



---

**Master 2 Mention Santé publique**  
**Parcours : Pilotage des Politiques et Actions en Santé**  
**Publique**

Promotion : **2018-2019**

**La conciliation médicamenteuse, une opportunité pour l'évolution**  
**professionnelle de la pharmacie hospitalière**

*Expérimentation dans le cadre de l'évaluation des impacts organisationnels du projet ConParMed*

---

Claire MOUBECHÉ

Août 2019

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier Monsieur Schweyer qui a assuré l'encadrement de ce stage, pour le temps qu'il a pu me consacrer, son suivi et ses conseils toujours avisés qui ont guidés ma réflexion et la rédaction de ce mémoire.

Je souhaite également remercier Benoît Hue et Emma Bajoux qui travaillent au bon déroulement de ConParMed ; sans qui je n'aurais pu participer à un tel projet.

Je souhaite particulièrement remercier Laurianne avec qui j'ai fait équipe pendant ces 6 mois. Merci pour les nombreux conseils, partage d'expériences et d'idées.

Je voudrais également remercier l'ensemble des professionnels impliqués dans ConParMed qui se sont rendus disponibles pour nos observations et entretiens, pour leur temps que je sais précieux.

Je remercie également toute l'équipe pédagogique du Master 2 Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique et tout particulièrement Monsieur Campéon qui coordonne avec disponibilité et bienveillance cette formation.

Merci pour au « bocal » et plus largement au 3<sup>ème</sup> étage du département Sciences Humaines et Sociales pour l'accueil, les conseils et la bonne humeur partagée tout au long de ce stage.

Enfin, je remercie ma famille. Mon frère, pour son aide de dernière minute à la mise en page. Mes parents, pour leur soutien inconditionnel tout au long de mon parcours universitaire, pour la relecture de ce mémoire (et des précédents). Merci, pour le temps, la patience et les encouragements répétés.

---

# Sommaire

---

-INTRODUCTION.....	1
PARTIE I : OBJET D'ETUDE ET DEMARCHE D'INVESTIGATION .....	7
1.1    L'apparition de la pharmacie clinique .....	7
1.1.1    Des débuts dans le monde anglo-saxon.....	7
1.1.2    L'intérêt de la conciliation médicamenteuse démontré par les études internationales et nationales .....	9
1.1.3    Le projet ConParMed .....	12
1.2    Démarche méthodologique : la conciliation des traitements médicamenteuse comme objet d'étude .....	14
1.2.1    La pratique de la conciliation médicamenteuse .....	14
1.2.2    Le cadre de ConParMed et du stage .....	17
1.2.3    Missions et démarche de stage : au cœur d'un projet évaluatif.....	18
1.3    La conciliation médicamenteuse : de nombreux questionnements .....	20
1.3.1    Transformations professionnelles et coopération pluriprofessionnelle.....	21
1.3.2    Le lien ville-hôpital .....	22
1.3.3    L'intégration du GHT .....	23
PARTIE II : L'IMPORTANCE DES SITUATIONS LOCALES DE TRAVAIL DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE .....	25
1.1    Mise en œuvre de la conciliation : quels enjeux ? .....	25
1.1.1    Des discours concordants et structurés en quatre thèmes .....	26
1.1.2    L'intégration dans une perspective GHT, un enjeu pour tous .....	28
1.2    Double lecture de la conciliation médicamenteuse dans le cadre de ConParMed .....	30
1.2.1    Des situations locales de travail contrastées .....	31

1.2.2	GHT : formes communes de travail.....	36
1.3	Bilan de la mise en place de la conciliation : quelques freins et leviers .....	38
1.3.1	Le temps : frein majeur .....	38
1.3.2	La coopération des professionnels comme levier d'action.....	42
PARTIE III: DES ENGAGEMENTS PROFESSIONNELS NOUVEAUX : ENTRE COMPETENCE ET COORDINATION.....		47
1.1	Exemple d'une situation de travail : témoin des évolutions professionnelles .....	47
1.2	Un répertoire d'activité enrichi.....	50
1.2.1	Le contact avec le patient.....	50
1.2.2	Les compétences en communication comme besoin professionnel .....	53
1.3	Nouveaux mode de division et de coordination du travail .....	55
1.3.1	Etre conciliant dans la conciliation.....	56
1.3.2	Lutte juridictionnelle et coordination professionnelle.....	57
1.3.3	Des pratiques professionnelles à une compétence collective .....	60
-CONCLUSION-.....		63
Bibliographie .....		67
Note réflexive.....		73
Liste des annexes.....		81

---

## Liste des sigles utilisés

---

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BCM : Bilan Comparatif Médicamenteux

BPM : Bilan Partagé de Médication

CH : Centre Hospitalier

CR : Compte-rendu

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CTM : Conciliation des Traitements Médicamenteux

DMP : Dossier Médical Partagé

DMS : Durée moyenne de Séjour

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DPI : Dossier Patient Informatisé

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes

ETP : Education Thérapeutique du Patient

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

MCO : Médecine-Chirurgie-Obstétrique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PPH : Préparateur en Pharmacie Hospitalière

PUI : Pharmacie à usage intérieur

SSR : Soins de Suites et de Réadaptation

## **-INTRODUCTION-**

Le projet ConParMed est porté par le Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Rennes et vise à garantir la CONTinuité du PARcours MEDicamenteux du patient âgé. Dans un contexte de vieillissement de la population française, les erreurs liées aux médicaments que l'on nomme iatrogénie médicamenteuse, sont un enjeu de santé publique majeur, responsable d'environ 7 500 décès par an chez les patients de 65 ans et plus (Assurance Maladie, 2017). C'est pourquoi la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a lancé un appel à projet en octobre 2017 relatif au développement de la pharmacie clinique en établissement de santé. Le projet ConParMed a bénéficié dans ce cadre d'un financement pour organiser autour du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Haute-Bretagne et en lien avec ses objectifs, une coordination de 6 établissements de santé autour d'une stratégie de prise en charge médicamenteuse. C'est ainsi que l'équipe pharmaceutique de ConParMed a décidé d'axer son projet sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse, pratique inhérente à l'exercice de la pharmacie clinique, à l'échelle d'un territoire et au cœur de la filière gériatrique.

### **Le parcours médicamenteux des patients âgés**

Les pays occidentaux connaissent depuis plusieurs décennies une transition démographique, faisant basculer l'équilibre entre les générations en faveur des plus âgés. « La France est de ce point de vue bien placée et ce sont bientôt 30% des Français qui auront 60 ans ou plus » (Delauney, 2017). Ainsi le vieillissement de la population change structurellement les besoins des patients et demande une adaptation de leur prise en charge, médicamenteuse notamment.

En effet, « l'état de santé est le premier déterminant de la consommation pharmaceutique des personnes âgées » (Auvray, 2002). Les plus de 60 ans consomment plus de 40% des médicaments vendus sur le marché (Verger, 2013). En 2002, ils sont 85,6% à prendre des médicaments au quotidien (HAS, 2005). En moyenne, la consommation journalière s'établit à 3,6 médicaments par personne âgée de plus de 65 ans et passe à 4,6 pour les 85 ans et plus (HAS, 2005).

Face à ces chiffres, « l'usage des médicaments fait l'objet d'attention inquiète des spécialistes de la santé publique tant il est admis, désormais, que leur usage est abondant voire excessif » (Fainzang, 2001). La « polymédication » est ce que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments » (Monégat, 2014).

Les études épidémiologiques ont en effet montré que la polymédication expose les personnes âgées à divers risques (IRDES, 2018), en particulier à des réactions indésirables aux médicaments, des chutes et un recours accru aux services de soins pouvant même entraîner un décès (IRDES, 2018). En ce sens, l'iatrogénie médicamenteuse correspond « aux pathologies ou toutes manifestations cliniques indésirables pour le patient induites par l'administration d'un ou plusieurs médicaments » (Bedouch, 2012). Aussi, l'iatrogénie médicamenteuse est fréquente et grave chez le sujet âgé (HAS, 2005) puisqu'elle serait responsable de 3,4% des hospitalisations des patients de 65 ans et plus en 2013 (Assurance Maladie, 2017).

### **Un enjeu de santé publique saisi par les instances politiques**

Ainsi, les pouvoirs publics se sont saisis de cet enjeu dès 2004 et ont fait de la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse un des objectifs de la loi de santé publique n°2004-806. L'objectif n°100 y est effectivement entièrement consacré. Les lois suivantes à savoir « la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires » dite HPST 2009 et la loi de Modernisation de notre Système de Santé de 2016, ont renouvelé la volonté de se saisir davantage de cet enjeu, tout comme de récentes recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

En ce sens, la France voit depuis plusieurs décennies la pharmacie clinique se développer. Il s'agit d'un mode d'exercice particulier de la pharmacie. Centrée sur le patient, elle a pour objectif d'optimiser sa prise en charge thérapeutique à chaque étape de son parcours de soin. Pour cela les actes de la pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, à la performance et à l'efficacité du recours aux produits de santé (SFPC, 2016). Si la loi du 8 décembre 1992 décrit les premiers contours des missions du pharmacien hospitalier, la récente loi du 15 décembre 2016 relative aux Pharmacies à Usage Intérieur (PUI), introduit réglementairement la pharmacie clinique dans les missions du pharmacien hospitalier : « le pharmacien de pharmacie à usage intérieur se doit de mener toute action pharmacie clinique [...] avec les autres membres de l'équipe de soins [...] et en y associant le patient » (LégiFrance, 2016). De façon concrète, au cours du processus de pharmacie clinique, le pharmacien va vérifier la conformité de la prescription, s'assurer du respect des contre-indications, identifier les risques d'interaction, proposer des plans de prises, accompagner le patient dans son observance et son suivi biologique (Ordre national des pharmaciens, 2018).

Ainsi, la pharmacie clinique recouvre la dispensation, les activités d'analyse pharmaceutique de prescriptions ou encore le bilan de médication associé à l'action de conciliation médicamenteuse, au cœur du projet ConParMed.

« La conciliation des traitements médicamenteux est un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle

associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts » (HAS, 2018).

Il est important de retenir que la conciliation médicamenteuse comprend et repose sur deux acceptions majeures. Tout d'abord, elle permet d'impliquer le patient et éventuellement ces aidants (IDE, conjoint, enfants) dans son parcours de soins médicamenteux. L'information du patient sur ses médicaments et sur l'évolution de son traitement engendré par l'épisode hospitalier est un moment privilégié de la conciliation des traitements médicamenteux. En effet, le patient et son entourage sont une ressource potentielle majeure pour contribuer à la qualité et la sécurité de son parcours de soins. À ce jour, ils sont insuffisamment considérés comme pouvant apporter des informations. Pour devenir acteur de sa santé, le patient demande à être mieux informé, formé et éduqué pour connaître et maîtriser sa ou ses maladies et ses traitements (HAS, 2018)

De plus, la conciliation médicamenteuse est la résultante d'un rapprochement professionnel entre les équipes soignantes, les médecins et les pharmaciens hospitaliers plus particulièrement. Effectivement, l'intervention comprend des temps d'échange pluridisciplinaire où les intérêts de poursuivre ou arrêter un médicament sont discutés entre les experts de la clinique et de la thérapeutique, toujours dans l'intérêt du patient.

En cela la conciliation médicamenteuse est le témoin de l'évolution de la pharmacie clinique. En effet, dans un contexte de publication récente de recommandations de la HAS, la conciliation médicamenteuse bénéficie d'une visibilité accrue et est aujourd'hui le moyen le plus efficace pour intégrer rapidement les pharmaciens aux équipes pluridisciplinaires de soins (Protocole ConParMed, 2019).

Aussi cette introduction des pharmaciens dans les unités de soins, en ce qu'elle modifie les pratiques jusqu'alors instituées, mérite d'être davantage explorée et le projet ConParMed en donne l'occasion. Pour se faire le projet prévoit d'étudier plusieurs volets.

### **Le volet évaluation des impacts organisationnels de ConParMed**

Si l'intérêt de la conciliation médicamenteuse dans son aspect clinique n'est plus à démontrer, il sera intéressant de voir comment sa mise en œuvre fonctionne à l'échelle du GHT Haute-Bretagne. Au niveau national, 4 études montrent qu'elle a permis d'intercepter respectivement 5,6%, 5,7%, 6,3% et 11,7% d'erreurs médicamenteuses aux conséquences majeures,

critiques ou catastrophiques pour les patients (HAS, 2018). En outre, et selon les directives de la DGOS, ConParMed poursuit une mission évaluative comprenant des analyses médico-économiques ainsi qu'une étude de ses impacts organisationnels. Effectivement, la coopération interprofessionnelle interroge le modèle des professions établies du fait des transformations de l'exercice de pharmacie hospitalière. Dans une étude princeps sur la profession pharmacienne menée au Canada, Johanne Collin faisait remarquer que « la pharmacie clinique devient alors la plate-forme à partir de laquelle se réoriente la réflexion sur le rôle professionnel et social des pharmaciens, le nouveau paradigme autour duquel doit s'organiser leur exercice » (Collin, 1995). Assurément, les enjeux liés à ConParMed sont plus divers que les seules implications cliniques et c'est spécifiquement cela qui nous mobilise pour cette recherche.

La compréhension des dynamiques en jeu tout comme l'analyse des pratiques de terrain permettent de proposer une réflexion sur un modèle de pratiques afin d'homogénéiser sur le territoire, voire d'institutionnaliser, l'offre de prise en charge médicamenteuse.

### **L'objet du stage et son intérêt pour mon projet professionnel**

Ce stage est donc l'occasion de m'intégrer pour la première fois sur une période relativement longue dans l'univers professionnel de la recherche et de l'intervention en santé publique. S'agissant d'un vaste domaine, j'ai pu l'effleurer l'année passée à l'occasion du stage de master 1, j'avais envie d'en explorer davantage ses différentes dimensions. En effet l'évaluation d'un projet d'envergure tel que ConParMed faisait sens à mes yeux notamment du fait du partenariat avec la DGOS qui concrétisait le projet. J'ai apprécié l'idée de travailler à partir de situations effectives et de pouvoir prendre du recul sur celles-ci afin d'apporter une expertise éclairée.

