer au jour et à l'heure actuelle. Cela est pourtant nuancé par certains professionnels qui nous ont fait part de leur scepticisme quant à la capacité des personnes âgées de pouvoir lire correctement des caractères trop petits selon eux. Pour les personnes avec une bonne vue, il est beaucoup plus simple de savoir où en est le patient dans sa médication et les oublis peuvent être facilement remarqués tout en évitant la double prise de médicaments (reprendre, par exemple, le comprimé du midi parce qu'on pense qu'on a oublié de le prendre ce qui n'est pas le cas).

« Virginie : Non et puis c'est bien pour elle si elle sait plus si elle a pris, pas pris, elle regarde sa date son matin son soir si il reste le paquet c'est qu'elle l'a pas pris quoi donc c'est hyper pratique je trouve. » Aidante.

Enfin, une diminution des erreurs de prise pourrait être observée pour certains patients. Une partie des patients ne sortent pas les médicaments du sac dans lequel les pharmaciens ou préparateurs mettent les médicaments. Ceux-ci sont alors mélangés : médicaments prescrits quotidien, médicaments si besoins, automédication, etc. De plus, avec la substitution des génériques, les noms étant rarement les mêmes que ceux prescrits sur l'ordonnance par le médecin, le risque que la personne se trompe quand elle cherche ses traitements est assez élevé. Beaucoup de patients, surtout les personnes âgées, font de tête pour prendre leurs médicaments car ils ont l'habitude, ils se repèrent à la couleur de la boîte, la forme du comprimé, la couleur du comprimé etc. Or ces méthodes sont source de méprises car il suffit que le laboratoire décide de changer un de ces paramètres ou que la pharmacie change de génériqueur pour que ces paramètres deviennent obsolètes. S'il n'est pas prévenu, le patient, peut soit se tromper de médicaments ou alors décider de ne pas le prendre (Nouguez 2017a).

*« Monique : elle avait son gros sac de médicaments qu'elle mettait, qu'elle accrochait sur euh... sur chaise vous savez et... puis **tous les soirs elle sortait son... son gros sac de médicaments** et puis elle prenait tous ses cachets. [...] Ma mère est illettré alors [...] **elle se repère hein parce que elle se repérait super bien** [...] **elle se repérait aux couleurs.** » Aidante.*

Ce risque d'erreurs concerne principalement des patients âgés mais aussi de jeunes patients en âge préscolaire. La fréquence de ces erreurs se situerait entre 19 et 59% ; ce qui n'est pas négligeable (Mira et al. 2015).

Enfin, ce dispositif permet une diminution importante du gaspillage des médicaments. Nous allons distinguer ici deux types de stockage : le stockage de médicaments prescrits quotidien et le stockage des médicaments en « si besoins ». Les médicaments prescrits sont souvent des médicaments à prise quotidienne, les boîtes fournies aux patients sont donc prévues selon les laboratoires et les molécules pour 28 ou 30 jours voir 84 ou 90 jours pour les conditionnements trimestriels pour les pathologies chroniques (ex : hypertension). Ces décalages entre le nombre de comprimés disponibles et le nombre de jours réels dans le mois créent souvent des décalages dans le renouvellement des ordonnances à la pharmacie. Ces décalages sont à l'origine de deux phénomènes : la rupture de médicaments ou le surstockage de médicaments. En effet, le renouvellement automatique des boites chaque mois peut amener les patients à conserver en

avance des médicaments. Si le médecin décide de changer le traitement du patient, ces médicaments inutilisés vont être jetés.

« Xavier : Dans la vision du des médicaments de... qu'il y ait plus de de ... on jette plus les médicaments euh... on a exactement le nombre de médicaments qui faut donc y a plus de gaspillage. » Directeur établissement pour personnes âgées dépendantes.

Le 2^{ème} type de stockage concerne les médicaments prescrits par le médecin en « si besoin ». Il s'agit des médicaments que le patient ne prend que s'il en ressent le besoin. Ce sont souvent des traitements antidouleurs, pour le transit ou pour favoriser le sommeil etc. Certains patients n'utilisent pas souvent ces médicaments car ils n'en ressentent pas le besoin bien qu'ils aillent les chercher tous les mois à la pharmacie. Cela se traduit par une surconsommation inutile.

« Alexandre : Les patients vont à la pharmacie il y a du Macrogol® dessus ils sont absolument plus constipés [...] « Ah la pharmacie elle m'a donné les boîtes » mais vous êtes constipé non alors deux solutions : un « mais j'y ai le droit » oui tu y a le droit et tu fais quoi ? Collection ? c'est complètement débile et ou deuxième solution « Ah oui bah oui c'est peut-être pas utile de le prendre » je dis bah non [...] C'est bien d'avoir 2-3 boîtes en réserve chez tout le monde c'est parfait en avoir 50 ça n'a aucun intérêt [...] surtout qu'on finit par les jeter quoi et ça c'est ça ça m'énerve de jeter des trucs » infirmier libérale.

Lors des entretiens menés chez les patients utilisant ce dispositif, nous avons pris des photographies de leur armoire à pharmacie avec leur accord. Celles-ci se trouvaient dans divers endroits : la salle de bain ou la chambre d'amis. Cependant, dans tous les cas, les médicaments étaient rangés dans un placard et avaient une étagère attitrée. Dans ces armoires, les médicaments étaient principalement des médicaments OTC (Over The Counter) qui sont des médicaments qui peuvent être vendus sans ordonnance et pris en automédication. Ils ne sont généralement pas remboursés par la sécurité sociale et les mutuelles. Il ne semblait pas y avoir de médicaments sur prescription ce qui conforte l'hypothèse selon laquelle ce dispositif diminue le stockage des médicaments inutiles. Il nous a été confié par certains patients que la taille de leur armoire à pharmacie avait été grandement diminuée suite à la mise en place de la distribution des médicaments en sachets-doses car un tri avait été effectué le plus souvent par les aidants à l'origine de la mise en place. Les médicaments stockés dans cette armoire ne sont donc plus que des médicaments à prendre en cas de besoins.



Figure 5 Photo d'une armoire à pharmacie d'un patient



Figure 4 Photo d'une armoire à pharmacie d'un patient

Ce dispositif permet de diminuer ces deux types de gaspillages car la pharmacie est alors plus vigilante sur les traitements du patient. Les renouvellements d'ordonnance sont fondés sur les rendez-vous médicaux des patients, ce qui limite le gaspillage de médicaments prescrits (cela évite que le patient change de traitement en plein milieu d'un pilulier et alors le restant du pilulier finirait entièrement à la poubelle). La pharmacie vérifie aussi la quantité de « si besoins ». Cette baisse du gaspillage permet donc de limiter les erreurs de prises, l'automédication mais aussi de diminuer le coût pour la Sécurité Sociale. Les Médicaments Non Utilisés (MNU) représentaient environ 10.000 tonnes en 2019 (Cyclamed 2020). Il y a donc un vrai besoin sur cette question de gaspillage.

« Xavier : Mais je peux vous assurer que à chaque fois que les personnes rentrent dans un appartement euh tous les meubles sont plein de médicaments parce que ils ont cette habitude-là les anciens c'est ça hein. Ils avaient peur de manquer et du coup et ben en fait, alors le fait que y a plus de médicaments alors ils prennent plus n'importe quoi non plus, [...] aujourd'hui les meubles sont beaucoup plus vides et et... ça fait moins peur (rire). » Directeur établissement pour personnes âgées dépendantes.

Ainsi, la distribution des médicaments en sachets-doses ne permet pas d'augmenter l'observance en sens d'adhésion comme cela peut être entendu dans l'éducation thérapeutique. Si ce dernier concept peut sembler profitable aux patients, ils se révèlent insuffisamment efficace lorsque l'on parle d'observance médicamenteuse (Mosnier-Pudar 2012), (Conn et Ruppard 2017). En effet, ce dispositif semble correspondre plus à la notion d'alliance thérapeutique aussi appelé concordance. Cette dernière se définit par l'instauration d'un accord entre le patient et le professionnel de santé sur les décisions thérapeutiques relatives au patient.

Il y a donc un rapport entre « ce que le patient fait » et « ce que le patient et le médecin ont décidé après négociation sans imposition » (Baudrant-Boga et al. 2011). L'adhésion dépend de cinq dimensions vues précédemment : la maladie, le traitement, les caractéristiques démographiques et socio-économiques, le patient et le système de soins. Ces cinq paramètres sont importants à prendre en compte dans l'alliance thérapeutique (Baudrant-Boga et al. 2011). Les pharmaciens avec ce dispositif rentrent dans la négociation avec les patients car ils décident ensemble de ce qui sera mis dans les sachets-doses et ce qui ne le sera pas. Cela améliore la relation patient-pharmacien. Il y a donc une action sur la dimension du système de soins. De plus, la mise en lien avec les aidants permet de mieux prendre en compte le contexte socio-économique du patient et donc de l'appréhender dans sa globalité. Ensuite, les sachets-doses permettent de sécuriser et standardiser la prise de médicament sur la durée sans effort du patient. Il y a donc une action sur le paramètre du traitement. Ce dispositif ne permet pas cependant d'augmenter les connaissances du patient sur son traitement.

Il y a donc plusieurs dimensions qui sont prises en compte par le dispositif. Seuls les paramètres liés à la maladie et aux capacités du patient, ses connaissances face à son traitement, ne sont pas modifiés. Nous remarquons donc la différence principale avec l'éducation thérapeutique qui justement axe ses interventions spécifiquement sur ces deux points que ne prend pas en compte le dispositif de PDA.

3.3. L'acceptabilité

L'acceptabilité peut être définie comme « *la valeur de la représentation mentale* ». Elle est souvent très liée à la notion d'utilisabilité et d'utilité (Tricot et al. 2003). Ces dernières étant très fortes, l'acceptabilité est donc logiquement très élevée. Le dispositif devient aussi un objet recommandable auprès de son entourage personnel ou professionnel.