D'un autre côté, ce stage constituait une chance de questionner un objet d'étude que je n'avais jusqu'alors jamais soulevé lors de mon parcours. Prenant conscience de l'enjeu de santé publique que constitue le mésusage des médicaments, il me tenait désormais à cœur de partager et d'informer sur son ampleur ; au-delà, de pouvoir participer à la mise en place d'interventions et à la diffusion de solutions innovantes.

Concernant mon projet professionnel, mes idées ne sont pas fixées ; ouverte d'esprit je me laisse l'opportunité de pouvoir m'engager dans des projets aux thématiques diversifiées. Toutefois, les aspects de recherches, d'échanges et de partage sont primordiaux à mes yeux. Répondant à ces objectifs, les activités et missions confiées pour ConParMed me permettront de m'y épanouir.

Ainsi pour mener ce mémoire, je décrirai dans un premier temps les contours du projet ConParMed ainsi que les enjeux qu'il soulève pour ensuite organiser une réflexion autour des transformations professionnelles liées à la conciliation médicamenteuse. Une partie méthodologique inhérente à la construction de la démarche d'investigation sera également dédiée à ce chapitre (Partie I.). Puis, je m'intéresserai aux conditions et effets des différentes situations locales de travail dans la mise en œuvre de l'intervention (Partie II.). Enfin, les évolutions de compétences et de coopération, du fait de la conciliation médicamenteuse, seront l'occasion de mettre en lumière les nouveaux engagements et évolutions professionnelles du pharmacien hospitalier et de ses équipes (Partie III.).



## **-PARTIE 1-**

### **OBJET D'ETUDE ET DEMARCHE D'INVESTIGATION**

Ce chapitre est l'occasion de se saisir du contexte historique et scientifique (A.) de la pharmacie clinique et plus précisément de la conciliation médicamenteuse. L'ensemble des éléments explicatifs du projet ConParMed (B.) seront explicités avant de questionner les impacts organisationnels et professionnels de l'intervention (C.).

#### **1.1 L'apparition de la pharmacie clinique**

La conciliation médicamenteuse existe depuis maintenant plusieurs décennies (1.), son intérêt est d'ailleurs démontré par de multiples études nationales et internationales (2.) dans lesquelles s'inscrit le projet ConParMed (3.).

##### **1.1.1 Des débuts dans le monde anglo-saxon**

Le concept de pharmacie clinique et son développement sont principalement d'origine nord-américaine (Etats-Unis et Canada) et anglaise (Spinewine, 2003). Développée depuis les années 60 en tant que discipline, Charles Walton<sup>1</sup> la définit pour la première fois comme « *l'utilisation optimale de jugement et des connaissances pharmaceutiques et biomédicales du pharmacien, dans le but d'améliorer l'efficacité, la sécurité, l'économie et la précision selon lesquelles les médicaments doivent être utilisés dans le traitement des patients* » (Ordre national des pharmaciens, 2018). Les pharmaciens ont en fait répondu à un besoin au départ spécifique, mais ensuite plus global, d'assurer un usage rationnel des médicaments (Spinewine, 2003). En Angleterre, dans les années 70, des études documentées ont mis en évidence un besoin urgent d'améliorer la qualité des prescriptions et d'administration (Barrett, 1977) tout en contrôlant les dépenses afférentes aux médicaments, de maintenir un bon rapport qualité-prix et circonscrire le coût des hospitalisations liées à l'usage des médicaments.

La discipline s'est finalement construite à partir des besoins liés aux pratiques et permet de créer un lien entre les patients, les équipes médicales et l'organisation hospitalière. En effet, au fur et à mesure de sa progression, la pharmacie clinique a contribué de façon importante à l'optimisation générale des traitements mais aussi, en parallèle, participé à l'intégration des pharmaciens aux équipes cliniques en apportant une fonction complémentaire de celle des médecins (Spinewine, 2003). La présence de pharmaciens dans les services constitue ainsi la caractéristique révolutionnaire

---

<sup>1</sup> Université du Kentucky

de l'évolution de la pharmacie hospitalière. Restreinte au départ à des services très ciblés et donc à un nombre limité de bénéficiaires, la pharmacie clinique a connu depuis lors une importante expansion (Leufkens et al, 1997). Pour ce faire, les hôpitaux ont adopté deux stratégies principales, à savoir : l'élaboration de politiques hospitalières concernant le processus de prescription, puis, l'organisation de la formation initiale et postdoctorale de chaque pharmacien afin d'améliorer ses compétences et connaissances du processus clinique (Calvert, 1999). Enfin, l'intérêt de la pharmacie clinique a été reconnu par les autorités sanitaires à l'échelle locale et nationale dans les pays considérés, notamment grâce à la création de sociétés scientifiques (Spinewine, 2003) et professionnelles indépendantes très actives, telles que *l'American College of Clinical Pharmacy*, le *British Journal of Clinical Pharmacology* ou encore le *Canadian Society of Hospital Pharmacist*.

Parmi les stratégies de terrain adoptées pour réduire le risque d'iatrogénie médicamenteuse, la conciliation des traitements médicamenteux occupe une place importante dans les programmes de sécurisation des soins délivrés aux patients (HAS, 2018). Aux Etats-Unis, l'expression *Medication Reconciliation* est apparue dès 2001 dans les publications scientifiques et a été promue en premier par l'Institute for Healthcare Improvement à l'issue de travaux réalisés en collaboration avec des établissements de santé. En outre, cette pratique organisationnelle est systématisée et obligatoire par l'Agrément Canada, qui évalue les établissements de santé afin de s'assurer qu'ils évoluent dans l'implantation du bilan comparatif des médicaments (HAS, 2018).

Si la pharmacie clinique est désormais ancrée dans les pratiques quotidiennes et scientifiques des hôpitaux nord-américains et britanniques, la France, elle, n'a pas connu la même chronologie. En effet, ce n'est qu'en 1983 qu'une première définition de la pharmacie clinique voit le jour en France, en même temps que la constitution de la Société Française de Pharmacie Clinique<sup>2</sup>, aujourd'hui acteur de référence dans le domaine. En 1984 une volonté forte de développement de la pharmacie clinique, a été exprimée et portée notamment par des pharmaciens revenus de mission au Québec (cmi, 2018). Pour faire évoluer la pharmacie hospitalière, le curriculum d'étude du pharmacien s'est doté d'enseignements en pharmacothérapie mais a également introduit, en 1985, la 5<sup>ème</sup> année hospitalo-universitaire qui permet aux étudiants d'être d'une part en contact avec les patients et les prescripteurs, et d'autre part, de prendre connaissance du contexte clinique de prescription au sein des établissements de santé (Ordre national des pharmaciens, 2018). Ces premiers élans sont l'héritage de la généralisation de la pharmacie clinique outre-Atlantique. Pour autant, au cours des trente ans qui ont suivi, le développement de la pharmacie clinique n'a pas été

---

<sup>2</sup> La Société Française de Pharmacie Clinique initie et développe des travaux scientifiques de pharmacie clinique menés par des groupes de travail pluridisciplinaires.

aussi rapide qu'attendu (cmi, 2018). En effet, la pharmacie clinique n'a été officiellement définie que dans l'ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur. La DGOS indique alors que « l'intégration de la pharmacie clinique à la prise en charge des patients reste récente et hétérogène en France » (DGOS, 2016). Ceci est d'ailleurs confirmé en ce qui concerne la conciliation médicamenteuse qui s'est développée de manière éparse et locale en France.

### **1.1.2 L'intérêt de la conciliation médicamenteuse démontré par les études internationales et nationales**

Depuis son développement, de multiples travaux étudient l'intérêt que représente la mise en œuvre de la pharmacie clinique et plus récemment de la conciliation médicamenteuse dans les établissements de santé.

Une étude américaine, de 2005, a révélé que les erreurs involontaires de médication étaient fréquentes à l'admission des patients à l'hôpital. En effet, 81 des 151 patients de l'étude présentaient au moins une divergence involontaire<sup>3</sup>. Parmi ces erreurs, la plus commune était l'omission d'un médicament régulièrement consommé. 38,6% de ces oublis auraient pu avoir un impact modéré à sévère pour le patient (Cornish et al, 2005). Aussi l'étude suggère le développement de méthodes efficaces afin d'assurer avec précision la prise en charge des antécédents médicamenteux au moment de l'admission du patient. Une seconde étude américaine de 2004 (Strand et al, 2004) se basant sur 25 années d'expérience a démontré que les nouvelles missions cliniques du pharmacien ont permis une amélioration de la santé des patients, et notamment une amélioration de leur qualité de vie, une réduction des erreurs médicamenteuses, ainsi qu'une amélioration en termes de dépenses de santé (Delande, 2017). En outre, « la réalisation d'une conciliation médicamenteuse par du personnel expérimenté et ayant une meilleure connaissance des médicaments permet d'obtenir de meilleures informations et diminue le risque d'erreur » (Le Moniteur Hospitalier, 2010). En parallèle, une étude québécoise (Tanguay et al, 2014) a montré que les activités de pharmacie clinique les plus représentées étaient le conseil aux patients (89 %), la revue de médication<sup>4</sup> (63 %), l'évaluation de la pharmacothérapie (59 %), la formulation de recommandations à l'équipe de soins (57 %). Ces éléments font alors valoir la pertinence de l'intégration d'un pharmacien dans une équipe soignante.

---

<sup>3</sup> Ecart entre le bilan médicamenteux établi à l'admission et la prescription en cours.

<sup>4</sup> Soit l'équivalent de la conciliation médicamenteuse en France.

Les premiers travaux en France sur la conciliation médicamenteuse trouvent leur origine dans une initiative de l'OMS à travers le projet *High 5s*. Ce projet international lancé en 2006 visait à améliorer la sécurité des patients au sein de leur parcours de santé par la mise en œuvre de pratiques standardisées au sujet de la sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins. Menée dans 9 établissements de santé français entre 2009 et 2014, sur plus de 27 000 patients de plus de 65 ans, le projet a révélé que la conciliation médicamenteuse avait permis d'établir plus de 46 000 divergences médicamenteuses. Dans son bilan la HAS estimait que 5% de ces erreurs auraient pu avoir des conséquences cliniques graves pour le patient (HAS, 2015). Ceci a alors donné de la visibilité à l'enjeu de l'iatrogénie médicamenteuse en France. Aussi des initiatives en la matière ont vu le jour mais restent ponctuelles en comparaison aux expérimentations outre-Manche par exemple.

Le centre hospitalier de Lunéville a été parmi les premiers à s'investir en 2009 dans la conciliation médicamenteuse pour les patients de plus de 65 ans hospitalisés (aussi dans les services de chirurgie) *via* les urgences, mais également pour ceux entrant dans l'EHPAD de l'établissement. La mise en place de cette activité a supposé une réorganisation des activités des pharmaciens hospitaliers : « avec la conciliation, on passe à une organisation structurée et centralisée » (Vaysette, 2015) qui sollicite les étudiants et les préparateurs en pharmacie pour se rendre auprès des patients. Entre 2010 et mars 2015, la conciliation médicamenteuse à Lunéville a permis de repérer plus de 8500 erreurs médicamenteuses et plus de 6000 divergences intentionnelles non documentées<sup>5</sup> dans le dossier patient. Aussi convaincu de l'efficacité de la démarche le Centre Hospitalier (CH) de Lunéville a partagé ses outils avec d'autres équipes hospitalières qui ont pu se les approprier, les adapter pour leur propre utilisation. D'autres établissements de santé ont en effet découvert et adopté la démarche depuis : le CHU de Nîmes dans le cadre du projet EUNetpaS<sup>6</sup>, le CHU de Nantes en médecine polyvalente d'urgence, le service de gériatrie aigüe au CHRU de Nancy, de multiples services de cancérologie, les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) à l'hôpital Edouard Herriot à Lyon, ou encore au sein de plusieurs GHT (Centre Manche, Cœur de Seine, Haute-Bretagne). Aussi la conciliation semble être un acte qui prend de l'ampleur mais qui n'est pas pour autant standardisé. Désireuse de faire avancer la pratique, la DGOS a mis en place en 2015 une enquête auprès de plus de 2500 établissements de santé visant à établir un état des lieux de la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse et à identifier les besoins des acteurs.

---

<sup>5</sup> La modification du traitement par le médecin est intentionnelle mais n'est pas appuyé par une justification pour le pharmacien. Aussi il ne sait pas s'il s'agit d'une erreur ou non.

<sup>6</sup> Projet de Réseau européen pour la sécurité du patient (EUNeTPaS)

Les résultats de l'enquête montrent que près de 90% des établissements de santé déclarent réaliser une activité de pharmacie clinique. Ils sont en revanche 22% à avoir déjà fait de la conciliation dans leur structure. Aussi cette dernière est principalement effectuée dans des unités dont la durée de séjour est compatible avec le dispositif. Ainsi, en gynécologie-obstétrique ou aux urgences, où la durée moyenne de séjour (DMS) est courte, la démarche est peu implantée (respectivement 10% et 23%) tandis qu'en médecine hors urgences, en chirurgie, gériatrie, SSR, la conciliation a déjà été pratiquée (de 41 à 59%) (DGOS, 2017).

En outre, ce sont les médecins et pharmaciens qui se chargent de mettre en œuvre l'intervention dans les unités. Les professions paramédicales telles que les infirmiers diplômés d'état (IDE) et les préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH) participent aussi à cette activité (respectivement 60 et 48% des établissements les mentionnent) en se concentrant sur une tâche : le recueil des informations (DGOS, 2017). Si le recueil des informations est une activité partagée par tous, la gestion des divergences reste une activité quasi exclusive des professions médicales et pharmaceutiques (HAS, 2018).

Malgré la diffusion du concept, des méthodes, puis l'inscription dans les textes qui fondent l'exercice professionnel, le développement de la pharmacie clinique dans les différentes structures de soins en France ne s'est pas fait de manière synchrone, selon le même déploiement, la même priorisation des activités, les mêmes moyens et la même vitesse (Allenet, 2018). En effet, la DGOS fait état des freins au développement de la conciliation. Il ressort de l'enquête que les professionnels sont peu disponibles et qu'ils manquent aussi d'outils et de systèmes d'informations adaptés pour cela. Le défaut de formation initiale et continue ainsi que la perception d'une méthodologie complexe à mettre en œuvre, sont également des obstacles à la mise en place de l'intervention (DGOS, 2017).

Cette enquête permet ainsi d'avoir une idée de l'ampleur de la conciliation médicamenteuse en France mais permet également de connaître les points d'amélioration pour sa mise en place. Prendre en considération les besoins des acteurs est une démarche que mène la DGOS dans l'objectif de généraliser la démarche vers un déploiement national.

A l'issue de cette enquête et pour encourager les actions, la DGOS a instruit en 2016 et 2017, deux appels à projets successifs à propos de la mise en œuvre de la pharmacie clinique dans les établissements de santé. Rappelons que ConParMed en est directement issu. Les dossiers transmis à la DGOS dans le cadre de cet appel à projet devaient proposer des prises en charge thérapeutiques fondées sur des activités de pharmacie clinique, répondant à des besoins médicaux identifiés et susceptibles d'atteindre les objectifs de maîtrise de l'iatrogénie médicamenteuse et de promotion du

bon usage des produits de santé ; de sécurisation du parcours du patient aux différents points de transition et d'évaluation en continu de la pertinence et de l'efficacité de la thérapeutique proposée (DGOS, 2017(2)). Pour se faire, la circulaire précisait la nécessité pour ces projets de proposer une méthode pour mesurer l'impact clinique ; l'impact organisationnel et l'impact médico-économique associés au déploiement de la pharmacie clinique, en incluant la satisfaction des patients.

### **1.1.3 Le projet ConParMed**

L'équipe pharmaceutique bretonne a alors décidé d'axer le projet ConParMed sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse à l'échelle du GHT Haute-Bretagne (dans 6 des 10 établissements du GHT) et au sein de sa filière gériatrique. Nous avons effectivement vu que, parmi la population des personnes âgées, l'iatrogénie médicamenteuse est la plus fréquente et potentiellement grave. Les groupements hospitaliers de territoire, par leur projet médical partagé et le projet pharmaceutique associé, constituent des organisations d'intérêt particulier pour cet appel à projet (DGOS, 2017(2)). Par ailleurs, le GHT Haute-Bretagne pouvait déjà s'appuyer sur une filière gériatrique territoriale structurée puisque la conciliation médicamenteuse était développée pour ce public dans 6 services de médecine du CHU de Rennes et du CH de Fougères. L'implication de 4 nouveaux pharmaciens cliniciens grâce à la subvention obtenue par la DGOS pour étendre la démarche dans 6 autres services SSR gériatriques du territoire était donc logique afin d'accompagner au mieux les patients jusqu'à leur retour à domicile. A ce jour le projet ConParMed s'étend donc sur 12 services de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) ou SSR dans 6 établissements de santé (CHU de Rennes, CH Fougères, CH des Marches-de-Bretagne, CH St-Méen-Le-Grand, CH Monfort-Sur-Meu, CH Janzé).



**Titre : Carte du GHT Haute-Bretagne**

Source : ARS Bretagne

Lecture : En jaune, les établissements de santé participants au projet ConParMed

L'objectif principal de ConParMed est d'évaluer l'impact de la conciliation médicamenteuse sur le taux d'hospitalisation des patients âgés suite à un évènement indésirable médicamenteux au cours des 30 jours suivants leur retour à domicile. Pour ce faire une étude observationnelle et prospective va comparer deux groupes de patients. Le premier groupe aura reçu une conciliation médicamenteuse complète alors que le second n'aura reçu que la conciliation médicamenteuse à l'entrée dans l'établissement de santé. Aussi ces patients répondront à un questionnaire téléphonique à 7 et 30 jours après leur hospitalisation (Annexe 2) ce qui permettra de savoir si le patient a été ré-hospitalisé<sup>7</sup>, s'il y a eu une continuité de l'information de son parcours médicamenteux à la ville (médecin traitant, officine). La satisfaction du patient vis-à-vis de son parcours médicamenteux, en termes d'expérience vécue et de point de vue, sera également évaluée car elle permettra de la compréhension, l'appropriation puis éventuellement l'accompagnement des modifications thérapeutiques du patient.

En parallèle, l'étude comprend deux objectifs secondaires mais importants pour apprécier l'intervention dans sa globalité. Le premier objectif correspond à l'évaluation de l'apport de la

---

<sup>7</sup> Le fait d'imputer une ré-hospitalisation ou une consultation aux urgences à un EIM sera déterminé de façon rétrospective par un comité d'adjudication associant médecins et pharmaciens, à partir de l'analyse du dossier des patients.

conciliation médicamenteuse selon des critères médico-économiques par la réalisation d'une analyse coût-efficacité qui cherchera ici à quantifier le coût par hospitalisation pour un évènement indésirable médicamenteux évité.

Le second objectif consiste à évaluer les impacts organisationnels de l'intervention. Engagée sur ce volet, une étude qualitative complète sera réalisée tout d'abord par un état des lieux des organisations professionnelles avant la mise en œuvre de l'intervention dans les établissements de santé participants (T0), puis par une évaluation de son impact sur les organisations professionnelles (T1). Il s'agit de mesurer les effets de la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse sur les organisations professionnelles tels que les échanges collaboratifs, le partage d'information pluriprofessionnel, la division du travail, les échanges avec les praticiens de ville, les effets d'apprentissage ou encore l'évolution des pratiques professionnelles. Ceci permettra alors de définir les rôles et attributions de chacun dans les activités de pharmacie clinique.

Ainsi ConParMed est un projet complet qui initie un large déploiement de la conciliation médicamenteuse sur le GHT Haute-Bretagne. Lauréat de l'appel à projet DGOS, il devrait permettre en même temps aux pouvoirs publics de faire connaître et reconnaître ce type de démarche s'inscrivant dans le sens de l'évolution de la profession de pharmacien hospitalier.

## **1.2 Démarche méthodologique : la conciliation médicamenteuse comme objet d'étude**

Notre travail se concentre sur l'exercice de la conciliation médicamenteuse (1.) au sein d'organisations hospitalières à l'échelle d'un GHT (2.) et constituera le cadre de notre démarche (3.).

### **1.2.1 La pratique de la conciliation médicamenteuse**

Parce que les multiples points de transition majorent le risque médicamenteux, la conciliation médicamenteuse est une démarche puissante de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses principalement menée par les établissements de santé et médico-sociaux mais qui implique fortement les professions de soins de ville, les patients et leurs aidants (HAS, 2018).

#### *a) Les étapes de la conciliation médicamenteuse*

La conciliation des traitements médicamenteux est promue comme une intervention rigoureuse et standardisée dont un ensemble de recommandations concrètes structure sa pratique (HAS, 2018). Tout au long de nos investigations, nous avons eu l'occasion d'observer la manière dont la conciliation médicamenteuse était mise en place sur le GHT. Celle-ci est effectivement semblable aux

recommandations publiées par la HAS et ce sur l'ensemble des services visités. Aussi la méthode décrite ici correspond à celle observée sur le GHT.

La conciliation médicamenteuse est composée de deux étapes fondamentales : la conciliation médicamenteuse d'entrée à l'arrivée du patient à l'hôpital et la conciliation médicamenteuse de sortie à la fin de l'hospitalisation. Pour qu'une conciliation soit jugée complète, ces deux étapes sont indissociables

La HAS a identifié quatre séquences incontournables à son exécution. Chacune de ces phases possède des objectifs propres, des modalités pratiques de mise en œuvre et des outils spécifiques. D'abord le recueil des informations sur les médicaments pris ou à prendre par le patient. Il s'agit là de connaître à chaque point de transition les médicaments du patient qui sont pris ou à prendre mais également de formaliser les informations recueillies en tenant compte de l'automédication, de l'historique médicamenteux et de la non-adhésion thérapeutique du patient. Ensuite, la rédaction du bilan médicamenteux synthétise l'ensemble de ces informations, puis la validation du bilan médicamenteux permet d'attester de la fiabilité du bilan médicamenteux. Enfin, le partage et l'exploitation du bilan médicamenteux ont pour but d'optimiser la démarche diagnostique, optimisent la prescription, la dispensation et l'administration des médicaments et améliorent l'information du patient et son entourage (HAS, 2018).

Ces quatre séquences sont rythmées par des entretiens avec le patient et son prescripteur à l'hôpital. La procédure prévoit généralement qu'à son arrivée, le patient rencontre un membre de l'équipe pharmaceutique (pharmacien, externe de pharmacie, préparateur en pharmacie) pour faire état de ses thérapeutiques. Pour obtenir l'exhaustivité (tous les médicaments) et la complétude (dosage, posologie et durée de traitement précisés) de l'information (HAS, 2018), la conciliation des traitements médicamenteux impose de croiser les données avec diverses sources d'informations, comme l'officine du patient, son IDE ou encore sa famille. Cette étape est la clé du succès de la conciliation des traitements médicamenteux. Ce moment permet d'ores et déjà au pharmacien de repérer des divergences dans les traitements (HAS, 2018). Ceci sera alors discuté avec le médecin prescripteur durant l'hospitalisation. Un second entretien avec le patient est prévu au moment de sa sortie. Le pharmacien et le médecin auront au préalable travaillé ensemble sur la réalisation de l'ordonnance de sortie afin de veiller à la cohérence et la sécurisation des traitements. A cette occasion le patient recevra une fiche de conciliation de sortie faisant état de ses traitements avant son hospitalisation et à sa sortie en mentionnant quel médicament aura été ajouté, modifié ou arrêté

durant son séjour. C'est le pharmacien clinicien qui réalise cette fiche et qui explique au patient ses nouveaux traitements.

Dans cette démarche d'enquête du pharmacien, on distingue la conciliation proactive de la conciliation rétroactive. En effet, le travail en binôme, ne permet pas toujours au médecin et au pharmacien d'interagir avec la même chronologie. Aussi ces deux types de conciliations permettent de s'adapter aux situations en présence. Dans la conciliation proactive le bilan médicamenteux, à l'entrée comme à la sortie, est réalisé avant qu'il y ait une prescription. Aussi le bilan communiqué au prescripteur doit être pris en compte lors de la rédaction de l'ordonnance autant que de besoin. Les changements décidés devront être documentés (HAS, 2018). Dans la conciliation rétroactive le bilan médicamenteux est établi après la rédaction de la prescription et le bilan sera comparé à la prescription en cours. Les éventuelles divergences repérées seront communiquées au prescripteur qui les prendra en compte lors de la rédaction d'une nouvelle ordonnance (HAS, 2018). La différence entre ces deux démarches réside dans le fait que l'une prévient les erreurs médicamenteuses alors que la seconde les intercepte.

Ainsi, la conciliation médicamenteuse va permettre une réduction des erreurs médicamenteuses, une diminution du recours à l'hospitalisation de même qu'une continuité médicamenteuse avec la poursuite de la conciliation des traitements médicamenteux à l'officine où la démarche se nomme Bilan Partagé de Médication (BPM).

#### ***b) Sémantique : une appellation qui questionne***

La conciliation médicamenteuse peut en effet prendre d'autres dénominations comme conciliation des traitements médicamenteux (CTM) ou bien de bilan médicamenteux. Ces synonymes proviennent d'un héritage canadien où la pratique se nomme Bilan Comparatif Médicamenteux (BCM). La traduction française retenue dès 2009 par la HAS est « conciliation des traitements médicamenteux ». L'expression française est proche de l'expression américaine issue du projet Med'Rec (incorporé à l'étude High 5s) signifiant « *Medication Reconciliation* ». Or, en France le terme de conciliation interpelle les professionnels : (#16 - Médecin) « *Sincèrement ça m'avait un peu surpris ce nom, c'était un drôle de terme conciliation, ça surprend. C'est vrai que ce terme continue à me laisser perplexe même si maintenant j'ai pris de la distance. Je ne suis pas convaincue du terme* ». De fait, la conciliation est étymologiquement « une action qui vise à rétablir la bonne entente entre des personnes dont les opinions ou intérêts s'opposent » (Larousse, 2019). En droit, la notion recouvre même d'un procédé de règlement amiable de conflits. Aussi, ce terme suppose qu'une lutte ou tout du moins des divergences existent entre les parties prenantes de la conciliation : (#16 - Médecin) « *Il*

*y a l'histoire de la réconciliation, mais n'a jamais été fâchés non plus* ». La HAS précise qu'en francisant les termes de l'expression, la notion de la conciliation perd ainsi toute connotation conflictuelle (HAS, 2018). Toutefois, avant même de commencer nos investigations, il préexiste à nos yeux dans l'organisation hospitalière des dissensions professionnels (Cf. infra) qui impliqueraient la mise en place de la conciliation permettant de répondre aux enjeux organisationnels d'aujourd'hui.

## **1.2.2 Le cadre de ConParMed et du stage**

### **a) L'organisation hospitalière**

L'hôpital est un système où intervient une pluralité d'individus et de compétences dans l'objectif d'accomplir le but fixé par l'organisation et qui mobilise des « systèmes d'action coordonnés entre des individus et groupes dont les préférences, l'information, les intérêts et le savoir diffèrent » (Landrieux-Kartochian, 2018)

L'hôpital se construit autour d'une action organisée qui requiert une coopération entre les individus. Aussi l'étude de l'organisation amène aussi bien à examiner les compétences individuelles et collectives, la division du travail, les mécanismes formels ou et informels de coordination, le système d'évaluation des performances, les relations de travail (Béjean et Al. 2018) ou encore les éventuelles luttes de juridictions ou de territoires. Aussi le développement de la conciliation médicamenteuse dans l'organisation qu'est l'hôpital, amène à se demander quelle place occupent les protagonistes en son sein. De plus, il s'agit de savoir à quel point la mise en place de l'intervention s'adapte ou non à l'organisation.