« Monique : Quand elle part à l'étranger je vous dis bah que des éloges sur cette association hein. Elle le montre (rire) elle le montre à ses a ses nièces vu que on est d'origine algérienne et quand on va en Algérie elle amène son... son rouleau et tout le monde est un peu choqué ils disent Wahou c'est trop bien » Aidante.

Une fois qu'elles l'ont testées, les personnes interrogées, ne se voient pas changer de système et veulent le garder le plus longtemps possible.

« Christelle : Après une fois qu'on a goûté au... à l'escargot c'est compliqué de revenir en arrière quoi. » Aidante.

Ce dispositif possède donc une acceptabilité très forte par les aidants mais aussi par les patients.

4. Le profil des bénéficiaires

Nous avons décidé de regarder si un profil de patients ressortait des utilisateurs du dispositif de distribution des médicaments en sachets-doses.

Nous avons analysé les 66 patients. La moyenne d'âge est de 71 ans avec une médiane de 79 ans. La personne la plus âgée a 94 ans tandis que la plus jeune à 12 ans. La plupart des patients utilisateurs du dispositif sont donc des patients âgés. Il y a également une égalité homme-femme avec 33 patients de chaque sexe. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les femmes ont une espérance de vie plus longue que les hommes.

Les usagers sont majoritairement à la retraite et une majorité des personnes qui ont répondu aux questionnaires habitent seule suite au décès du conjoint ou de la conjointe. De plus, un peu moins de la moitié des patients ont un proche aidant. Ces derniers se trouvent être principalement les enfants puis les conjoints. Il est donc cohérent de trouver les conjoints en 2^{ème} place car beaucoup de patients sont en veuvage.

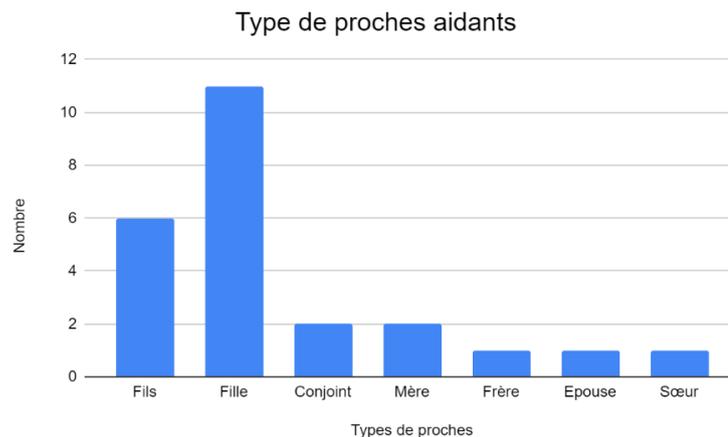


Figure 6 Histogramme de la typologie des proches

4.1. Consommation de médicaments

Ensuite, nous nous sommes intéressés au nombre de médicaments consommés par patient. Nous les avons séparés en 4 catégories :

- Le nombre de médicaments « si besoins »
- Le nombre de médicaments dans les sachets-doses
- Le nombre de médicaments en dehors des sachets-doses

- Le nombre de médicaments total

Les médicaments en dehors des sachets-doses ont été comptés à partir des médicaments prescrits par le médecin et non ceux pris en automédication. La plupart de ces médicaments sont en dehors des sachets pour une raison de formes galéniques.

Certaines de ces formes galéniques se retrouvent plus régulièrement chez les patients. En effet, nous remarquons dans cette étude que les sachets en poudre et les ampoules buvables représentent chacune environ $\frac{1}{4}$ des formes galéniques incompatibles avec les sachets-doses. Pour la plupart ce sont du Kardégic® et des ampoules de supplémentation en vitamine D. Ce n'est pas surprenant de les retrouver majoritairement ici car ce sont des médicaments régulièrement prescrits chez les personnes âgées. Ensuite, les formes dermiques et les préparations parentérales représentent chacune 15% des autres formes galéniques. Les injectables sont principalement des injections d'insulines pour les diabétiques insulino-dépendants. Le reste des formes galéniques se partagent les 20% restant entre les gouttes, les aérosols, les gelées orales, les comprimés trop volumineux ou encore les pansements.

Ces médicaments sont pris de 3 manières différentes :

- Une prise régulière mais espacée comme les ampoules buvables qui se prennent tous les trois mois
- Une prise ponctuellement sur une période définie plus ou moins longue comme les formes dermiques ou les gelées orales
- Une prise continue comme pour les sachets ou les préparations parentérales

La part des médicaments pris en continu étant peu importante, pour calculer la part de patients en automédication (5 médicaments ou plus) nous avons décidé de prendre uniquement en compte les médicaments dans les sachets-doses.

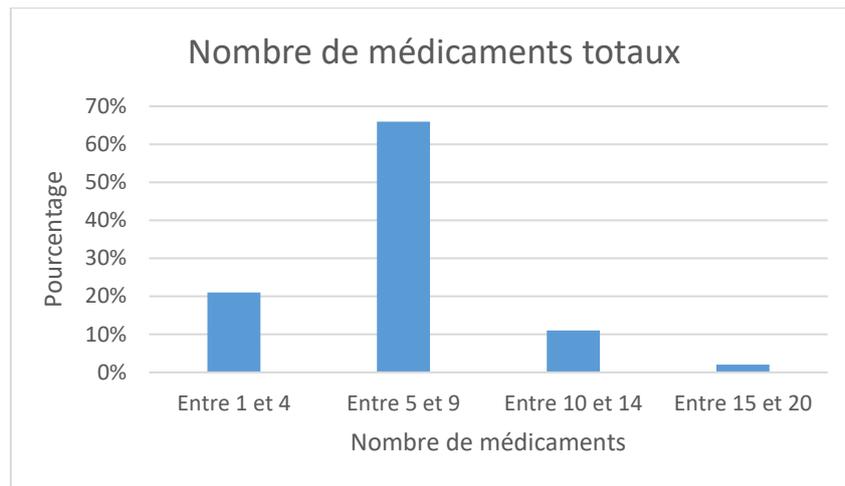


Figure 7 Histogramme de médicaments totaux

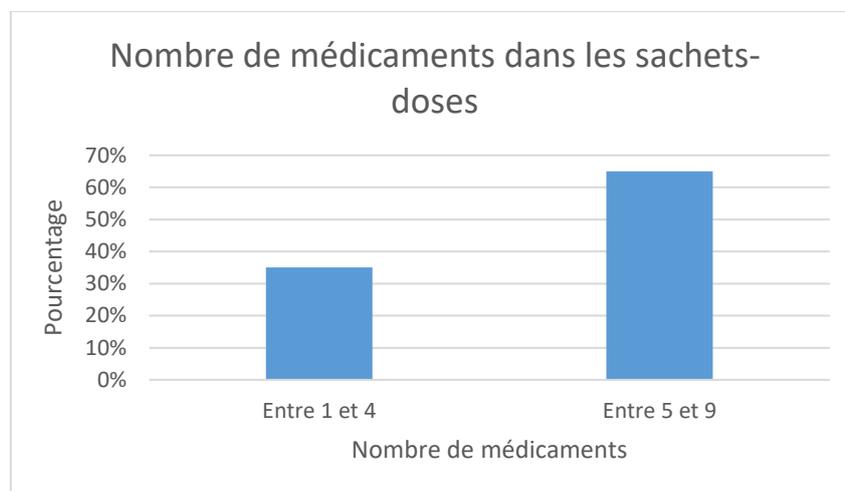


Figure 8 Histogramme des médicaments en sachets-doses

Nous pouvons observer qu'en prenant la totalité des médicaments, 79% des usagers sont en situation de polymédication (5 médicaments ou plus différents). Cependant, si nous regardons seulement que ceux présents dans les sachets-doses, seuls 65% des patients sont polymédiqués. De plus, la consommation de médicaments différents par jour ne dépasse plus les 10 médicaments quand on s'intéresse à ceux pris seulement dans les sachets-doses.

4.2. Utilisation de piluliers avant

Dans les questionnaires, nous nous sommes intéressés à une utilisation antérieure de pilulier. 61% des personnes incluses ont déclaré qu'elles en utilisaient. La plupart du temps il était fait par le patient lui-même, parfois par les infirmiers et très rarement par le conjoint(e) ou les enfants.

Cela peut être mis en corrélation avec la décision d'utiliser la PDA et l'image que cela renvoie à la personne. En effet, nous avons vu que la PDA peut renvoyer une image de dépendance désagréable pour le patient. Cependant, si le patient utilisait déjà un pilulier avant la mise en place de la PDA, il se pourrait que l'acceptation du dispositif soit plus simple pour ces derniers. De plus, cela implique un besoin de simplification dans la prise de médicament. Nous pourrions penser que la PDA concerne principalement des personnes qui ressentent un besoin d'aide ou d'accompagnement dans leur prise médicamenteuse.

4.3. Organisation de la prise de médicaments

Tout d'abord, dans le questionnaire, nous nous sommes intéressés au ressenti qu'ils pouvaient avoir vis-à-vis de l'organisation de leur traitement. 64,7% des patients trouvent que l'organisation générale est une source de stress. 50% pensent que l'organisation des rendez-vous médicaux est un stress, 12,5% ne savent pas et le reste ne trouve pas cela stressant. Quant à la complexité de suivre correctement son traitement 50,1% des patients trouvent leur schéma thérapeutique trop compliqué, 25% n'ont pas d'avis et le reste est en désaccord avec cette idée.

Nous remarquons donc qu'une majorité de patients estiment que l'organisation de leurs traitements et le suivi des prescriptions est complexe et stressant. Il reste quand même une part importante de personnes qui ne suivent pas cette idée, cela correspond peut-être aux patients qui possèdent peu de médicaments ou qui sont encore « jeunes ». Nous n'avons pas assez de données pour vérifier cette hypothèse cependant.

Ensuite, une fois la mise en place du dispositif, plus de 80% des patients estiment que ce dernier leur facilite l'organisation générale des médicaments, qu'il permet la diminution du stockage des médicaments, qu'il les rassure et facilite la prise. Pourtant, lorsqu'on demande aux patients si le dispositif diminue le nombre de médicaments qu'ils prennent et s'il facilite la prise des rendez-vous médicaux les avis sont plus divisés. Une petite majorité pense que oui (58,8% et 52,9%) le reste est divisé entre le non et ne pas savoir.

Ici, nous observons que l'organisation des médicaments est souvent perçue comme complexe et stressante. Le dispositif semble avoir des effets bénéfiques sur ces problématiques. De plus, il a des effets bien moins visibles notamment sur les rendez-vous médicaux mais cela semble moins une problématique importante pour les patients que la complexité du schéma thérapeutique par exemple.

4.4. Les médicaments génériques

Une des pistes de financement actuel des pharmaciens qui utilisent le dispositif est la possibilité de facturer plus facilement des génériques aux patients avec le système de distribution en sachets-doses. Nous avons donc voulu connaître l'avis des patients sur ce sujet car il nous a semblé important de voir si la substitution pouvait être facilitée par ce dispositif ou si cela n'était pas une problématique car les patients n'y étaient pas résistants. La question des médicaments génériques est une problématique récurrente qui peut parfois cristalliser les relations entre patients et pharmaciens (Nougez 2017).

La totalité des patients avaient déjà entendu parler des génériques. 66,7% ont déclaré n'avoir aucune réticence à prendre ces médicaments, 16,7% ne se sentent pas concernés par la question, 5,6% n'ont pas d'avis et 11,1% déclarent avoir une réticence à les prendre.

Cela peut se coupler avec la notion de profils de patients évoqués plus haut. En effet, seul un petit nombre de patients est réfractaire aux génériques. Cela pourrait dire que les patients qui utilisent le dispositif sont majoritairement des patients qui ont confiance dans le système de santé et dans les médicaments.

4.5. Economies

4.5.1. La notion de temps

95% des patients interrogés trouvent que le dispositif leur permet d'économiser du temps. Le temps économisé par mois est variable allant de 10 minutes à 2h. En majorité, les patients estiment le temps gagné aux alentours de 30 minutes à 1 heure. La raison principale est la charge mentale en moins : 70% trouvent que ce dispositif allège leur esprit et leur permettent de penser à moins de choses. Ensuite 47% trouvent que ce dispositif permet de diminuer les déplacements. Cela est probablement dû à la possibilité de livraison du dispositif.

4.5.2. La notion d'argent

En revanche, le dispositif ne permet pas selon l'ensemble des patients de réaliser des économies d'argent.

Nous avons par ailleurs demandé aux patients d'estimer le prix du dispositif sur une période d'un mois. Les résultats sont très disparates avec un prix qui oscille entre 1€ et 60€. De plus,

75% des patients ne souhaitent pas payer pour utiliser le service. Ceux qui veulent bien payer un reste à charge ne souhaitent pas dépenser plus de 10€ par mois.

4.6. Satisfaction

Le taux de satisfaction chez les patients est très fort avec une moyenne de 9,7/10. Chez les aidants, la satisfaction moyenne est de 9,6/10.

5. L'observance

L'observance a été mesurée selon le questionnaire Girerd (Annexe VIII) qui permet d'évaluer l'observance. Celui-ci est composé de 6 questions sur la prise médicamenteuse. Si la réponse à une question est OUI alors on attribue 1 point. Les points sont comptés à la fin du questionnaire et donnent un score :

- Si le score est de 0 alors le patient a une bonne observance ;
- Si le score est compris entre 1 et 2 alors le patient a de minimes problèmes d'observance ;
- Si le score est supérieur ou égale à 3 alors le patient à une mauvaise observance.

Le questionnaire a été réalisé avec de nouveaux patients afin d'avoir le score avant le début du dispositif puis aux trois premiers mois suivant la mise en place. Nous avons compilé les résultats des 10 patients comme ci-dessous :

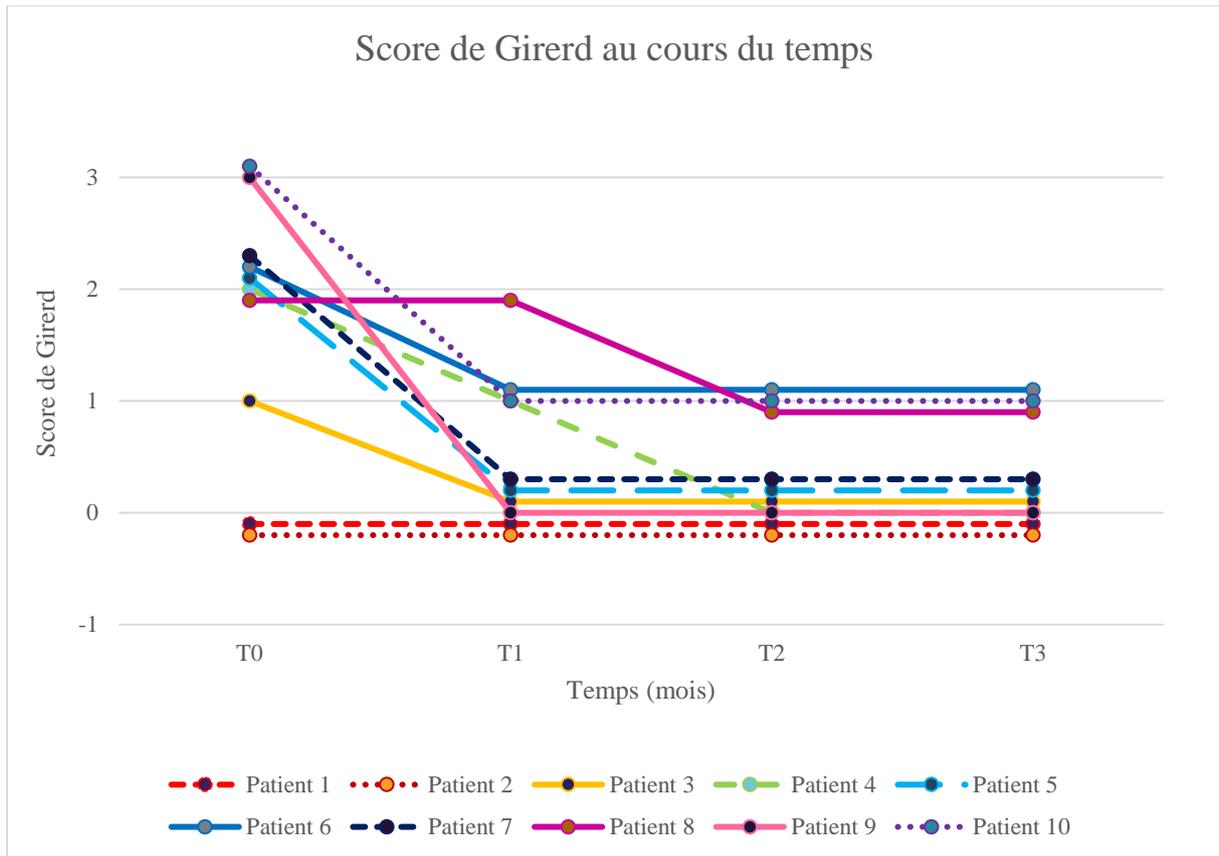


Figure 9 Courbe représentant le score de Girerd au cours du temps

Pour plus de lisibilité du schéma nous avons légèrement décalé les points cependant, les scores sont bien des nombres entiers : 0 ; 1 ; 2 ; 3.

Cette courbe nous montre une tendance à la diminution du score de Girerd sur la durée. Les patients avec une mauvaise observance ou des problèmes minimes ont diminué leur score et les personnes qui avaient déjà une bonne observance ont stagné. Le dispositif aurait donc un impact sur l'observance des patients.

6. Satisfaction des professionnels

6.1. Infirmiers libéraux

6.1.1. Profil

Sur les 10 questionnaires que nous avons envoyés nous avons eu le retour de quatre. La moyenne d'âge est de 47 ans. Nous avons eu deux profils différents :

- Deux femmes d'une trentaine d'années avec une dizaine d'années d'expérience
- Deux femmes d'une cinquantaine d'années avec une vingtaine d'années d'expérience

Nous remarquons que les avis au sein du même profil sont assez similaires mais les avis entre les deux profils sont souvent en opposition. Par ailleurs, les réponses obtenues sont souvent très tranchées, soit la personne est en complet accord soit elle est en complet désaccord.

Ensuite, si on regarde le nombre de piluliers que fait chaque infirmier, le nombre est relativement le même car elles font toutes entre 10 et 14 piluliers par semaine sauf une qui en fait entre 1 et 4. Cependant, le temps pour faire les piluliers est différent. Les femmes qui ont plus de 50 ans estiment le temps par pilulier entre 10 et 14 minutes alors que les femmes de moins de 50 ans estiment le temps entre 5 et 9 minutes.

6.1.2. Avis sur le dispositif

Nous avons d'abord voulu connaître l'avis des infirmiers sur leur pratique des piluliers hebdomadaire au service des patients. L'ensemble des répondants déclarent que le pilulier est propice pour un échange informel avec le patient, qu'elles apprécient de faire le pilulier pour leur patient et que ce moment est un temps d'éducation sur les médicaments et la pathologie du patient.

Nous avons ensuite voulu avoir l'avis des infirmiers sur le dispositif. Nous retrouvons une dichotomie entre les 2 profils. Lorsque l'un est tout à fait d'accord, l'autre est systématiquement pas du tout d'accord. Nous remarquons que le profil des infirmières de moins de 50 ans trouve que ce dispositif permet de mieux repérer l'observance des patients, cela les rassure dans leur délivrance, elles trouvent ce dispositif plus sécurisant pour les patients, que ce dispositif est bénéfique pour les patients par rapport à un pilulier hebdomadaire classique rempli par elles-mêmes et que celui-ci est aussi bénéfique pour elles et qu'il leur permet de gagner du temps. Elles sont favorables à son utilisation. L'autre profil pense l'inverse.