Si l'organisation possède une certaine stabilité dans le temps, ces différentes composantes sont amenées à régulièrement évoluer du fait des évolutions sociales et légales. La conciliation médicamenteuse en est un bon exemple. Elle qui apparaît comme un nouvel outil de régulation de la prise en charge médicamenteuse puisqu'elle promeut une approche plus globale, cherche à inscrire les soins dans la durée tout en impliquant le patient. Aussi ces objectifs correspondent aussi ceux de la Stratégie Nationale de Santé actuellement en place et montrent que les organisations progressent dans cette voie. Dans ce sens, le projet de loi Ma Santé 2022 cherche le rassemblement et la coopération des professionnels de santé au service de la santé des patients.

Enfin, le très récent décret relatif aux pharmacies à usage intérieur prévoit de substantielles modifications des organisations en raison des GHT qui constituent une forme particulière d'organisation.

## *b) Le GHT*

Les groupements hospitaliers de territoires voient le jour en 2016 à l'occasion de la loi de Modernisation de notre système de santé. Ce dispositif vise à mettre en place un nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire (ars.sante.fr, 2018). Pour garantir à l'ensemble des patients un meilleur accès aux soins tout en renforçant la collaboration entre les professionnels des établissements de santé du territoire. Ainsi, les établissements publics de santé vont se réunir autour d'un projet médical partagé pour soigner mieux et à moindre coût (ars.sante.fr, 2018). Ils doivent aussi mutualiser leurs équipes pharmaceutiques et répartir les activités de façon rationnelle.

Le GHT Haute-Bretagne réunit 11 établissements publics de santé, dont 6 sont impliqués dans ConParMed, engagés au service de la population du territoire. Le GHT rassemble un établissement support à savoir le CHU de Rennes, des établissements avec une activité MCO puis plusieurs établissements de proximité afin de répondre aux besoins des quelques 900 000 habitants de ce territoire.

Le GHT doit permettre de développer des modes de prise en charge innovants (réseau-hôpital-ght.fr); c'est le cas de la conciliation des traitements médicamenteux. En effet, le décret du 21 mai dernier confirme que, désormais, un GHT peut posséder une PUI unique, confiant la centralisation, les activités de marché ou encore de livraison des médicaments à un seul établissement. Ainsi les autres PUI du GHT peuvent recentrer leur activité sur la pharmacie clinique afin de faire évoluer cette pratique. C'est aussi ce qui se dessine avec l'activité de la conciliation.

A ne pas en douter la mise en place du GHT et ses évolutions liées à la pharmacie clinique transforment l'organisation hospitalière et font évoluer la profession de pharmacien hospitalier.

### **1.2.3 Missions et démarche de stage : au cœur d'un projet évaluatif**

#### *a) Missions*

Le projet ConParMed et son évaluation ont lieu dans le cadre de l'appel à projet de la DGOS. Son cahier des charges est donc précis et les missions de mon stage correspondent à l'étude des impacts organisationnels de ConParMed. Aussi, la réflexion et l'analyse de ce travail se rapportent au contrat passé avec le DGOS, à savoir la participation à l'évaluation du dispositif dans six établissements et auprès de leurs partenaires sur le territoire. Pour ce faire, une revue de littérature, des observations au sein des services où la conciliation a lieu ainsi que des entretiens avec les acteurs de la démarche sont nécessaires et correspondent aux activités qui me sont confiées. La rédaction de compte-rendu

d'observation, de synthèses analytiques ou de grilles d'entretiens vont de pair avec ces premières missions. Enfin, la finalité de l'évaluation des impacts organisationnels conduira au rendu d'un livrable auprès de la DGOS. L'ensemble de ces éléments constitue donc la mission de mon stage. Il s'agit de comprendre différents phénomènes sociaux inhérents à l'activité de la conciliation. En mobilisant les données recueillies dans le cadre d'une approche exploratoire et en les analysant à l'aide de théories sociologiques.

### *b) Démarche*

Pour la réalisation de ce projet une équipe de chercheurs en santé publique (épidémiologie, économie de la santé, sociologie) et de pharmaciens hospitaliers a été constituée. Je l'ai ensuite intégrée pour mon stage.

Pour réaliser l'évaluation des impacts organisationnels de ConParMed, une enquête de terrain s'imposait. Ainsi, la première étape de mon travail a été de traduire la demande de la DGOS afin de m'approprier le sujet et de pouvoir établir un plan de réponse à la demande. Dans ce sens, j'ai procédé à la lecture des résultats de l'enquête réalisée en T0 par une ingénieure d'étude de l'EHESP puis j'ai réalisé une revue de littérature afin de cerner le sujet (Annexe 3), son histoire, ses enjeux, ses limites éventuelles et ses perspectives. La littérature à ce propos est relativement vaste et le cadre du projet m'a permis de donner une direction à mes recherches et a dessiné des axes de travail. La revue de littérature constitue un matériau riche et dense, directement mobilisable pour l'analyse des données de terrain par exemple.

J'ai dans un second temps réalisé 10 journées d'observation au cœur des services de soins et auprès des professionnels impliqués dans la conciliation sur le GHT. En immersion dans le quotidien des pharmaciens ou externes de pharmacie j'ai pu capter les environnements, les interactions et les ambiances de travail. Chacune de ces observations a fait l'objet d'une monographie de site décrivant le plus fidèlement possible mes observations. Structurées grâce à un guide d'observation réalisé au préalable (Annexe 4) et à partir de ma revue de littérature, ces monographies sont extrêmement riches et comportent des informations factuelles mais également des récits d'expériences des professionnels ou encore quelques verbatims que je pourrais mobiliser avec précision. A l'issue de ces compte-rendu, j'ai procédé à leur analyse afin de comparer les situations locales de travail et de regrouper certains discours. Ce travail a ainsi permis de dessiner des tendances générales, de pointer des dysfonctionnements et de formuler mes premières hypothèses de travail.

Pour compléter ces premiers éléments, j'ai réalisé une vingtaine d'entretiens semi-dirigés (Annexe 5) avec différents professionnels impliqués dans l'intervention : des pharmaciens, des internes de pharmacie, des préparateurs en pharmacie hospitalière mais aussi des médecins hospitaliers et libéraux ou encore des cadres de santé afin de saisir les motivations, aspirations, vécus de chaque groupe de professionnels. Retranscrits intégralement puis analysés selon un cadre conceptuel issu de la revue de littérature, ces entretiens reconstituent le processus d'action et le sens que les acteurs donnent à leur pratique (Annexe 6).

Pour réaliser l'ensemble de ce travail, j'ai été accompagnée par Laurianne Dischli, ingénieure d'études sur l'évaluation des impacts organisationnels. Nous avons rapidement constitué un binôme et avons pu nous partager le travail. En effet, devant un sujet aussi vaste nous avons rapidement convenu qu'elle travaillerait davantage sur le lien ville-hôpital ainsi que sur les systèmes d'informations alors que je m'intéresserai aux impacts de la conciliation et aux transformations professionnelles. Nous avons eu de riches échanges tout au long de cette mission. De plus, en tant que superviseur, Monsieur Schweyer nous a régulièrement réunis, ce qui a été bénéfique à l'appropriation du sujet, au calage de la démarche d'enquête, aux échanges de points de vue ou encore aux premières analyses. Ce travail évaluatif constitue un véritable travail d'équipe et le rend que plus riche.

En définitive, l'ensemble de ces éléments constituent le matériau sur lequel nous allons nous appuyer pour répondre à la commande initiale et à nos interrogations substantielles.

### **1.3 La conciliation médicamenteuse : de nombreux questionnements**

Les éléments de la revue de littérature orientent notre recherche sur les transformations professionnelles induites par la conciliation médicamenteuse (1.) et démontrent également que le lien ville- hôpital (2.) et l'intégration du GHT (3.) résultent d'une réflexion tout aussi importante.

Quatre axes peuvent structurer le champ d'étude de la mise en œuvre et de la pratique de la conciliation médicamenteuse. Tout d'abord il est possible de se questionner sur l'instauration d'une coopération pluriprofessionnelle impliquant une nouvelle communication et répartition des activités entre les professionnels. Ensuite, l'élargissement et la valorisation des compétences de chacun en formant et en intégrant les professionnels de la pharmacie au sein des services de soins et en développant le contact avec les patients est également à mettre en lumière. L'implication des professionnels de ville est un objectif organisationnel majeur de ConParMed en vue d'améliorer le lien ville-hôpital. Enfin, la mise en place d'un système d'information sécurisé et optimisé pour

permettre l'accomplissement du processus à l'hôpital puis en ville, fait partie intégrante des réflexions à mener pour ce travail. Aussi les impacts organisationnels issus de la conciliation médicamenteuse sont aussi passionnants que vastes et il ne sera pas possible de les aborder tous intégralement. J'ai donc fait le choix d'aborder les transformations des professions à travers les focales d'intégration du GHT ou encore de collaboration professionnelle.

### **1.3.1 Transformations professionnelles et coopération pluriprofessionnelle**

Effectivement, « la conciliation médicamenteuse implique un véritable changement dans les pratiques et les cultures professionnelles car elle remet en cause les pratiques usuelles pour suggérer de nouvelles façons de faire davantage tournée vers le patient et l'interdisciplinarité des professions médicales » (Cousein, 2011). Le partage et l'exploitation de la conciliation concernent l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient (HAS, 2018), « c'est le besoin d'information qui réunit les professionnels » (HAS, 2015). La collaboration entre médecins et pharmaciens, et plus globalement de l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient, nécessaire lors de la conciliation des traitements médicamenteux est un facteur contributif supplémentaire pour prévenir, intercepter et corriger les erreurs médicamenteuses et ainsi optimiser la pertinence des traitements du patient (HAS, 2015).

Aussi pour l'efficacité de cette collaboration pluriprofessionnelle il est nécessaire d'identifier la nature des professionnels qui participent mais également comment ils participent. Il s'agit de repérer qui est formé à la conciliation mais aussi d'évaluer le niveau de polyvalence et d'éviter les glissements de tâches. Le but étant *in fine* de recentrer chaque professionnel sur son expertise métier (HAS, 2018). Un effet de « résistance au changement » peut être observé chez certains professionnels médicaux qui jugent l'inutilité ou l'inefficacité de l'intervention. Aussi on se demande si des luttes en termes de juridictions (Abbott, 1988) ou de territoires professionnels pourraient alors expliquer ces prises de position défensives par rapport à la conciliation médicamenteuse ? « Si la collaboration entre les professionnels de santé est indispensable pour une prescription de qualité, la communication entre ces derniers est la condition d'une réussite de cette collaboration » (Bussereau, 2014). Il ressort que la dynamique de la collaboration est basée sur les sentiments d'interdépendance et de confiance entre professionnels (Bardet, 2016). Beaucoup d'études recensées montrent que le pharmacien joue un rôle de pivot dans le dialogue entre les professionnels soignants (Cousein, 2011). Il est cependant important de noter que ces travaux sont réalisés par ces mêmes pharmaciens qui plaident naturellement leurs propres causes. En outre, l'acceptabilité des propositions faites par les pharmaciens cliniciens est un critère particulièrement

important car il met en évidence l'évolution de la relation médecin-pharmacien (Bedouch et Al. 2012).

En parallèle, l'exercice pluriprofessionnel s'accompagne inévitablement d'une redéfinition des missions des professionnels de santé, leur permettant de développer de nouvelles activités et compétences dans le cadre de la prise en charge des patients (Bardet, 2016). Pour un professionnel de pharmacie à l'hôpital, le contact auprès du patient est une nouveauté. Ses pratiques se diversifiant, il doit alors adopter de nouvelles postures professionnelles. En définitive, il y a un impact positif de l'intégration du pharmacien au sein d'équipe de soins sur plusieurs types de critères de jugements cliniques et humanistiques (Chilssholm-burns, 2011).

De plus, « la charge de travail de chacun, même si elle est centralisée en grande partie sur l'équipe pharmaceutique doit être prise en compte. La recherche des divergences ou écarts entre bilan médicamenteux et prescriptions, les échanges entre professionnels, la formalisation des supports d'information, l'organisation des transmissions, l'utilisation du système d'information pour tracer l'acte de conciliation des traitements médicamenteux et l'information du patient exigent du temps » (HAS, 2018). Pour certains, il apparaît que le temps est une contrainte au déploiement de la conciliation médicamenteuse. « La durée moyenne par patient peut beaucoup varier d'une équipe à l'autre, mais dure généralement 45 minutes environ » (Friedl, 2014). Aussi, ce n'est pas un fait nouveau de dire que le « temps médical apparaît comme contraint. [...] Il est devenu courant d'entendre de la part des soignants qu'ils n'ont plus le temps minimal nécessaire pour répondre à la multiplicité des charges ; le simple échange interpersonnel avec le patient en hospitalisation devenant difficile par manque de temps. Et, les mêmes problématiques semblent toucher les corps professionnels » (Barrier et al, 2015). Cette contrainte de temps peut alors altérer la qualité des échanges ou du recueil de l'historique médicamenteux et de la conciliation de manière générale (Bardet, 2016) tout comme les perceptions et les relations professionnelles. Finalement, ce questionnement retrouvé dans la littérature sera mobilisé pour analyser les matériaux d'enquête et pour ainsi comprendre les évolutions professionnelles inhérentes à la mise en place de la conciliation.

### **1.3.2 Le lien ville-hôpital**

La conciliation permet ainsi de mettre en lumière le renforcement du lien social et des dialogues entre les équipes à l'hôpital, mais également en ville. En effet, il est nécessaire de penser une communication à double sens, c'est-à-dire une communication par et pour l'organisation mais également à destination de la ville. La HAS souligne que pour rendre la conciliation médicamenteuse

effective, l'établissement de santé doit collaborer avec les acteurs de la ville ; c'est d'ailleurs un élément mis en avant dans le projet ConParMed. Pour ce faire, « il sera important pour obtenir l'adhésion des professionnels de ville de souligner ce qu'elle apporte dans la sécurité et la continuité des soins du patient » (HAS, 2018). Aussi l'équilibre entre les informations reçues et transmises par l'organisation hospitalière est un facteur de l'engagement des professionnels de la ville dans la démarche afin d'assurer un suivi optimal au patient. Finalement, on cherche à comprendre comment l'information circule entre la ville et l'hôpital.

### **1.3.3 L'intégration du GHT**

La pratique de la conciliation médicamenteuse se structure, pour ConParMed comme pour d'autres projets de pharmacie clinique, autour de groupements hospitaliers de territoires. En effet, l'intégration de ce dernier était un élément important à prendre en compte lors de l'appel à projet de la DGOS, car il est un vecteur d'unification des pratiques pharmaceutiques sur l'ensemble d'un territoire de santé. Un patient peut tout à fait être amené à fréquenter plusieurs établissements de santé d'un même GHT selon ses besoins (établissement MCO puis SSR par exemple). Aussi, la mise en œuvre de la conciliation sur l'ensemble du GHT devrait permettre de garantir une continuité des informations. Les points de transitions, connus comme étant les principaux responsables des erreurs médicamenteuses, sont désormais sécurisés par l'intervention de conciliation. En outre, le partage d'information qui est l'essence même de la conciliation médicamenteuse, corrobore le fait que la démarche soit conduite à l'échelle d'un GHT. Pour assurer cette continuité de l'information, un système d'information hospitalier formalise le processus pour l'ensemble des établissements de santé. Le GHT réunit alors ces derniers autour d'un outil commun, colligeant l'ensemble des informations à propos du patient. Si des outils partagés numériques se mettent en marche à l'échelle des GHT ceci tente également d'exister à l'échelle nationale avec le Dossier Patient Informatisé (DPI).

En outre, la conciliation est un instrument qui affirme que, malgré leur création récente, les GHT permettent la réunion et le rapprochement des professionnels de santé autour d'un patient. Pour poursuivre dans cette direction, le récent décret proposant le regroupement des PUI en une PUI unique pourrait permettre une redistribution des activités pharmaceutiques sur le GHT dans l'objectif d'unifier les parcours médicamenteux et de faire progresser les professions de pharmacie hospitalière.

Deux questions de recherches émanent de nos réflexions et structureront notre étude :  
**Comment se met en place la conciliation médicamenteuse sur le GHT Haute-Bretagne, territoire aux établissements de santé hétérogènes ? En quoi la conciliation est-elle une opportunité pour l'évolution de la pharmacie hospitalière ?**

Aussi nous formulons les hypothèses suivantes :

L'exercice de la conciliation médicamenteuse conduit à repenser la division du travail jusqu'alors en place, et vise à favoriser une collaboration pluriprofessionnelle entre les différents acteurs impliqués. Aussi, sa mise en place nécessite l'introduction de ressources humaines et matérielles impliquant alors une répartition discutée (voire négociée) des activités des professionnels ainsi qu'une communication permettant d'articuler de manière efficace l'ensemble des éléments en synergie. La définition des rôles de chacun et la communication apparaissent à la fois comme des outils pour aider au développement de la collaboration, et des indicateurs de son degré d'évolution (Bardet, 2016).

La pratique de la conciliation permet de valoriser les évolutions de la profession pharmacienne grâce à l'élargissement de l'ordonnancement du travail et donc des compétences et des savoir-faire des professionnels de la pharmacie. Du fait de l'intégration du pharmacien au cœur des unités de soins et auprès des patients hospitalisés, des compétences relationnelles apparaissent indispensables à la pratique de l'intervention ce qui implique que la formation des professionnels soit en adéquation avec ces nouvelles pratiques.

Le temps, élément incompressible, participe en tant que condition à la réalisation de l'intervention car sa gestion relève de plusieurs facteurs et démontre les capacités d'adaptation, de souplesse et d'analyse du pharmacien.

## -PARTIE II-

# L'IMPORTANCE DES SITUATIONS LOCALES DE TRAVAIL DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE

L'état des lieux de la mise en place de l'intervention (A.) guide notre réflexion sur les manières d'aborder la conciliation selon les situations locales de travail (B.) et au sujet des éventuels freins et leviers inhérents au projet ConParMed et à l'exercice de la conciliation (C.).

### 1.1 Mise en œuvre de la conciliation : quels enjeux ?

L'état des lieux réalisé avant le début de ConParMed permet de mettre en lumière quatre thèmes prégnants (1.) et révèle également les enjeux d'intégration du GHT (2.) au projet.

Notre évaluation des impacts organisationnels de ConParMed a consisté à observer et analyser les évolutions liées à la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse. Aussi, l'analyse de la situation qui l'a précédée est tout aussi importante. Une première enquête a donc été conduite dans l'objectif de réaliser un état des lieux des organisations avant la mise en place de l'étude ConParMed. Pour cela, une démarche d'écoute compréhensive fondée sur des entretiens semi-directifs a été conduite par une ingénieure d'étude au mois de décembre 2018. Différents acteurs impliqués dans l'intervention, comme des pharmaciens assistants spécialement recrutés dans le cadre de l'étude, des directeurs d'hôpitaux participants, les investigateurs de ConParMed ou encore les gérants de PUI ont été auditionnés.

On constate d'ores et déjà que l'implémentation de la conciliation médicamenteuse n'a pas la même chronologie pour l'ensemble des services contributeurs. En effet, certaines unités MCO réalisent de la conciliation depuis plusieurs années désormais ; presque 3 ans pour l'une, et environ 6 ans qu'une autre est engagée de manière moins formalisée dans ce type de démarche. (#19 – Directeur d'établissement) « A chaque visite nous avons un pharmacien qui suivait la visite et qui venait réinterroger la pertinence des traitements. Et ça on l'avait depuis très longtemps. C'était un pharmacien qui venait, même à \*\*\*\*\* quand on y était encore, qui suivait les visites. Et effectivement il y a avait un échange entre le pharmacien et le médecin à chaque fois sur les médicaments. Ça c'était fait avant toute cette intervention là [ConParMed] ». Il en est de même pour un des CH qui pratique la conciliation depuis mai 2016. Aussi les 6 services MCO, soit la moitié des services participants à ConParMed avaient une certaine expérience dans cet exercice. Ceci les différencie alors grandement des services SSR contenus dans les centres hospitaliers périphériques, novices en

la matière. Ces derniers ont donc vu l'arrivée de la conciliation à l'occasion de ConParMed. Le socle de leurs connaissances ainsi que les leviers d'apprentissage proviennent alors principalement du CHU, ce qui pourrait introduire une idée de hiérarchie entre les établissements de santé ConParMed : (#19 – Directeur d'établissement) *«l'impression d'être le petit centre à côté, les campagnards, les laissés pour compte, quoi... »*. Dans cette même idée, le démarrage très rapide du déploiement met en lumière des défauts de communication. Par ce déficit d'information, à priori non intentionnel, il existe le risque d'activer involontairement la perception d'une hiérarchie symbolique entre le CHU qui prend des initiatives, et les autres partenaires du GHT qui suivent le mouvement initié. Aussi, il sera intéressant de savoir si cette perception perdure après la mise en place de l'intervention.

### **1.1.1 Des discours concordants et structurés en quatre thèmes**

De manière générale, la contribution de la conciliation médicamenteuse à l'amélioration de la qualité des soins fait consensus chez tous les professionnels rencontrés. De même, l'analyse de cette première étape de l'évaluation des impacts organisationnels révèle plusieurs thèmes prégnants dans chacun des discours recueillis. Il s'agit de la collaboration pluriprofessionnelle, du bénéfice pour le patient, des outils et enfin du lien ville-hôpital. Ces grandes catégories d'analyse des impacts organisationnels sont tout à fait similaires aux éléments présents dans la littérature et notamment dans les résultats de l'enquête menée par la DGOS.

Par définition, la conciliation médicamenteuse suppose une collaboration pluriprofessionnelle dont la qualité s'avère être dépendante de l'engagement des professionnels. Elle peut ainsi être définie comme « un type de pratique professionnelle dans laquelle la recherche de consensus et l'ouverture des territoires professionnels jouent un rôle majeur. Par conséquent, les frontières deviennent floues ou disparaissent. Une équipe [pluriprofessionnelle] se caractérise par un échange volontaire de connaissances, de compétences et d'expertise qui transcendent les frontières disciplinaires traditionnelles » (D'amour et al, 2005). Aussi, cet enjeu est clairement identifié par les pharmaciens: (#17 - Pharmacien) *« ça permet d'aller beaucoup plus loin, sur l'analyse des prescriptions en collaboration avec le médecin, l'analyse de la pertinence des prescriptions, l'aide à l'optimisation des prescriptions par le médecin »*. Dans le sens inverse, la concertation pluriprofessionnelle sécurise les médecins : *« les prescriptions à l'hôpital, je suis assuré que s'il y a une difficulté il y a toujours un double regard du pharmacien et de l'infirmier »* (Médecin d'un CH local) – *« Moi je suis rassuré de pouvoir m'appuyer sur un pharmacien parce que je considère que le pharmacien est mon partenaire et sécurise mes prescriptions et je trouve ça super intéressant en*

*termes de démarche* » (parole d'un médecin d'un CH local). Aussi, l'association du médecin et du pharmacien semble être un élément encourageant la pratique de la conciliation.

Mais au sein des équipes, l'approche pluriprofessionnelle est plus un enjeu qu'un acquis. Des différences existent selon les disciplines : (#17 - Pharmacien) « *les gériatres font partie des catégories professionnelles qui sont les plus en demande de collaboration avec les pharmaciens de base, avant même qu'on parle de conciliation.* » et selon les établissements : (#18 - Pharmacien) « *mais on sent bien que ce n'est pas complètement acquis cette histoire de conciliation par tout le monde* ». L'intérêt de la conciliation ne semble pas spontanément perçu par l'ensemble des médecins libéraux (#21 – Cadre de santé) *c'est des médecins généralistes libéraux qui viennent de temps en temps voir les patients et en fait ils sont les médecins traitants donc le lien hôpital-ville, pour eux ça n'a aucun intérêt.* Alors, avant la mise en place de l'intervention, cette collaboration pluriprofessionnelle est hétérogène et s'apparente à quelque chose qui est à construire en même temps que l'intervention. En effet, ceci peut s'expliquer par le fait que la conciliation nécessite une bonne connaissance des champs de compétences des autres professionnels impliqués dans la démarche. Or sauf exception, il semble qu'ils ne se connaissent pas toujours, ni la nature de leurs activités ou leurs contraintes spécifiques ; alors l'enjeu de la confiance et la compréhension entre les professionnels est essentiel. Si la conciliation médicamenteuse est dépendante du climat de travail entre les professionnels, elle peut également y contribuer : (#17 - Pharmacien) « *c'est le meilleur moyen pour s'intégrer dans les équipes de soins parce que c'est vraiment en fait pluriprofessionnel.* ».

Il est un point que partage l'ensemble des professionnels puisque le sens de la conciliation fait consensus autour du clair bénéfice pour le patient : (#17 - Pharmacien) « *Les patients sont les premiers bénéficiaires* ». Deux aspects sont alors mis en exergue. D'abord, la qualité des soins : (#21 – Cadre de santé) « *Quand vous avez des gens qui sont là pour un moment je crois que ça vaut vraiment le coup. Derrière, on diminue aussi les risques d'interaction, d'erreurs de préparation, de charge en soins, de commandes, que sais-je encore* ».

Le second aspect est d'ordre relationnel, la conciliation est l'occasion d'écouter le patient et de faire valoir sa réelle implication dans son parcours de soins : (#18 - Pharmacien) « *on voit bien que les patients quand on va faire les entretiens, ils ont envie de parler et ils manquent de contact avec le corps médical qui est toujours un peu pressé. C'est vrai que parfois on ressort et on se dit on n'a pas forcément appris grand-chose pour la conciliation d'entrée, mais on se dit qu'au moins on a fait plaisir à quelqu'un* ».

L'enquête à T0 a également fait ressortir la question des outils comme facteur clé de réussite. Le projet Conparmed a été lancé alors que les établissements où se déploie la conciliation médicamenteuse n'utilisent pas le même logiciel intra-hospitalier. Selon l'enquête de la DGOS, il s'agit d'un frein au déploiement de l'activité. Il sera intéressant d'observer cet élément à T1 puisque l'implémentation du logiciel commun, nommé HospiVille, est prévue dans l'avancement du projet. Nous pourrions ainsi voir s'il permettra de lever les freins vécus avec l'utilisation des différents logiciels.

La qualité du parcours de soins médicamenteux dépend enfin des liens ville-hôpital : (#17 - Pharmacien) « *le lien ville-hôpital pour rétablir les erreurs et garantir un parcours de soins médicamenteux optimal pour le patient* ». L'activité de conciliation aurait pour bénéfice secondaire une amélioration des relations ville-hôpital : (#21 - Cadre de santé) « *Si les médecins avancent dans la conciliation, il y aura un impact sur les pharmaciens de ville aussi. Parce que vous avez dans l'hôpital, la médecine de ville. Je pense qu'il y aura un effet derrière* ». La conciliation est effectivement pensée au-delà de l'hôpital : (#19 – Directeur d'établissement) « *pour nous c'est intéressant que finalement la conciliation elle s'arrête pas aux portes de l'hôpital.* »

Une incertitude est toutefois pointée quant à l'équilibre des relations entre la ville et l'hôpital : (#18 - Pharmacien) « *Mais on est un petit peu embêté parce qu'on sait bien qu'on leur apporte moins qu'eux nous apportent là actuellement puisqu'on ne fait pas assez de concils de sortie* ». La conciliation de sortie revêt une pertinence pour le patient mais permet également de garantir l'équilibre des échanges réalisés dans le cadre de la conciliation médicamenteuse. Il serait donc pertinent d'inclure cette perception comme un indicateur d'évaluation en T1.