Cependant, nous avons observé une réponse qui nous semble illogique au vu des résultats déjà obtenu et des réponses fait par les infirmières libérales. En effet, les professionnels favorables au dispositif déclarent perdre un acte infirmier avec ce dernier alors que les professionnels défavorables au dispositif ne pensent pas perdre un acte. Cela est contradictoire avec nos précédents résultats et avec les réponses des participants.

Enfin, les infirmiers libéraux estiment le coût du dispositif pour une période d'un mois entre 10 et 40€.

Le degré de satisfaction est très marqué selon le profil des infirmières. Celles qui ont moins de 50 ans ont un taux de satisfaction moyen de 9,5/10 alors que celles de plus de 50 ans ont un

taux de satisfaction moyen de 0/10. Ces dernières ont laissé des commentaires pour expliquer leur insatisfaction. Leur réserve s'explique par la difficulté à gérer pour elles les changements de traitements, l'impression qu'elles sont dépossédées de leur rôle, le sentiment de perdre le contrôle sur la prescription médicale et une plus grande difficulté à surveiller la prise de traitements. Ces freins sont cohérents avec ce qui avait été trouvé précédemment dans l'étude qualitative.

6.2. Pharmaciens et préparateurs en pharmacie

6.2.1. Profil

Nous avons reçu trois réponses sur dix aux questionnaires que nous avons envoyés aux pharmaciens et préparateurs.

L'ensemble des répondants sont des femmes avec une moyenne d'âge de 42 ans. Deux sont titulaires et la dernière est préparatrice. Les titulaires ont une dizaine d'années d'expérience et la préparatrice à une trentaine d'années d'expériences. Les pharmacies sont de taille moyenne car elles emploient entre 4 et 6 salariés.

Dans l'ensemble les réponses des 3 professionnels sont très similaires.

6.2.2. Avis sur le dispositif

Nous avons voulu connaître le ressenti de ces professionnels sur certains aspects de la PDA. Les titulaires et la préparatrice trouvent que le pilulier qu'ils proposent est plus sécurisant qu'un pilulier manuel, qu'il permet de sécuriser la prise de médicaments des patients, qu'il permet de diminuer la iatrogénie des patients due à une mauvaise prise de médicaments, qu'il est facile d'utilisation et que la substitution des génériques est plus facile.

Nous leur avons aussi demandé s'ils trouvaient que le pilulier de PDA permettait une meilleure communication entre professionnels de santé. Les réponses sont plus mitigées sur ce point. La préparatrice ainsi qu'une titulaire sont en accord avec cette question mais la 2^{ème} titulaire a un avis neutre dessus. Ensuite, nous avons posé la question s'ils trouvaient que la PDA permettait de diminuer le nombre de médicaments que les patients prennent chaque jour et les réponses sont similaires à celle faite précédemment.

Enfin, nous avons voulu déterminer s'il y avait un surcoût pour la pharmacie. Les répondants ont déclaré que faire un pilulier en sachet-doses leur prenait entre 5 et 15 minutes ce qui pour certains est perçu comme une charge de travail supplémentaire. De plus, l'ajout de cette tâche

engendrait un surcoût par rapport à une délivrance classique de 1 à 10€ par pilulier. Ils ont déclaré par la suite que le service pourrait plus largement se développer si une rémunération spécifique était accordée pour cet acte pharmaceutique. Selon eux, une partie des frais supplémentaires est compensée par le fait que ce service fidélise le patient. Pourtant, lorsque que l'on pose la question de savoir si ce service leur fait gagner de l'argent ou non, deux professionnels estiment que ce service est un gain d'argent alors que la dernière pense que cela n'a pas d'influence. Aucun ne pense qu'ils perdent de l'argent à cause de la PDA.

Le taux de satisfaction est par ailleurs différent selon les répondants. Une titulaire et la préparatrice ont répondu avoir une satisfaction de 10/10 vis-à-vis de la PDA alors que la 2^{ème} titulaire a une satisfaction de 5/10.

Les pharmaciens et préparateurs trouvent donc ce service utile pour les patients mais ils ont une réticence notamment vis-à-vis de la rémunération qu'ils peuvent avoir.

Discussion

L'acceptabilité du dispositif de distribution des médicaments en sachets-doses est très forte. Ce dispositif est perçu par les patients et les aidants mais aussi par certains professionnels, comme les médecins, les pharmaciens, les aides à domicile ou encore les éducateurs spécialisés, comme étant utile avec une réelle plus-value pour le patient.

Tous ces paramètres de gestion médicamenteuse délégués aux pharmacies sont un soulagement pour les aidants qui sont souvent submergés par le temps que leur prend l'aide à la personne. La valeur accordée à ce dispositif est forte. Les usagers, une fois qu'ils ont commencé à utiliser le dispositif, n'envisagent pas de l'arrêter.

Par ailleurs, il semble y avoir une meilleure gestion des médicaments, que ce soit au niveau de la continuité des rendez-vous médicaux, du renouvellement des ordonnances mais aussi de la gestion des stocks de médicaments.

Pourtant, la diminution de la iatrogénie n'est pas forcément évidente. En effet, il serait intéressant que la pharmacie qui produit le pilulier puisse être sûre de centraliser la totalité des ordonnances ainsi que l'ensemble des produits pris en automédication afin de pouvoir vérifier la possibilité d'interactions entre tous ces médicaments et la pertinence de la prescription. Malheureusement, notre étude n'a recueilli aucune donnée sur ce sujet. Il serait intéressant de creuser ce dispositif dans ce sens et peut être de le coupler avec les bilans de médications partagés que font déjà les pharmaciens afin de compléter la prise en charge des patients.

Par ailleurs, ce dispositif a pour vocation de faciliter l'autonomie des personnes quant à la prise de leur traitement et favoriser l'observance. Plusieurs problématiques ont été soulevées par les différents professionnels interrogés.

Si nous mettons ces données en lien avec le concept de déprise, nous mettons l'accent sur les choix du patient pour définir les activités dans lesquelles il veut s'investir et celles qu'il souhaite délaissier. Avec ce dispositif, la pharmacie autorise, en quelque sorte, le patient à se désintéresser de son traitement car c'est elle qui prend en charge l'ensemble des tâches. C'est d'ailleurs un des problèmes que soulèvent les infirmiers libéraux et qui les amène à penser que ce dispositif ne serait pas bénéfique pour le patient. En effet, il serait légitime dans ce cas de savoir si le désintéressement de son traitement et par extension de sa pathologie est quelque chose qu'il est souhaitable de promouvoir. La question plus grande que soulève ce dispositif

est donc jusqu'à quand, jusqu'où le patient doit-il investir sa pathologie ? Cette réponse est probablement personnelle et dépend du cas de chacun.

Pourtant, nous avons vu que le pharmacien investirait peut-être plus l'alliance thérapeutique plutôt que l'éducation thérapeutique du patient. Nous pouvons nous demander si ces deux notions sont complémentaires ou antagonistes. Elles influent toutes les deux sur différents paramètres du patient et de sa maladie. Il serait sûrement intéressant de discuter de ces points entre professionnels autour du patient puis avec le patient pour définir ensemble la prise en charge souhaitée et souhaitable.

Cela nous amène à notre deuxième point qui est la coordination entre les professionnels et les patients. La prise en charge des patients en perte d'autonomie est très largement patient-dépendant car chaque dépendance est différente et chaque personne vit cette perte d'autonomie différemment en fonction de son caractère, de ses aptitudes mais aussi de son entourage. Le processus de maintien à domicile est donc bien multifactoriel avec de nombreux acteurs. Il serait alors souhaitable que l'ensemble de ces professionnels communiquent entre eux sur les possibilités de prise en charge tout en intégrant la vision du patient et de l'aidant. Notre étude met en évidence que cette communication ne se fait pas entre les pharmacies et les cabinets d'infirmiers libéraux alors que ces deux métiers sont complémentaires. Le pharmacien possède une expertise sur les médicaments que n'a pas l'infirmier libéral mais celui-ci connaît parfaitement les conditions de vie du patient car il a la possibilité de se déplacer au logement de ce dernier et est donc une source d'information et d'expertise dans le maintien à domicile non-négligeable.

Une coordination, un partage d'information entre ces deux professions faciliteraient la qualité de la mise en place du dispositif et permettraient aussi par le biais des infirmiers libéraux de détecter les patients pour qui ce dispositif est pertinent ou ceux pour lesquels il ne l'est pas. Ces professionnels n'ayant pas les mêmes compétences et les mêmes champs d'action, ils possèdent une complémentarité qu'il serait judicieux de mettre à profit.

En effet, ce dispositif ne conviendrait pas à tous les patients car il n'empêche pas une mauvaise prise intentionnelle et ne convient pas aux patients qui prennent des médicaments sous une forme galénique autre que la gélule ou le comprimé.

Pourtant, cette pluriprofessionnalité, si elle est souhaitable, se confronte à des enjeux politiques et économiques importants qui mettent à mal la vision que chacun a de la profession de l'autre. Le lien que chaque professionnel entretient avec les autorités de santé et l'image que cela renvoie

sont révélateurs des conflits entre ces derniers. Ainsi, pour avoir une bonne communication entre ces acteurs il faudrait travailler sur les représentations que chaque profession se fait de la sienne mais aussi des autres. Un lien avec les autorités de santé, pour inscrire ce dispositif dans un cadre au travers d'une législation, pourrait permettre d'apaiser les tensions et de favoriser le dialogue.

Ce dispositif est donc un outil intéressant à utiliser. Cependant, il ne faut pas perdre de vue que ce n'est qu'un outil et que c'est l'ensemble de l'écosystème dans lequel il s'inscrit qui en fait pleinement sa plus-value ou non. C'est le conseil du pharmacien qui est important dans une délivrance et c'est l'humanité et l'expertise des infirmiers qui est important dans une visite à domicile des patients.