### **1.1.2 L'intégration dans une perspective GHT, un enjeu pour tous**

Le projet est perçu comme une opportunité d'intégration au GHT ; il est un vecteur de transformation des pratiques et d'uniformisation territoriale. A T0, un des enjeux est de faire comprendre que le projet n'est pas mono professionnel et ne concerne pas que les pharmaciens : (#19 – Directeur d'établissement) « *c'est un projet d'établissement, c'est pas du tout un projet de pharmacie. C'est porté par la pharmacie mais ça rassemble largement plus que la seule pharmacie* ». En effet, des enjeux plus divers se dessinent, en termes de reconnaissance, d'intégration de la gestion ou encore en termes de réorganisations des pratiques sur le territoire.

Tout d'abord, l'intégration de la conciliation médicamenteuse aux pratiques professionnelles est vecteur d'un sentiment de reconnaissance des compétences de l'ensemble des partenaires du CHU : (#19 – Directeur d'établissement) « *je trouve ça même super valorisant pour nos petits hôpitaux d'être intégrés dans des dispositifs de ce type, il y a aussi ça, la reconnaissance pour nos établissements, pas juste comme des lits d'aval mais aussi comme des endroits où il y a des choses innovantes qui peuvent se faire et c'est une manière de rester en prise aussi avec l'innovation en santé* ».

Par la suite, la gestion des parcours des patients est également un élément qui s'intègre à la dynamique du GHT et qui fait sens pour les professionnels rencontrés : (#19 – Directeur d'établissement) « *Moi c'est intéressant parce que ça vient aussi finalement saluer l'intérêt justement de la présence de médecins et pharmaciens salariés dans les hôpitaux de proximité parce que ça obéit une fois encore à de nouveaux besoins avec des effets démultiplicateurs sur le territoire au profit du territoire, et ça ouvre la porte au bilan de médication partagé, à une prévention de l'iatrogénie au domicile et in fine et ça reboucle la boucle pour nous parce que moi dans ma casquette, cette fois-ci filière gériatrique, l'objectif c'est d'éviter les hospitalisations qui sont liés à l'iatrogénie.* »

Enfin, Conparmed est déployé au moment où se restructurent les PUI, ce qui implique certainement la fermeture de certaines d'entres-elles au profit d'une plateforme logistique partagée au sein du GHT et pose la question de la réorganisation des pratiques. (#21 – Cadre de santé) « *La conciliation fait partie d'une amélioration des pratiques attendue et ça va permettre sans doute de remouliner ça dans le cadre du GHT et de la réorganisation des PUI et de la reventilation des moyens humains je suppose* ». A noter que la question du devenir des pharmaciens dans les établissements de santé se pose : (#17 - Pharmacien) « *On doit arriver à une évolution des métiers parce que si on a en même temps une robotisation qui se met en place, à l'échelle du GHT, je ne sais pas comment ça va se passer pour nous* ». Aussi, les missions historiques des PUI et de leur professionnels sont amenées à évoluer : (#17 - Pharmacien) « *J'ai cru comprendre en même temps qu'il y avait une évolution du métier de PPH, du pharmacien aussi, à travers ça, la conciliation, et je pense qu'on va aller vers une évolution importante des fonctions de ces gens-là* ». La conciliation médicamenteuse est alors vue comme un des moyens pour accompagner le maintien de pharmaciens redéployés sur des activités cliniques centrées sur la qualité et le suivi des parcours de soins médicamenteux : (#21 – Cadre de santé) « *Je n'y vois que des intérêts, c'est sans doute mieux de faire des préparations par un robot parce que c'est rien de palpitant et de donner aux gens qui ont des neurones le temps de réfléchir un petit peu* ».

La dynamique du GHT fait donc apparaître des leviers à son intégration, elle comporte cependant un côté paradoxal. Effectivement, l'enjeu stratégique est d'intégrer ce type de projet pour l'ensemble des centres hospitaliers d'un territoire et donc d'appliquer partout le même protocole, c'est-à-dire celui qui est initialement conçu pour le CHU. La question de la disponibilité inégale de ressources humaines est à prendre en compte. Nous verrons plus tard que tous les établissements ne bénéficient pas d'externes ou d'internes de pharmacie pour déployer l'intervention. Il faut alors mobiliser l'ensemble de l'équipe pharmaceutique dont les préparateurs en pharmacie hospitalière avec la nécessité d'une formation, d'une méthodologie et d'une documentation fournie aux professionnels concernés pour leur expliquer la démarche. Aussi, la démarche de déploiement de la conciliation est sans doute à adapter selon les configurations locales.

L'écoute des personnes rencontrées a été d'autant plus enrichissante que l'on constate qu'une vraie réflexion existe sur les activités professionnelles, quel que soit le profil des personnes interrogées.

## **1.2 Double lecture de la conciliation médicamenteuse dans le cadre de ConParMed**

Les matériaux recueillis durant notre recherche permettent de montrer des situations locales de travail contrastées (1.) en même temps que des formes communes de travail (2.).

Nous avons vu que la conciliation médicamenteuse reposait sur deux dimensions essentielles et indissociables. Tout d'abord, la dimension « médecin-pharmacien » qui rapproche ces deux univers professionnels du fait de la pratique mixte de l'intervention. Ensuite, la dimension « pharmacien-patient » qui donne l'opportunité au pharmacien hospitalier d'avoir un contact avec le patient dans le cadre de son hospitalisation afin d'augmenter la qualité et la sécurité de son parcours de soins médicamenteux.

Aussi, l'implémentation et le développement de la conciliation médicamenteuse au sein du GHT Haute-Bretagne conduit à adopter une double lecture selon ces principes. En effet, nos observations renouvelées dans chaque service ConParMed nous permettent d'appréhender la conciliation par une lecture situationnelle, c'est-à-dire par sites, rendant ainsi compte des particularités de chaque établissement de santé et où les professionnels engagés diffèrent. D'un autre côté, on peut également percevoir la conciliation grâce une lecture plus globale du fait de

l'intégration du GHT orientant alors davantage l'analyse sur le parcours des patients et le souhait d'uniformisation des pratiques sur un même territoire.

### 1.2.1 Des situations locales de travail contrastées

#### a) *Services et conciliation*

Dans le cadre du projet ConParMed la conciliation médicamenteuse est réalisée dans des services MCO mais également dans des services SSR. Ces derniers sont alors abrités dans des établissements de santé de proximité qui ne sont pas autorisés en chirurgie ou obstétrique et qui ont une activité de médecine plafonnée. Les ressources tant humaines que logistiques sont alors différentes d'un centre hospitalier universitaire par exemple. Par conséquent, les pratiques liées à la conciliation et plus généralement à la pharmacie clinique, sont différentes du fait des particularités de chacun de ces services.

Premièrement, les Durées Moyennes de Séjour influencent les divergences de pratiques de la conciliation. Si les DMS ne sont que de quelques jours dans les services MCO elles atteignent fréquemment plusieurs semaines voire mois, dans les services SSR, pivot des filières de prise en charge. Ceci contraint les services aigus à réaliser les conciliations d'entrée et de sortie rapidement puisque le patient (*#13 - Pharmacien*) « *arrive aussi vite qu'il repart* ». A l'inverse les services SSR ont davantage la possibilité d'anticiper les entrées et sorties de leur patient : (*#13 - Pharmacien*) « *On voit qui va sortir dans les 15 jours presque donc on a quand même un peu de visibilité. Il y a aussi un agenda de service qui est mis à jour et on le sait, sûr, quelques jours à l'avance* ».

Par ailleurs, les SSR réalisent, dans la continuité du parcours médicamenteux du patient, des conciliations dites de « transferts ». En effet, s'agissant d'un service d'aval, il est essentiel de prendre en compte dans le bilan médicamenteux à l'arrivée du patient, l'analyse de l'ordonnance du service aigu dont il provient afin de ne pas reproduire (*#13- Pharmacien*) « *une erreur à l'admission, pendant la première hospitalisation. Un truc qui a été oublié ou une posologie qui n'était pas la bonne et du coup ce sont des erreurs qui traînent* ». De plus, le patient peut également avoir déjà bénéficié d'une conciliation médicamenteuse. Aussi, le principe reste le même mais l'équipe pharmaceutique adapte alors sa démarche selon le parcours du patient. Dans un service MCO la recherche de l'existence d'une éventuelle conciliation médicamenteuse est moins systématique.

Dans un autre sens, nous avons observé que les conditions de participation des patients à la conciliation, en dehors du cadre de ConParMed où les critères d'inclusions sont stricts, diffèrent

quelque peu selon les services. En réalité, l'expérience dans la pratique ainsi que les moyens humains disponibles pour la réaliser, sont des éléments qui permettent à certains services de proposer l'intervention pour d'autres patients que ceux de 65 ans et plus par exemple. En effet, elle peut être pertinente pour certains patients plus jeunes avec de lourdes pathologies. Du reste, le Centre Hospitalier de Fougères pratiquant l'intervention depuis 2016 propose la conciliation à la demande. Ce sont les médecins qui prescrivent l'intervention demandant ainsi une enquête sur les traitements d'un patient et mobilisant les différents membres de l'équipe pharmaceutique.

De fait, la structure même des établissements pratiquant la conciliation constitue un point de divergence dans les pratiques liées à la pharmacie clinique. En effet, les établissements engagés des moyens humains différents selon leur statut.

#### **b) La diversité des professionnels engagés**

De multiples professionnels participent au processus de la conciliation médicamenteuse et la nature de leurs interventions est différente selon les établissements et services. Dans l'ensemble des services dépendants du CHU, des externes de pharmacie s'occupent de réaliser les bilans médicamenteux pour les conciliations d'entrées des patients. Les externes sont des étudiants en 5<sup>ème</sup> année de pharmacie et travaillent à mi-temps tout le long de l'année. Ces derniers participent exclusivement au recueil des informations auprès du patient et des autres potentielles sources d'informations puis synthétisent ceci sous la supervision et la validation d'un pharmacien hospitalier ou d'un interne de pharmacie.

Les préparateurs en pharmacie hospitalière participent également à l'intervention de la conciliation. Leur rôle est analogue à celui des externes à la différence que la conciliation est une activité qui s'ajoute aux pratiques quotidiennes de ces professionnels. On observe qu'au CHU, les PPH ne font pas de conciliation du fait de la présence des externes. C'est dans les autres établissements qu'ils la réalisent à l'occasion de ConParMed, cadre pour lequel ils ont été récemment formés. Les externes et les PPH travaillent toujours de pair avec le pharmacien référent du service qui contrôle et prend le relai dans les cas où des divergences sont repérées. Ce sont eux qui échangeront avec les médecins pour revoir les prescriptions. (#8 - PPH) « *Nous donc on fait toute notre conciliation, on la rentre sur notre fichier et une fois que tout cela est fait on a un entretien avec l'assistant ou l'interne. Et là on lui explique ce qui a été ajouté ou arrêté et qui nous paraît éventuellement suspect. Tout ça lui le relève et se met en relation avec le médecin du service ou alors ils détaillent bien parce qu'ils ont le compte-rendu des examens, des prises de sang et donc ils peuvent faire des relations approfondies que nous* ».

En effet, chacun des services inclus à ConParMed est coordonné par un pharmacien hospitalier qui a pour mission de mettre en œuvre ou de développer la conciliation dans les services. 4 pharmaciens ont été recrutés à cette occasion et travaillent tous à temps partiel sur deux établissements. Leur rôle est amené à être différent selon les établissements dans lesquels ils travaillent selon la présence ou non d'externes. En effet en présence d'externe leur rôle s'apparente à la supervision et à la transmission de connaissance puisqu'ils se positionnent en tant que référents pour les étudiants. A l'inverse, l'exercice de leur métier est différent dans les hôpitaux de proximité où ils mènent la conciliation du début jusqu'à la fin. (#12 - Pharmacien) « *Au CHU c'est plus d'encadrement, des externes. Et puis la conciliation de sortie elle roule quand même. Donc c'est vraiment de poursuivre le déroulement du processus. Mais ici ça a vraiment été la mise en place. Quand je suis arrivée, il n'y avait ni entrée, ni sortie, il n'y avait rien du tout* ».

Certains services sont également dotés d'internes en pharmacie hospitalière et ont sensiblement les mêmes missions.

Enfin, pour aboutir à la conciliation, l'intervention des médecins est nécessaire du fait de leur statut de prescripteur. (#14 - Médecin): « *mon métier c'est d'arrêter le plus grand nombre de médicaments non utiles ou du moins non indispensables chez une personne âgée. L'aspect pharmacomédical ou médico-pharmaceutique était aussi très intéressant. Un médecin n'est jamais qu'un des éléments de la prise en soin. Un parmi tant d'autres et tout seul il vaut que dalle* ».

Là encore, différents types de médecins interviennent selon les établissements. Si le CHU possède des médecins salariés, d'autres services SSR font intervenir les médecins libéraux exerçant sur le territoire. Quelques établissements ont une pratique partagée avec des médecins salariés et des médecins libéraux mais un centre a la particularité de ne faire intervenir que des médecins de la ville auprès des patients. (#15 - Médecin) « *Le fonctionnement avec les médecins libéraux extérieur c'est compliqué* » (#3 - Pharmacien) « *mais sur un centre hospitalier où il y a des médecins salariés c'est plus simple à mon avis, d'aller discuter de la prise en charge du patient* ».