Des études plus poussées notamment sur les enjeux politiques et l'impact économique de ce dispositif seraient intéressantes. Cette étude permet de faire connaître le potentiel que représente la PDA au domicile des patients dépendants.

Notre base de données quantitative était malheureusement trop peu importante pour pouvoir réaliser des tests statistiques et regarder s'il y avait un lien entre différents facteurs comme par exemple l'utilisation de piluliers avant et la satisfaction du dispositif ou encore si la complexité du traitement était un facteur important pour passer à la PDA. D'autres études seraient nécessaires pour montrer de tels implications. Dans cette étude, nous nous attachons seulement à décrire la population ce qui nous donne des pistes mais n'est pas représentatif de l'ensemble de la population.

Conclusion

Nous avons vu que ce dispositif possède une acceptabilité forte des aidants et patients interrogés mais aussi de certaines catégories de professionnels interrogés comme les aides à domicile ou les médecins généralistes qui le trouvent facilement utilisable, utile et acceptable. L'utilité principale de ce dispositif est de sécuriser la prise de médicament en limitant les erreurs de prises à cause d'une pathologie ou d'un trouble cognitif mais aussi de limiter le gaspillage notamment sur les médicaments les plus consommés comme les antalgiques, les anxiolytiques, les laxatifs et les topiques.

Pourtant, s'il est un outil pertinent pour les patients dépendants, ce dispositif est mal considéré par certains professionnels de santé et principalement le groupe des infirmiers libéraux. Ces derniers s'en méfient car, si cela leur fait gagner du temps, ils craignent qu'à terme ce dispositif remplace une partie de leur travail. Ces craintes semblent injustifiées pour beaucoup d'autres professionnels et patients puisque pour eux l'outil de dispensation et le travail de l'infirmier sont complémentaires. Il est cependant important de souligner que ces craintes sont légitimes car le métier d'infirmier libéral n'occupe pas une place privilégiée dans l'organisation des soins auprès des autorités de santé. Par ailleurs, leur statut inférieur hiérarchiquement face aux médecins et aux pharmaciens dévalorise leurs activités pourtant essentielles auprès des patients.

Il est donc indispensable qu'une communication, la plus transparente et la plus bienveillante possible, soit mise en place entre tous les acteurs concernés de près ou de loin par le dispositif afin de co-construire avec les parties prenantes, les modalités d'installation de ce dispositif ainsi que sa place dans la prise en charge du patient.

Bibliographie

- Académie nationale de Pharmacie. La préparation des doses à administrer - PDA : la nécessaire évolution des pratiques de dispensation du médicament. Académie nationale de Pharmacie; 2013 juin p. 7.
- Andrieu S, Grand A. Place de l'aidant informel. *Gerontologie et société*. 2002;25 / n° 103(4):187-93.
- Ankri J. Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. *Gerontologie et société*. 2002;25 / n° 103(4):93.
- Armand-Branger S, Baune B, Blouin P, Camus M, Canon O, Cartan X, et al. Recommandations de bonnes pratiques de préparation des doses à administrer en pharmacie hospitalière à l'aide d'automates de surconditionnement ou d'automates de reconditionnement des formes orales sèches. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. 1 mars 2021;56(1):98-110.
- ARS PACA. Guide de la préparation des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médicaux-sociaux [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/Guide-Ehpad-V7.pdf>
- Bardin L. L'analyse de contenu [Internet]. Presses Universitaires de France. 2013. (Quadrige). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-analyse-de-contenu--9782130627906.htm>
- Baudrant-Boga M, Lehmann A, Allenet B. Penser autrement l'observance médicamenteuse : d'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant – Concepts et déterminants | Elsevier Enhanced Reader. Elsevier Masson. 2011;11.
- Béliard A, Damamme A, Eideliman JS, Moreau D. « C'est pour son bien ». La décision pour autrui comme enjeu micro-politique. *Sciences Sociales et Santé*. sept 2015;33(3):5-14.
- Bergeron H, Castel P. Captation, appariement, réseau: une logique professionnelle d'organisation des soins. *Sociologie du Travail*. oct 2010;52(4):441-60.
- Bocquet H, Grand A, Andrieu S. L'évaluation de la « prise en charge » à domicile des personnes âgées : d'une approche individuelle à une approche globale territorialisée. *Gerontologie et société*. 2001;24 / n° 99(4):207.
- Caradec V. Vieillir au grand âge. *Recherche en soins infirmiers*. 2008;N° 94(3):28.
- Carrier H, Zaytseva A, Bocquier A, Verger P. Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. oct 2017;(1036):8.
- Charlap C, Caradec V, Chamahian A, Kushtanina V. Trajectoires d'aide au fil du temps. Articuler, désarticuler, réarticuler. *Gerontologie et société*. 24 mars 2020;42 / n° 161(1):147-70.
- Collin J. Observance et fonctions symboliques du médicament. *Gerontologie et société*. 2002;25 / n° 103(4):141-59.

- Conn VS, Ruppap TM. Medication adherence outcomes of 771 intervention trials: Systematic review and meta-analysis. *Prev Med.* juin 2017;99:269-76.
- Cyclamed. Rapport d'activité cyclamed 2020. 2020 p. 68.
- Douguet F, Vibrod A. Le travail à domicile des infirmières libérales : rendre ou ne pas rendre service aux patients ? In: *Santé au travail et travail de santé* [Internet]. Presses de l'EHESP. 2008. p. 143-52. Disponible sur: <https://www.cairn.info/sante-au-travail-et-travail-de-sante---page-143.htm>
- Douguet F, Vilbrod A. 11. Le travail à domicile des infirmières libérales : rendre ou ne pas rendre service aux patients ? In: *Santé au travail et travail de santé* [Internet]. Presses de l'EHESP; 2008 [cité 28 juin 2021]. p. 143. Disponible sur: <http://www.cairn.info/sante-au-travail-et-travail-de-sante--9782859529680-page-143.htm>
- Dramé M, Jovenin N, Ankri J, Somme D, Novella JL, Gauvain JB, et al. La fragilité du sujet âgé : actualité - perspectives. *Gerontologie et societe.* 2004;27 / n° 109(2):31-45.
- Feyfant V. Ce que la Dépendance fait au métier d'infirmière libérale. *Ethnographie d'une épreuve de professionnalite.* 2017;16.
- Feyfant V. Analyser le métier d'infirmière libérale à l'aune de la déprise. *Gérontologie et société.* 2018;40/155(1):59.
- Fournier C. Le rôle du pharmacien. *Gérontologie et société.* 2002;25 / n° 103(4):177.
- Gagnon É. La déprise comme interrogations : autonomie, identité, humanité. *Gérontologie et société.* 2018;40/155(1):33.
- Guével MR, Pommier J, Absil G. Chapitre 17. Articuler des méthodes qualitatives et quantitatives. In: *Les recherches qualitatives en santé* [Internet]. Armand Colin; 2016. p. 296-311. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante---page-296.htm>
- Herr M. Fragilité des personnes âgées et consommation de médicaments : polymédication et prescriptions inappropriées. *Questions d'économie de la santé Irdes.* févr 2018;(230):6.
- Herr M, Sirven N, Ankri J, Pichetti S, Sermet C. Fragilité et consommation de médicaments en population âgée. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire.* 2017;(16-17):7.
- INSEE. Fiche thématique sur l'état de santé, les pathologies et la mortalité [Internet]. 2005. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1371786?sommaire=1371789>
- Joël MÈ. Enjeux financiers et économiques de la dépendance. *Gerontologie et societe.* 27 juill 2013;36 / n° 145(2):91-102.
- Jumeau M, Francois O, Bonnabry P. Impact of automated dispensing cabinets on dispensing errors, interruptions and pillbox preparation time. *Eur J Hosp Pharm.* 23 août 2021;ejhpharm-2021-002849.

- Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? Revue des maladies respiratoires [Internet]. 2005 [cité 26 août 2021];22. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/rmr/article/156964>
- Masotti B, Hugentobler V. La réception de l'aide informelle au grand âge : entre solidarité et ambivalence. *Gerontologie et société*. 24 mars 2020;42 / n° 161(1):71-86.
- Meidani A, Bernard J. Face à la déprise : expériences de vieillissement et configurations d'aide formelle: In: *Figures du vieillir et formes de déprise* [Internet]. Érès; 2019 [cité 16 août 2021]. p. 105-29. Disponible sur: <https://cairn.info/figures-du-vieillir-et-formes-de-deprise-2019--9782749263625-page-105.htm?ref=doi>
- Meidani A, Cavalli S. Vivre le vieillir : autour du concept de déprise. *Gérontologie et société*. 2018;40/155(1):9.
- Mira JJ, Lorenzo S, Guilabert M, Navarro I, Pérez-Jover V. A systematic review of patient medication error on self-administering medication at home. *Expert Opin Drug Saf*. juin 2015;14(6):815-38.
- Monégat M, Sermet C. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. *Questions d'économie de la santé Irdes*. déc 2014;(204):8.
- Mosnier-Pudar H. Pourquoi les patients ne suivent-ils pas nécessairement les conseils que nous leur donnons ? L'éducation thérapeutique est-elle une réponse au problème d'observance ? *Médecine des Maladies Métaboliques*. févr 2012;6(1):66-71.
- Nougez E. *Des médicaments à tout prix*. Presses de Sciences Po; 2017. (Académique).
- Nougez É. Chapitre 6 « Vous le valez bien ». In: *Des médicaments à tout prix*. Presses de Sciences Po. 2017a. p. 167-92. (Académique).
- Nougez E. Chapitre 7. L'art du quiproquo. In: *Des médicaments à tout prix*. Presse de Sciences Po. 2017b. p. 193-216. (Académique).
- Ordre National des Pharmaciens. *Développer la prévention en France*. Paris: Ordre National des Pharmaciens; 2018 oct p. 96.
- Pires A. Echantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. In: *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. 1997. p. 113-72.
- Queneau P, Grandmottet P. Proposition pour une prévention de la iatrogénie évitable. Ministère de la Santé; 1998 mars p. 86.
- Reyes G. L'ambiguïté des rôles du pharmacien titulaire d'officine française : une lecture par l'identité de métier. *mi*. 28 nov 2013a;17(4):163-77.
- Reyes G. Le métier de pharmacien titulaire d'officine face à l'incertitude du marché de la santé. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme Entreprise*. 11 juill 2013b;n° 8, 2(4):88-104.
- Sabaté E. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization, éditeur. Geneva: World Health Organization; 2003.

- Salès-Wuillemin E. Méthodologie de l'enquête : de l'entretien au questionnaire. 2006;45-77.
- Saunière A de, Bonneau L, Donio V, Godinot V, Flouzat JP, Bensasson G, et al. Prise en charge médicamenteuse en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en Île-de-France en 2014 : état des lieux et axes d'amélioration. *Sante Publique*. 1 déc 2016;Vol. 28(5):623-32.
- Tabuteau D. Introduction. La notion d'observance. In: *De l'observance à la gouvernance de sa santé* [Internet]. Presses Universitaires de France; 2007 [cité 18 août 2021]. p. 9. Disponible sur: <http://www.cairn.info/de-l-observance-a-la-gouvernance-de-sa-sante--9782130565734-page-9.htm>
- Talpin JM. Les aidants dans les représentations des professionnels de la gériatrie. *Gerontologie et société*. 24 mars 2020;42 / n° 161(1):101-16.
- Tarquinio C, Tarquinio MP. L'observance thérapeutique: déterminants et modèles théoriques. *Pratiques Psychologiques*. mars 2007;13(1):1-19.
- Thiétard RA. Méthodes de recherche en management [Internet]. Dunod; 2003 [cité 16 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.eyrolles.com/Entreprise/Livre/methodes-de-recherche-en-management-9782100066643/>
- Tricot A, Plécat-Soutjis F, Camps JF, Amiel A, Lutz G, Morcillo A. Utilité, utilisabilité, acceptabilité: interpréter les relations entre trois dimensions de l'évaluation des EIAH. 2003;13.
- Vellas B. Fragilité des personnes âgées et prévention de la dépendance. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. avr 2013;197(4-5):1009-19.
- Wolf-Thal C. Fédérer les acteurs de santé dans les territoires pour un parcours de soins coordonné [Internet]. 2020. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/510009/2320180/version/1/file/DAPEI-2020.06.30-LI8-Segur.pdf>
- Zambrowski JJ, Mrozovski JM. Économie de la santé et inobservance. *Actualités Pharmaceutiques*. mai 2019;58(586):24-6.
- La Préparation des Doses à Administrer - PDA : la nécessaire évolution des pratiques de dispensation du médicament. *Académie nationale de Pharmacie*; 2013 juin p. 7.
- Qu'est-ce qu'une personne dépendante ? [Internet]. *Vie publique.fr*. 2016 [cité 18 août 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/fiches/262489-quest-ce-quune-personne-dependante-perte-dautonomie>
- Médicaments après 65 ans [Internet]. *Améli*. 2021 [cité 18 août 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/medicaments/medicaments-et-situation-de-vie/iatrogenie-medicamenteuse>

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien – bénéficiaires du dispositif

Bonjour, tout d'abord je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette discussion. Je me présente, je suis Juliane LAMY, je suis étudiante en pharmacie. Nous allons être ensemble aujourd'hui pour une durée d'environ 30 minutes pour discuter du dispositif pour vos médicaments. L'objectif est que vous puissiez vous exprimer le plus librement et spontanément possible. Aucun jugement ne sera porté sur vos réponses, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Afin de partir de vos expériences et de vos discours, et ne pas avoir de biais d'interprétations lors de l'analyse de ce qui va se dire ici, nous proposons d'enregistrer nos échanges à l'aide d'un dictaphone. Bien entendu, toutes les données recueillies seront rendues confidentielles. Rassurez-vous, hormis les chercheurs concernés par le projet, personne d'autre n'écouterait les audios. Etes-vous tous d'accord pour que cet échange puisse être enregistré ? N'hésitez pas à m'interrompre quand vous en sentez le besoin. Avez-vous des questions avant de commencer ?

Thématiques	Questions	Relances
Présentation	<p>Pour commencer, pouvez-vous me parler un petit peu de vous ?</p> <p>Relances à la fin de l'entretien si pas infos au début ou au cours de l'entretien</p>	<p>Age</p> <p>Situation maritale</p> <p>Vit seul ? En couple ? Avec enfants ?</p> <p>Travail</p> <p>Milieu de vie (campagne/ville, maison/appart, situation financière...)</p> <p>Autonomie (personnes qui viennent les aider au quotidien ou dans la semaine (famille, voisins, professionnels...))</p>
Rapport aux services proposés par la société	<p>Comment avez-vous connu le service proposé par l'association ?</p> <p>Comment s'est déroulée l'installation du dispositif de distribution des médicaments ?</p> <p>Quels sont les services rendus par l'association pour vous ?</p> <p>Qu'en pensez-vous ?</p>	<p>Quels ont été vos premiers avis ?</p> <p>Freins / leviers</p>
Usage du dispositif	<p>Pouvez-vous me décrire ou me montrer la façon dont vous procédez en ce qui concerne la prise de vos médicaments ?</p>	<p>Combien de fois par jour ?</p> <p>Oublis de renouvellement d'ordonnances ?</p> <p>Rapport avec les ordonnances ?</p>

	<p>Pouvez-vous me montrer où vous ranger vos ordonnances et comment vous les utilisez ?</p> <p>Est-ce que vous prenez d'autres produits ou médicaments en dehors de ceux prescrits par votre médecin ?</p>	<p>Relation avec pharmaciens ? (plus ou moins de visites qu'avant ? les compétences perçues ont changés ?)</p> <p>Si complication dans la prise de médicaments avant, quels changements maintenant et pourquoi ?</p> <p>Êtes-vous aidé par quelqu'un pour la prise de vos médicaments ? Si aide avant, toujours quelqu'un qui vient l'aider ou non ? Pourquoi ?</p> <p>Prise d'injection ?</p> <p>Automédication/produits licites (tisanes, remèdes anciens...)/illicites</p> <p>Aller dans les détails</p>
Rapport au dispositif	<p>Que pensez-vous du dispositif de distribution des médicaments en sachets-dose ?</p> <p>Trouver-vous qu'il y a un changement (un avant/après) dans votre prise de médicaments depuis la mise en place du dispositif de sachets-doses ?</p>	<p>Simplicité d'utilisation ?</p> <p>Utilité perçue Pertinence du dispositif par rapports aux besoins</p>
Rapport à la prise des médicaments avant la mise en place du dispositif	<p>Pouvez-vous me parler de/pouvons-nous revenir sur la façon dont vous preniez vos médicaments avant l'installation du dispositif de distribution en sachets-doses ?</p> <p>En étiez vous satisfait ? Qu'est ce qui vous déplaisait ?</p> <p>Comment organisiez-vous vos ordonnances et leurs renouvellements ?</p>	<p>Difficulté à manipuler les boîtes / les médicaments (tremblement des mains, préhension diminué) ?</p> <p>Confusion entre médicaments ? Complicé de s'y retrouver ? Oublis de prise ? Oublis de renouvellement d'ordonnances ? Pourquoi ? ➔ Si besoin</p> <p>Comment la personne faisait le tri (péremption, automédication / médicaments sur ordonnances) Comment elle s'y retrouvait entre tous ses médicaments</p> <p>Rapport avec les ordonnances (lisible, compréhensibles, éparpillés ou bien rangés) ?</p> <p>Nombres de médecins vus régulièrement</p>

		<p>Rapport avec les pharmaciens</p> <p>Nombre de renouvellement exceptionnels</p> <p>Aides d'infirmiers ou d'aidants ?</p>
<p>Usage des médicaments avant la mise en place du dispositif</p>	<p>Pouvez-vous me montrer où étaient rangés vos médicaments et vos ordonnances avant l'utilisation de ce dispositif ?</p> <p>Que pensez-vous de cette ancienne manière de ranger ?</p>	<p>Si toujours rangement boîte à pharmacie en dehors du dispositif demander l'usage des médicaments</p>
<p>Perspectives globales</p>	<p>De manière générale, seriez-vous prêt à utiliser ce dispositif sur le long terme ? Pourquoi ?</p> <p>Recommanderiez-vous ce dispositif ? Pourquoi ?</p>	

Annexe 2 : Guide d'entretien – aidants

Bonjour, tout d'abord je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette discussion. Je me présente, je suis Juliane LAMY, je suis étudiante en pharmacie. Nous allons être ensemble aujourd'hui pour une durée d'environ 30 minutes pour discuter du dispositif que l'association à fournit à *nom de l'aidant* pour ses médicaments. L'objectif est que vous puissiez vous exprimer le plus librement et spontanément possible. Aucun jugement ne sera porté sur vos réponses, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Afin de partir de vos expériences et de vos discours, et ne pas avoir de biais d'interprétations lors de l'analyse de ce qui va se dire ici, nous proposons d'enregistrer nos échanges à l'aide d'un dictaphone. Bien entendu, toutes les données recueillies seront rendues confidentielles. Rassurez-vous, hormis les chercheurs concernés par le projet, personne d'autre n'écouterà les audios. Etes-vous tous d'accord pour que cet échange puisse être enregistré ? N'hésitez pas à m'interrompre quand vous en sentez le besoin. Avez-vous des questions avant de commencer ?