Aussi cette pluralité de professionnels qui participent à l'exercice de la conciliation médicamenteuse diversifie les interactions et entraîne des dynamiques professionnelles propres à chaque service.

### c) *Des dynamiques professionnelles différentes*

Pour démontrer la diversité de ces dynamiques professionnelles nous prendrons 3 exemples touchant tour à tour des acteurs différents de la conciliation et qui ont attiré notre attention lors de nos observations et entretiens.

Les externes de pharmacie occupent une position particulière dans la division du travail au sein du CHU. En formation ils sont sous la supervision constante d'un référent.

En outre, les externes sont plus ou moins bien intégrés à l'équipe selon les services. En effet, dans un des services, ils partagent le même bureau que les externes et internes de médecine ; ils se connaissent donc bien ce qui facilite grandement leurs échanges au quotidien. Les externes sont encouragés à directement interagir avec les internes en cas de questions sur les traitements d'un patient pour qui la conciliation est en cours. Dans ce service la communication est facilitée par le partage du lieu de travail. (#12 - Pharmacien) « *Ce que je trouve vraiment bien c'est quand je suis dans le bureau des médecins assise à côté d'eux en fait. C'est vrai que ça fonctionne tout de suite mieux quand je suis là, physiquement avec eux. Et au final avec un bureau spécial pharmacien dans le service ce n'est pas non plus bien parce je ne pourrais pas être avec les médecins. Tu vois par exemple je prends la place d'un médecin quand il y a quelqu'un qui n'est pas là et du coup je m'intègre vraiment. Et puis c'est plus facile, la moindre question je la pose tout de suite. On peut discuter. Je me rends que ça marche vraiment mieux. Et puis même je pense que ça favorise le lien* ».

A l'inverse, un second service a un mode de fonctionnement différent. Cette fois, les externes de pharmacie ont un espace dédié à leur activité et ne côtoient, de fait, jamais les équipes soignantes. (#16 - Médecin) « *Les externes en pharmacie restent quand même à part. Ils se glissent. Il y a deux salles et du coup ce n'est pas si évident que ça* ». Cette méconnaissance des uns et des autres entraîne une absence de communication avec les internes de médecine et toutes questions et informations d'ordre pharmaceutique repasse nécessairement par le pharmacien référent du service. Ce dernier aurait indiqué aux externes d'éviter de (trop) solliciter les internes. Ici, les externes sont donc assignés à un rôle précis et la marge de manœuvre pour aller plus loin dans la démarche de la conciliation est moindre.

La communication et les échanges des externes à propos de la conciliation sont différents d'un service à l'autre ; le climat ainsi que l'environnement de travail sont des éléments influençant les dynamiques de travail.

Il arrive que certains médecins aient un discours défavorable vis-à-vis de l'intervention, rendant la mise en œuvre difficile pour les pharmaciens qui portent le projet dans les services. Pour les médecins libéraux, la conciliation n'est pas une priorité puisque même si l'hospitalisation représente une rupture dans le parcours du patient, il n'y a pas de rupture dans son suivi car le médecin traitant intervient auprès de son propre patient. (#3 - Pharmacien) « Ici c'est compliqué de leur faire « nettoyer » entre guillemets les ordonnances parce que très souvent ce sont les médecins traitants de ville, qui va hospitaliser et qui récupère son patient. Donc faire comprendre au patient qu'on va nettoyer l'ordonnance qu'on lui prescrit en ville c'est... c'est un peu ambigu pour eux, ce qui se comprend ! ».

De plus, ces derniers ont l'habitude de travailler seul et cet exercice pluri professionnel n'est pas dans leurs usages et n'apprécient pas un regard extérieur sur leurs prescriptions : (#15 - Médecin) « J'ai travaillé dès années sans faire de conciliation. Ca ne m'empêchait pas de regarder les traitements et de voir avec mes patients où on en était ». Le pharmacien explique cette réticence contre la conciliation : (#13 - Pharmacien) « je pense que y'en a qui le prennent un peu personnellement et qu'on est là pour les fliquer et d'autres qui voient que l'on est une sécurité en plus ». Et de fait, cette idée d'intrusion du pharmacien dans un domaine qui n'est pas le sien est soulevée par les médecins : (#14 – Médecin) « Pour moi c'était assez flou, ça correspondait surtout à une immiscions de mes collègues pharmaciens dans MON domaine privé qui est la prescription ». Si certains médecins ne sont pas pour la pratique de la conciliation, la grande majorité est pour et nous le montre lors des entretiens : (#14 - Médecin) [un médecin parlant des pharmaciens] « On se croise beaucoup, on se parle beaucoup et on s'apprécie beaucoup ».

Face à ces perceptions péjoratives, les médecins, ne se montrent pas toujours coopératifs (#5 – Interne pharmacie) « les rares fois où je l'ai fait je me suis fait engueulé et ça s'est mal passé ! Le médecin était de mauvaise humeur à ce moment là et il a un peu pété son câble à ce moment là » d'autant plus que le facteur générationnel semble jouer. La démarche serait effectivement plus facile à mettre en œuvre auprès de jeunes médecins. (#16 - Médecin) « Je pense qu'il y a des générations où il va falloir du temps pour que le médecin ne sente pas agressé quand on change sa prescription ». Dans ce sens, la conciliation fonctionne, selon les discours des pharmaciens, plutôt bien du côté des internes qui voient dans la conciliation une sécurité en plus et l'occasion d'en apprendre davantage sur les thérapeutiques auprès des pharmaciens : (#15 - Médecin) « Moi je suis de la vieille génération et on n'en parlait pas beaucoup de tout ça. La jeune génération est plus emmenée à en parler, à y être confrontée dans la mesure où dans leurs études on en parle un peu ».

Si pour les internes l'exercice pluri professionnel ne fait aucun doute et semble acquis, ce n'est pas le cas dans l'ensemble des services de ConParMed où les acteurs ont parfois des difficultés à interagir du fait de leurs interlocuteurs.

Un autre élément est susceptible d'affecter les dynamiques professionnelles dans le cadre de la mise en place de la conciliation médicamenteuse. Les plus petits établissements ont des équipes réduites et ne disposent ni d'externes ni d'internes. Ces équipes là sont plus stables que celles du CHU contraintes périodiquement de renouveler le processus de prise en contact (#14 - Médecin) « *Le fait qu'il s'agisse d'une petite structure où les acteurs se connaissent bien a simplifié l'intégration de la démarche* ». Aussi, cette stabilité liée aux équipes réduites permet une bonne voire une meilleure connaissance des différents intervenants : (#14 – Médecin) « *ça s'est fait très vite et très bien justement parce que l'on est une toute petite unité, une toute petite équipe. C'est l'intérêt de la petite équipe. C'est très articulable et très souple* ».

Devant ces éléments on peut conclure que la dynamique d'équipe est un élément moteur à la mise en place de la conciliation. On sent dans certains établissements qu'une équipe s'est construite autour de la conciliation médicamenteuse notamment grâce à l'animation de réunion, au partage d'informations et encore à l'engagement commun des professionnels dans l'intervention. Des staffs quotidiens sont organisés dans un des CH afin de communiquer et chaque professionnel est vu comme un partenaire pouvant apporter sa connaissance. De fait, on ressent dans leur pratique, un véritable esprit d'équipe qui porte la démarche. Cette vie d'équipe est cependant moins systématique là où la division du travail est marquée et hiérarchisée par des rapports de supervision notamment.

Pour conclure, l'analyse de ces différentes dynamiques professionnelles montre que ces dernières sont aussi diversifiées qu'il y a de situations locales de travail. Pour tout de même réussir à mettre en place un projet sur un territoire hétérogène, le projet ConParMed permet de structurer la démarche et vise à uniformiser l'organisation au sein du GHT.

### **1.2.2 GHT : formes communes de travail**

Cette lecture s'oriente vers les pratiques communes réalisées sur l'ensemble du GHT mais également sur la volonté partagée des établissements d'impliquer et d'accompagner le patient dans son parcours de soins.

Au cours de nos recherches, plusieurs éléments nous ont démontré l'application donnée à l'uniformisation des pratiques sur le territoire.

Premièrement, le protocole de ConParMed structure l'ensemble de la mise en œuvre et du développement de l'intervention du fait de son protocole. Aussi l'inclusion des patients dans l'étude dépend et nécessite le respect de ses conditions. Ceci permet alors d'apporter des bases communes à l'ensemble des acteurs du territoire qui « jouent » selon les mêmes « règles du jeu ». En outre, ConParMed associe des unités de soins fondamentalement différentes en termes d'accueil des patients et de moyens humains mais les conditions de mise en œuvre de la conciliation sont toujours semblables d'un établissement à l'autre. En effet, le but poursuivi est le même pour l'ensemble des professionnels pharmaceutiques, convaincus du bienfondé de la démarche. (#14 - Médecin) « *Avoir une réflexion à plusieurs cerveaux sur le même domaine, avec très visions différentes mais très complémentaires. Donc moi ça m'arrange bien. Ca m'éclaire largement. Ca me va, j'y gagne. Et surtout le patient y gagne. Donc moi c'est tout ce qui m'intéresse* ».

Ensuite, les étapes de la conciliation sont identiques sur l'ensemble du territoire. Dans chacun des services, les externes (ou pharmacien ou PPH le cas échéant) utilisent systématiquement le support papier qu'est la fiche de conciliation. La conciliation de sortie est également réalisée selon les mêmes phases et donne lieu dans tous les établissements à une fiche de conciliation de sortie, sous forme de tableau. Ces documents ont été pensés par le CHU puis diffusés à l'ensemble des services qui les a adoptés. Aussi la philosophie de la conciliation est uniforme sur le territoire puisque sa pratique est partagée de tous. De plus, les recommandations faites par la HAS au sujet de la mise en place de l'intervention sont de bons guides et explique l'uniformisation de ces outils.

Deuxièmement, les formations à la conciliation médicamenteuse dispensées aux externes, internes, PPH et pharmaciens hospitalier permettent d'uniformiser la connaissance à ce propos sur le territoire.

Depuis le démarrage de l'intervention, des retours d'expérience sont faits mensuellement à l'occasion des comités pharmaceutiques qui réunissent autant que faire se peut tous les pharmaciens impliqués pour ConParMed. Cette rencontre vise à discuter du déroulé de l'intervention, permet un échange commun sur les freins rencontrés et remet à jour certains points de façon collégiale. Ces moments sont importants car non seulement ils participent à faire avancer les bonnes pratiques et permettent de créer une dynamique territoriale. (#11 – Interne pharmacie) « *C'était bien de rencontrer d'autres gens qui ne sont pas de Pontchaillou. Il y avait le pharmacien de Fougères, de St-*

*Méen et ça permet de voir un peu comment les autres fonctionnaient. Et puis comme c'était pas mal basé sur l'échange c'était intéressant ».*

Enfin, on observe sur l'ensemble du GHT que les relations qu'entretiennent les pharmaciens - avec leurs patients ne changent pas selon les établissements et quel qu'en soit les configurations locales. Le pharmacien dispose de la même attention pour son patient hospitalisé dans un service MCO, ou SSR. L'objectif de sécurisation du parcours médicamenteux est ce qui anime tous les professionnels qui interviennent et qui est particulièrement récurrent dans les discours. C'est finalement en ce point que la variabilité d'un établissement à l'autre est moindre. Une posture d'écoute et de bienveillance au contact des patients est systématiquement adoptée. L'échange est un moment fondamental et riche pour les professionnels qui se montrent attentifs aux besoins des patients. (#5 – Interne pharmacie) « J'ai trouvé ça intéressant parce que pour une fois on allait beaucoup interagir avec le patient ce qui est plutôt rare finalement ». (#9 - PPH) « Plusieurs patients me parlent de leur vie... On s'arrête de parler de médicaments et puis ça déborde. Mais on trouve des pistes parfois dans ce qu'ils nous disent. Ils se sentent écoutés et ça leur fait du bien ».

Ils démontrent finalement, une grande capacité d'adaptation face à ces configurations locales hétérogènes.

Toutefois, si l'organisation du GHT permet d'harmoniser les pratiques liées à la conciliation sur le territoire, il n'est pas possible d'appliquer de manière systématique un schéma d'organisation fixe à des entités aussi différentes. Il est donc important de prendre en compte les situations locales de travail pour mettre en place des pratiques adaptées à chacun.

### **1.3 Bilan de la mise en place de la conciliation : quelques freins et leviers**

L'évaluation des impacts organisationnels de ConParMed a été l'occasion de relever plusieurs freins et leviers d'actions inhérents à la pratique de la conciliation médicamenteuse. Nous verrons en premier lieu que le temps requis pour l'intervention est perçu comme une des limites (1.) sur laquelle travailler à l'avenir puis nous verrons que la coopération des professionnels est une des clés du succès de la conciliation (2.).

#### **1.3.1 Le temps : frein majeur**

« L'acte de conciliation des traitements médicamenteux et l'information du patient exigent du temps » (HAS, 2018). Aussi, on retrouve cette donnée dans les discours de l'ensemble des acteurs de l'intervention. Élément incompressible, de plus en plus contraint, il constitue un des freins à un déploiement rapide et efficient de la conciliation : (#3 - Pharmacien) « Sur la pratique ça demande du

*temps de l'organisation et finalement du temps pour tout le monde* ». Cependant la finalité du processus n'est pour autant pas perdue de vue : (#16 - Médecin) *C'est de la qualité mais au prix du temps*.

Les pharmaciens centralisent la majorité de la charge de travail aussi, avec la pratique, ce sont certainement les plus à même pour estimer le temps dévolu à l'intervention pour chacun des patients : (#9 - PPH) *« Ça dépend du patient, je dirais à peu près 45minutes, tout global »*. En effet, ceci peut varier en fonction des cas : (#8 - PPH) *« [Dans certains cas] ça va très rapidement. Par contre, la dernière fois j'avais un traitement qui été beaucoup plus complexe. Là par exemple j'y ai passé plus de temps, forcément »*.