Thématiques	Questions	Relances
Présentation	Pour commencer, , pouvez vous me parler un petit peu de vous ? Relances à la fin de l'entretien si pas infos au début	Age Situation maritale Travail Milieu de vie
Typologie de l'aidant	Pouvez-vous me parlez de votre relation avec *nom de la personne aidée*? Pouvez-vous me parler de votre rôle auprès de *nom de la personne aidée* ?	Relation familiale Temps passé ensemble A quelle régularité voyez-vous *nom de la personne aidée* ? L'aidez-vous sur certaines choses ? Type de soutien (émotionnel, financier, matériel, en lien avec l'autonomie, loisirs...) ?
Rapport aux services proposés par la société	Comment avez-vous connu le service proposé par l'association ? Comment s'est déroulée l'installation du dispositif de distribution des médicaments ? Quels sont les services rendus par l'association pour *nom de la personne aidée* ? Qu'en pensez-vous ?	Qu'en avez-vous pensé au début ? Freins / leviers

<p>Usage du dispositif</p>	<p>Pouvez-vous me raconter ou me montrer comment *nom de la personne aidée* utilise ses médicaments habituellement ? Intervenez-vous ? Si oui, comment ?</p> <p>Pouvez-vous me montrer comment vous ou *nom de la personne aidée* utilisez les ordonnances ?</p>	<p>Combien de fois par jour ? Simplicité d'utilisation ?</p> <p>Oublis de renouvellement d'ordonnances ? Rapport avec les ordonnances ? Relation avec pharmaciens ?</p> <p>Aidez-vous *nom de la personne aidée* à se soigner en dehors des ordonnances ? (automédication)</p>
<p>Rapport au dispositif</p>	<p>Que pensez-vous du dispositif de distribution des médicaments en sachets-dose ?</p> <p>Trouver-vous qu'il y a un changement (un avant/après) dans la prise de médicaments de *nom de la personne aidée* ?</p>	<p>Utilité perçue Pertinence du dispositif par rapport aux besoins</p> <p>Si complication dans la prise de médicaments avant, quels changements maintenant et pourquoi ?</p> <p>Si aide pro avant, toujours quelqu'un qui vient l'aider ou non ? Pourquoi ?</p>
<p>Rapport à la prise des médicaments avant la mise en place du dispositif</p>	<p>En quoi consistait votre aide pour *nom de la personne aidée* avant la mise en place du dispositif de distribution en sachets-dose ?</p> <p>Pouvez-vous me parler de la façon dont vous aidiez la personne à prendre ses médicaments avant l'installation du dispositif ?</p> <p>Pourquoi l'aidiez-vous dans la prise des médicaments ?</p>	<p>Nombre de visites par jour ? Création d'un pilulier ? Appel à un professionnel (infirmier et/ou aides à domicile) ?</p> <p>Difficulté à manipuler les boîtes / les médicaments (tremblement des mains, préhension diminué) ?</p> <p>Confusion entre médicaments ? Compliqué de s'y retrouver ? Oublis de prise ? Oublis de renouvellement d'ordonnances ? Pourquoi ?</p> <p>Comment la personne faisait le tri (péremption, automédication / médicaments sur ordonnances) Comment elle s'y retrouvait entre tous les médicaments</p> <p>Rapport avec les ordonnances (lisible, compréhensibles, éparpillés ou bien rangés) ? Nombres de médecins vus régulièrement Rapport avec les pharmaciens</p>

		Nombre de renouvellement exceptionnels
Usage des médicaments avant la mise en place du dispositif	Pouvez-vous me montrer où étaient rangés les médicaments et les ordonnances ?	Si toujours rangement boîte à pharmacie en dehors du dispositif demander l'usage des médicaments
Perspectives globales	<p>Vous sentez vous plus soulagé dans l'accompagnement de **** depuis la mise en place du dispositif ?</p> <p>De manière générale, seriez-vous prêt à utiliser ce dispositif sur le long terme ? Pourquoi ?</p> <p>Recommanderiez-vous ce dispositif ? Pourquoi ?</p>	

Annexe 3 : Guide d'entretien – pharmaciens/préparateurs en pharmacie

Bonjour, tout d'abord je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette discussion. Je me présente, je suis Juliane LAMY, je suis étudiante en pharmacie. Nous allons être ensemble aujourd'hui pour une durée d'environ 30 minutes pour discuter du dispositif. L'objectif est que vous puissiez vous exprimer le plus librement et spontanément possible. Aucun jugement ne sera porté sur vos réponses, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Afin de partir de vos expériences et de vos discours, et ne pas avoir de biais d'interprétations lors de l'analyse de ce qui va se dire ici, nous proposons d'enregistrer nos échanges à l'aide d'un dictaphone. Bien entendu, toutes les données recueillies seront rendues confidentielles. Rassurez-vous, hormis les chercheurs concernés par le projet, personne d'autre n'écouterait les audios. Êtes-vous tous d'accord pour que cet échange puisse être enregistré ? N'hésitez pas à m'interrompre quand vous en sentez le besoin. Avez-vous des questions avant de commencer ?

Thématiques	Questions	Relances
Présentation	Pour commencer, pouvez-vous me parler un peu de vous ?	Age Fonction dans la pharmacie Combien de temps dans cette pharmacie Déjà travailler avant sur PDA ?
Rapport à la prise des médicaments	Avant d'évoquer le dispositif proposé par l'association, pourriez-vous m'expliquer votre expérience de l'observance des patients et de leurs prises médicamenteuses en générale ? Quelles ont été les problématiques que vous avez été amenés à rencontrer ? De manière générale, pouvez-vous m'expliquer comment vous aidez vos patients avec leurs médicaments ?	Quelles difficultés sont rencontrés par les patients (oublis de renouvellement d'ordonnance, oublis de prise de médicaments, compréhension des ordonnances...) ? Comment faites-vous pour savoir si un patient est bien observant ?
Rapport aux services proposés par la société	Comment avez-vous connu le service proposé par l'association ? Comment s'est déroulée l'installation du dispositif de distribution des médicaments ?	Freins/levier
Rapport au dispositif	Que pensez-vous du dispositif de distribution des médicaments en sachets ?	Utilité perçue Pertinence du dispositif par rapport aux besoins

	<p>Y'a-t-il eu une évolution (un avant/après) dans la prise de médicaments de vos patients ?</p> <p>Comment transmettez-vous vos conseils aux patients ?</p>	<p>Changement dans la relation avec le patient ?</p> <p>Nombre de renouvellements exceptionnels</p> <p>Centralisation des ordonnances ?</p> <p>Meilleure détection des interactions médicamenteuses ?</p> <p>Temps passé à faire les piluliers.</p> <p>Relation avec le patient changé ?</p> <p>Difficulté du dispositif lié à la traçabilité et la sécurité du médicament ? (place, temps, gestion des stocks)</p>
<p>Perspectives globales</p>	<p>De manière générale, seriez-vous prêt à recommander ce dispositif à d'autres patients ?</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Selon vous dans quelles prérogatives devrait s'inscrire ce dispositif ? Pharmacies seulement ou ouvert à d'autres professionnels de santé ?</p> <p>Diriez-vous que ce dispositif à modifier votre pratique et la perception de votre métier ?</p> <p>Seriez-vous prêt à recommander ce dispositif à d'autres collègues pharmaciens/préparateurs ?</p> <p>Pourquoi ?</p>	

Annexe 4 : Guide d'entretien – infirmiers libéraux

Bonjour, tout d'abord je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette discussion. Je me présente, je suis Juliane LAMY, je suis étudiante en pharmacie. Nous allons être ensemble aujourd'hui pour une durée d'environ 30 minutes pour discuter du dispositif. L'objectif est que vous puissiez vous exprimer le plus librement et spontanément possible. Aucun jugement ne sera porté sur vos réponses, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Afin de partir de vos expériences et de vos discours, et ne pas avoir de biais d'interprétations lors de l'analyse de ce qui va se dire ici, nous proposons d'enregistrer nos échanges à l'aide d'un dictaphone. Bien entendu, toutes les données recueillies seront rendues confidentielles. Rassurez-vous, hormis les chercheurs concernés par le projet, personne d'autre n'écouterait les audios. Êtes-vous tous d'accord pour que cet échange puisse être enregistré ? N'hésitez pas à m'interrompre quand vous en sentez le besoin. Avez-vous des questions avant de commencer ?

Thématiques	Questions	Relances
Présentation	Pour commencer, pouvez-vous me parler un peu de vous ?	Age Fonction Parcours
Rapport à la prise des médicaments	Avant d'évoquer le dispositif proposé par l'association, pourriez-vous m'expliquer votre expérience de l'observance des patients et de leurs prises médicamenteuses en générale ? Quelles ont été les problématiques que vous avez été amenés à rencontrer ? De manière générale, pouvez-vous m'expliquer comment vous aidez vos patients avec leurs médicaments ?	Quelles difficultés sont rencontrés par les patients (oublis de renouvellement d'ordonnance, oublis de prise de médicaments, compréhension des ordonnances...) ? Quelles difficultés rencontrez-vous dans l'aide à la prise médicamenteuse aux patients ? Comment faites-vous pour savoir si un patient est bien observant ? Relation de l'infirmier avec les médicaments (+/- à l'aise)
Rapport aux services proposés par la société	Comment avez-vous connu le service proposé par l'association ? Comment s'est déroulée l'installation du dispositif de distribution des médicaments ?	Freins/levier
Rapport au dispositif	Que pensez-vous du dispositif de distribution des médicaments en sachets ?	Utilité perçue Pertinence du dispositif par rapport aux besoins

	<p>Y'a-t-il eu une évolution (un avant/après) dans la prise de médicaments de vos patients ?</p>	<p>Changement dans la relation avec le patient ?</p> <p>Utilité perçue de l'infirmier dans la prise médicamenteuse</p> <p>Aisance avec les médicaments ?</p> <p>Temps dégagé pour faire d'autres activités ?</p>
<p>Perspectives globales</p>	<p>De manière générale, seriez-vous prêt à recommander ce dispositif à d'autres patients ?</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Selon vous dans quelles prérogatives devrait s'inscrire ce dispositif ?</p> <p>Diriez-vous que ce dispositif à modifier votre pratique et la perception de votre métier ?</p> <p>Seriez-vous prêt à recommander ce dispositif auprès d'autres infirmiers libéraux ? Pourquoi ?</p>	<p>Pharmacies seulement ou ouvert à d'autres professionnels de santé ?</p>

Annexe 5 : Guide d'entretien – aides à domicile/éducateurs spécialisés

Bonjour, tout d'abord je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette discussion. Je me présente, je suis Juliane LAMY, je suis étudiante en pharmacie. Nous allons être ensemble aujourd'hui pour une durée d'environ 30 minutes pour discuter du dispositif. L'objectif est que vous puissiez vous exprimer le plus librement et spontanément possible. Aucun jugement ne sera porté sur vos réponses, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Afin de partir de vos expériences et de vos discours, et ne pas avoir de biais d'interprétations lors de l'analyse de ce qui va se dire ici, nous proposons d'enregistrer nos échanges à l'aide d'un dictaphone. Bien entendu, toutes les données recueillies seront rendues confidentielles. Rassurez-vous, hormis les chercheurs concernés par le projet, personne d'autre n'écouterait les audios. Êtes-vous tous d'accord pour que cet échange puisse être enregistré ? N'hésitez pas à m'interrompre quand vous en sentez le besoin. Avez-vous des questions avant de commencer ?

Thématiques	Questions	Relances
Présentation	Pour commencer, pouvez-vous me parler un peu de vous ?	Age Fonction Parcours
Rapport à la prise des médicaments	Pouvez-vous m'expliquer quel est votre rôle auprès des patients ? Aidez-vous les patients avec leurs médicaments avant le dispositif ? Si oui, comment ? Quel était votre ressenti vis-à-vis de cette tâche ?	Quelles difficultés sont rencontrées par les patients (oublis de renouvellement d'ordonnance, oublis de prise de médicaments, compréhension des ordonnances...) ? Quelles difficultés avez-vous rencontrées (compréhension des ordonnances, oublis de prise de médicaments...) ?
Rapport aux services proposés par la société	Comment avez-vous connu le service proposé par l'association ? Comment s'est déroulée l'installation du dispositif de distribution des médicaments ?	Freins/levier
Rapport au dispositif	Que pensez-vous du dispositif de distribution des médicaments en sachets ? Aidez-vous toujours les patients avec leurs médicaments avec ce dispositif ? Qu'en pensez-vous ?	Utilité perçue Pertinence du dispositif par rapport aux besoins Changement dans la relation avec le patient ? Temps dégagé pour faire d'autres activités ?

	Y'a-t-il eu une évolution (un avant/après) dans la prise de médicaments des patients ?	Stress moindre pour une tâche à laquelle ils ne sont pas formés ?
Perspectives globales	De manière générale, seriez-vous prêt à recommander ce dispositif à d'autres patients ? Pourquoi ? Seriez-vous prêt à recommander le dispositif auprès d'autres professionnel de l'aide à domicile ? Pourquoi ?	

Annexe 6 : Guide d'entretien – médecins généralistes

Bonjour, tout d'abord je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette discussion. Je me présente, je suis Juliane LAMY, je suis étudiante en pharmacie. Nous allons être ensemble aujourd'hui pour une durée d'environ 30 minutes pour discuter du dispositif. L'objectif est que vous puissiez vous exprimer le plus librement et spontanément possible. Aucun jugement ne sera porté sur vos réponses, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Afin de partir de vos expériences et de vos discours, et ne pas avoir de biais d'interprétations lors de l'analyse de ce qui va se dire ici, nous proposons d'enregistrer nos échanges à l'aide d'un dictaphone. Bien entendu, toutes les données recueillies seront rendues confidentielles. Rassurez-vous, hormis les chercheurs concernés par le projet, personne d'autre n'écouterait les audios. Êtes-vous tous d'accord pour que cet échange puisse être enregistré ? N'hésitez pas à m'interrompre quand vous en sentez le besoin. Avez-vous des questions avant de commencer ?

Thématiques	Questions	Relances
Présentation	Pour commencer, pouvez-vous me parler un peu de vous ?	Age Parcours
Rapport à la prise des médicaments	Pouvez-vous m'expliquer comment vous aidez vos patients avec leurs médicaments ? Faites-vous des visites à domicile ? Comment vous positionnez-vous sur les médicaments ? Selon vous, quel est le rôle du médecin dans la prise des médicaments du patient ?	Quelles difficultés sont rencontrées par les patients (oublis de renouvellement d'ordonnance, oublis de prise de médicaments, compréhension des ordonnances...) ? Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'aide à la prise médicamenteuse des patients ? Comment faites-vous pour savoir si un patient est bien observant ?
Rapport aux services proposés par la société	Comment avez-vous connu le service proposé par l'association ? Que pensez-vous des services proposés par l'association ?	Freins/levier
Rapport au dispositif	Que pensez-vous du dispositif de distribution des médicaments en sachets ? Y'a-t-il eu une évolution (un avant/après) dans la prise de médicaments de vos patients ?	Utilité perçue Pertinence du dispositif par rapport aux besoins

<p>Perspectives globales</p>	<p>De manière générale, seriez-vous prêt à recommander ce dispositif à d'autres patients ? Pourquoi ?</p> <p>Selon vous est-ce le rôle des médecins généralistes de prescrire ce type de dispositif ?</p> <p>Seriez-vous prêt à recommander ce dispositif auprès d'autres médecins ? Pourquoi ?</p>	
------------------------------	---	--

Annexe 7 : Guide d'entretien – infirmiers libéraux qui ne connaissent pas le dispositif

Bonjour, tout d'abord je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette discussion. Je me présente, je suis Juliane LAMY, je suis étudiante en pharmacie. Nous allons être ensemble aujourd'hui pour une durée d'environ 30 minutes pour discuter du dispositif. L'objectif est que vous puissiez vous exprimer le plus librement et spontanément possible. Aucun jugement ne sera porté sur vos réponses, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Afin de partir de vos expériences et de vos discours, et ne pas avoir de biais d'interprétations lors de l'analyse de ce qui va se dire ici, nous proposons d'enregistrer nos échanges à l'aide d'un dictaphone. Bien entendu, toutes les données recueillies seront rendues confidentielles. Rassurez-vous, hormis les chercheurs concernés par le projet, personne d'autre n'écouterait les audios. Êtes-vous tous d'accord pour que cet échange puisse être enregistré ? N'hésitez pas à m'interrompre quand vous en sentez le besoin. Avez-vous des questions avant de commencer ?

Thématiques	Questions	Relances
Présentation	Pour commencer, pouvez-vous me parler un peu de vous ?	Age Fonction Parcours
Rapport à la prise des médicaments	Pourriez-vous m'expliquer votre expérience de l'observance des patients et de leurs prises médicamenteuses en générale ? Quelles sont les problématiques que vous êtes amenés à rencontrer ? De manière générale, pouvez-vous m'expliquer comment vous aidez vos patients avec leurs médicaments ?	Quelles difficultés sont rencontrés par les patients (oublis de renouvellement d'ordonnance, oublis de prise de médicaments, compréhension des ordonnances...) ? Quelles difficultés rencontrez-vous dans l'aide à la prise médicamenteuse aux patients ? Comment faites-vous pour savoir si un patient est bien observant ? Relation de l'infirmier avec les médicaments (+/- à l'aise)
Rapport au dispositif	Explication du dispositif de distribution des médicaments en sachets-doses. Que pensez-vous du dispositif de distribution des médicaments en sachets ?	Utilité perçue Pertinence du dispositif par rapport aux besoins Changement dans la relation avec le patient ? Utilité perçue de l'infirmier dans la prise médicamenteuse Aisance avec les médicaments ?

		Temps dégagé pour faire d'autres activités ?
Perspectives globales	<p>Selon vous dans quelles prérogatives devrait s'inscrire ce dispositif ?</p> <p>Seriez-vous prêt à essayer le dispositif ?</p>	Pharmacies seulement ou ouvert à d'autres professionnels de santé ?

TEST D'ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE

1. Ce matin avez vous oublié de prendre votre médicament ?
 Oui Non
2. Depuis la dernière consultation avez vous été en panne de médicament ?
 Oui Non
3. Vous est il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?
 Oui Non
4. Vous est il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours votre mémoire vous fait défaut ?
 Oui Non
5. Vous est il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?
 Oui Non
6. Pensez vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?
 Oui Non

INTERPRÉTATION DU TEST :

OUI (0) : Bonne observance

OUI (1 ou 2) : Minime problème d'observance

OUI (> 3) : Mauvaise observance

Réf : Girerd X et col. Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. Presse Med 2001 ; 30 : 1044-8.

SERMENT DE GALIEN

Je jure 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.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma Profession.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois méprisé de mes Confrères si je manque à mes engagements.



LAMY Juliane

La PDA : un nouvel outil dans l'arsenal du maintien au domicile des patients dépendants

Utilité, acceptabilité, place et perception par les acteurs et bénéficiaires

Th. D. Pharm., Rouen, 2022, 100 p.

RESUME

La Préparation des Doses à Administrer (PDA) fait par les pharmacies d'officines à destination des EHPAD s'est largement développée ces dernières années. Cependant, elle peine à se développer pour les patients dépendants à domicile à cause principalement du manque de législation sur ce point. Une expérimentation a été mise en place par des pharmacies en 2019. Cette étude vise donc à évaluer l'acceptabilité, l'usage ainsi que la place et la perception de ce dispositif vis-à-vis des bénéficiaires mais aussi des acteurs du maintien à domicile des personnes dépendantes qui peuvent être confrontés à ce dispositif.

MOTS CLES : PDA – Acceptabilité – Observance – Maintien à domicile – Professionnels

JURY

Président : Mme. Marie-Catherine Concé-Chemtob, MCU HDR législation pharmaceutique

Membres : M. Frédéric Bounoure, MCU en Pharmacie Galénique

Mme. Anne Daniel, docteur en pharmacie

DATE DE SOUTENANCE : 9 septembre 2022