Aussi, nos observations corroborent les constats de la littérature qui démontrent le ressenti de la conciliation. C'« est une activité efficace en termes de détection des erreurs médicamenteuses mais chronophage » (Emery et al, 2017) ne fait pas exception chez les pharmaciens du GHT. (#3 - Pharmacien) *« C'est vraiment de la sécurité. Après, c'est lourd. Même si c'est intéressant, c'est lourd, c'est chronophage »*.

Face au temps que les équipes pharmaceutiques dédient à cette activité, (#12- Pharmacien) *« Alors quand je suis ici c'est quasiment tout mon temps la pharmacie clinique. C'est même tout mon temps »*. Nous pouvons en déduire que la pharmacie clinique se dessine véritablement comme une pratique à part entière de la pharmacie hospitalière. Aussi ce temps consacré, légitime le recrutement des quatre pharmaciens ConParMed, dont les principales missions ont une valence clinique dans le but de mettre en place et développer l'intervention.

Si le déploiement de ces pharmaciens permet de se consacrer à la démarche, le temps des médecins semble particulièrement contraint : (#14 - Médecin) *« La seule limite c'est le temps disponible. La difficulté elle est là, elle est intrinsèque au service, intrinsèque à l'hôpital et à l'hôpital public en général »* mais reconnaissent ses qualités (#16 - Médecin) *« Alors on le fait en plus parce que l'on était motivé, que ça vaut le coup pour la qualité et la prise en charge des patients »*.

Si les médecins semblent aussi contraints par le temps, il ne faut pas oublier que (#16 - Médecin) *« dans le projet ConParMed il n'y pas de temps médical en plus. Il y a eu du temps pharmacie en plus avec les pharmaciens recrutés. Mais ce temps médical où on fait de la qualité en plus n'est pas du tout intégré je dirais dans le projet »*. Cet état de faits peut influencer leurs perceptions vis-à-vis de la conciliation puisque tout l'enjeu est de (#13 - Pharmacien) *« trouver un*

*temps d'échange quand le traitement est stabilisé et qu'il est temps de faire l'ordonnance de sortie, avant que le patient ne sorte, il faut trouver un moment où je suis là, où il [le pharmacien] est là aussi ».*

Effectivement l'essence même de la conciliation repose sur ces échanges interprofessionnels et l'importance des configurations locales, vues précédemment n'est pas à négliger.

Le travail avec les médecins libéraux est globalement compliqué du fait de leur présence en discontinu dans l'établissement. (#13 - Pharmacien) « *On a un planning mais le problème c'est qu'ils ne le suivent pas forcément. Ils font en fonction de leurs consultations et de comment se passe leur journée* ». De plus, leurs horaires ne semblent pas toujours concorder puisqu'un des médecins vient en visite tous les jours mais (#13 - Pharmacien) « *c'est le soir, moi je ne suis plus là* ». Certains échanges ont donc lieu au téléphone ce qui ne semble pas optimal : (#3 - Pharmacien) « *si vraiment y'a un point important on les appelle, mais on ne va pas les emboliser non plus* ».

En revanche, les services ayant des médecins salariés ou des internes éprouvent moins de difficulté à interagir : (#11 – Interne de pharmacie) « *Au CHU c'était exclusivement avec les internes de médecine et ça se passait très bien. Je me sens bien dans le service et ce n'était pas dur d'échanger avec* ». Une nouvelle fois l'effet petit établissement semble jouer pour ceci (#15 - Médecin) « *Elle [la conciliation] s'est mise en place presque naturellement dans la mesure où avec les pharmaciens on se croise tous les jours. On se parle beaucoup. Et elles, elles [les pharmaciennes] arrivent avec leur listing et elles ont déjà pré préparé la conciliation. Et donc après c'est une discussion sur le détail et les ajustements* ». Avec ces discours le déroulé du processus semble fluide.

Cependant, penser que conduire la démarche est davantage complexe avec les libéraux et plus aisé avec les médecins salariés serait un raccourci. Les échanges sont particulièrement difficiles avec quelques médecins salariés qui n'adhèrent pas au processus. (#5 – Interne de pharmacie) « *Il n'y a jamais eu de dialogue de toute façon, ce n'était pas faisable* » (#11 – Interne de pharmacie) « *J'avais l'impression de faire le travail de pour rien. Je leur mettais des commentaires, je leur disais ce qu'il n'allait pas. Ils lisaient mais c'était rare qu'ils changent quelque chose. Je sentais que ça ne les intéressait pas trop* ».

Nous avons essayé d'en comprendre les raisons ; et si le facteur générationnel joue, le facteur temps joue également. (#5 – Interne de pharmacie) « *Et avec \*\*\*\*\*, fallait choisir son moment et être concret et rapide* ». Ce manque de temps qui leur est disponible vient jouer sur leur

perception de la conciliation (#13 - Pharmacien) « Après je pense qu'ils ont peur que ça leur prennent plus de temps. Après ils ne connaissent pas ». Finalement le temps consommé ou présumé consommé est un facteur de l'adhésion des médecins, il pourrait expliquer les disparités sur le GHT.

Conscients de ces enjeux, les pharmaciens démontrent au quotidien leur disponibilité pour mener à bien une conciliation : (#11 – Interne de pharmacie) « Et puis si je vois qu'ils sont en train de travailler, je me dis que je ne vais pas les déranger que je vais repasser plus tard au moment où ils sont plus disponible ». En plus de cette disponibilité, les pharmaciens s'adaptent à cet impératif de temps qu'ont les médecins : (#5 – Interne de pharmacie) « je ne leur prenais à chaque fois que très peu de temps. Clairement si je leur avais pris à chaque fois dix minutes ils m'auraient refoulés parce que ce n'était pas dans leur temps ». Un autre témoignage nous montre l'attention portée à cela : (#11 – Interne de pharmacie) « dès fois je retrouve des trucs qui serait bien d'être changé mais ce n'est pas urgent à la minute, ni à 2 jours près. Et du coup, je n'ai pas envie de les déranger au cabinet pour ça parce qu'ils sont en consultation ».

Cependant cette attitude peut avoir pour effet d'occulter le travail effectué par le pharmacien : (#11 – Interne de pharmacie) « S'il n'y a rien de particulier non je ne les embête pas. Après du coup, c'est transparent à leurs [les médecins] yeux, c'est-à-dire qu'eux ne se rendent pas forcément compte que je l'ai fait en fait ». Par ce fait, la plus-value qu'apporte les pharmaciens en intégrant les services de soins n'est pas reconnue par le corps médical : (#12 - Pharmacien) « Je ne suis pas sûre qu'ils sachent vraiment le potentiel, ou en tout cas ce que l'on peut leur apporter ». Aussi, les apprentissages possibles sont restreints.

Pour tenter d'apporter des solutions aux problématiques rencontrées, les professionnels soumettent quelques idées dont la plus prégnante serait de consacrer des temps spécifiques à la conciliation. En lieu, des temps pour les échanges médecin-pharmacien (#12 - Pharmacien) « Et je pense que si avait peut-être un temps dédié ça serait peut-être plus facile » mais également des temps balisés dans le planning de travail des PPH impliqués dans la démarche : (#8 - PPH) « On n'a pas franchement dans notre planning un moment où c'est juste pour la conciliation. Ça serait bien de pouvoir l'intégrer dans nos plannings. C'est une tâche qui nous est impartie et que l'on fait quand on a du temps disponible pour le faire. On essaie de le faire quand même de le faire régulièrement. Y'a des jours où c'est impossible. C'est vraiment au prorata de notre planning ».

De plus, la banalisation d'un temps pour ces échanges permettrait de solutionner les complications engendrées par les temps partiels des pharmaciens ConParMed. (#13 - Pharmacien)

*« Le problème c'est que comme on n'est pas là tout le temps c'est que eux ils travaillent sans nous la plupart du temps, du coup ce n'est pas dans leurs habitudes en fait ».*

En outre, (#14 - Médecin) *« ça nécessite une concentration vraie sur un temps donné. Ce qui serait intéressant c'est d'avoir le ¼ d'heure de conciliation à ce moment et donc d'avoir un temps structuré pour ça. Finalement, comme on a des staffs, il y a des moments où il y aurait des staffs de conciliation. Ça serait pas mal ».* Ce temps pourrait également permettre d'assurer une encore plus grande collaboration pluriprofessionnelle dont certains sont demandeurs : (#16 - Médecin) *« c'est que l'on a peut-être pas assez de temps à parler directement avec les pharmaciens. Parfois on pourrait optimiser ça encore. L'idéal je dirais c'est qu'on a un staff médico-social 3 fois par semaine. L'idéal, ça serait que les pharmaciens se greffent à ce staff ».*

Pour conclure, la notion du temps dans la conciliation soulève des enjeux multiples, comme l'adhésion et les perceptions des médecins vis-à-vis de l'intervention. Aussi, il semble que la qualité gagnée grâce à la démarche soit plus grande que les contraintes temporelles qu'elle engendre, favorisant l'intérêt des médecins. En outre, le temps dans la conciliation peut être considéré comme un indicateur de l'état des relations interprofessionnelles. Plus il est facile pour les acteurs d'échanger pour une conciliation plus le niveau de coopération sera bon. A l'inverse, des échanges limités seront un frein à la reconnaissance de la qualité du travail fourni par les pharmaciens. Enfin, les qualités d'adaptation dont doivent faire preuve les pharmaciens sont également corrélés avec le temps passé pour réaliser une conciliation.

S'il est difficile d'agir contre le temps car cette donnée est incompressible, les acteurs de la conciliation possèdent des leviers sur la complémentarité de leurs exercices, afin de favoriser le déploiement de l'intervention.

### **1.3.2 La coopération des professionnels comme levier d'action**

Certes, de tout temps, les professionnels de santé ont coopéré au bénéfice du patient, souvent de manière informelle (Adenot, 2016) (#14 - Médecin) *« [pour parler d'avant la conciliation] Non, il n'y en avait pas avant d'échanges de ce type. C'était très sporadique ».*

Aujourd'hui, la complexification des stratégies thérapeutiques nécessitent d'aller au-delà de ces engagements personnels. Le cadre réglementaire actuel permet aux pharmaciens de s'impliquer plus facilement dans l'exercice coopératif. Travailler ensemble pour répondre aux besoins des patients, tel est l'enjeu qui sous-tend la lente montée en puissance du concept de coopération

interprofessionnelle (Adenot, 2016). Depuis quelques années, on offre la possibilité au pharmacien hospitalier d'être associé à la prise en charge collective du patient, avec la conciliation médicamenteuse. Aussi la coopération interprofessionnelle est l'occasion de décloisonner les pratiques des différents professionnels pour un exercice davantage partagé (Adenot, 2016) à des fins d'amélioration du parcours de soins.

Nous avons pu voir cette coopération se mettre en œuvre à l'occasion de nos observations répétées. Aussi, la coopération « c'est opérer ensemble, c'est agir ensemble, travailler conjointement à plusieurs » (Zafarian, 2005). La coopération dans les organisations entraîne un changement de paradigme fondamental puisqu'elle revient sur un modèle autrefois hiérarchique et cloisonné qui avait pour principe de n'assurer que la coordination des tâches : chaque employé à son poste, avec sa liste de tâches. La coopération des acteurs n'était alors pas mise en avant.

Dorénavant, ce type de démarche entre les professionnels de santé est optimisé par des politiques publiques. « Il s'agit de permettre aux professionnels de se centrer sur les activités où leur plus-value est la plus grande et de faciliter les évolutions des métiers de la santé, sous la pression conjuguée du vieillissement de la population, des progrès techniques, de la complexité croissante des prises en charge » (Ministère des solidarités et de la santé, 2017). Devant ces éléments, la conciliation médicamenteuse paraît être est une activité qui comble l'ensemble de ces enjeux.

Effectivement, dans la conciliation, différents acteurs agissent : (#8 - PPH) « *Le médecin prescrit, le pharmacien valide et la préparatrice prépare* ». Il se trouve qu'elle recueille également des données essentielles pour l'intervention. Ces actions sont très complémentaires les unes des autres et permettent de faire aboutir l'intervention.

La coopération dans la conciliation se fait donc à plusieurs niveaux. Tout d'abord, au niveau de la complémentarité des expertises entre le pharmacien et le médecin. (#14 – Médecin) « *Avoir une réflexion à plusieurs cerveaux sur le même domaine, avec très visions différentes mais très complémentaires. Donc moi ça m'arrange bien. Ca éclaire largement* ».

Effectivement chaque professionnel est compétent dans son domaine. Les médecins nous indiquent : (#14 – Médecin) « *Moi les molécules je sais m'en servir en tant que prescripteur* » ; (#16 - Médecin) « *Parce que sincèrement moi le médicament est-ce qu'il faut le prendre le matin ou le soir ou 15 min avant, moi je me sens moins pharmacienne, je ne suis pas particulièrement spécialiste de ça* ». A l'inverse les pharmaciens confirment l'intérêt de cette coopération du fait de leurs

compétences : (#3 - Pharmacien) « On peut peut-être leur apporter un plus sur le bon usage pour certaines prescriptions ou certaines pratiques ». ; (#5 – Interne de pharmacie) « Essayer d’apporter des éléments en plus pour aider dans le choix du médecin de prescrire ou non ».

C’est la combinaison de ces deux types d’expertise et l’aboutissement de la conciliation qui créent la coopération interprofessionnelle recherchée. (#14 – Médecin) « Un médecin n’est jamais qu’un des éléments de la prise en soin. Un parmi tant d’autres et tout seul il vaut que dalle ».

L’exercice de cette coopération entraîne avec elle d’autres phénomènes favorables pour l’organisation. En effet, elle permet de mettre en place de nouveaux modes de travail aidant au décloisonnement des professions (#16 - Médecin) « Et on a appris à travailler ensemble, à se découvrir », elle améliore les relations entre professionnels : (#16 - Médecin) « On se croise beaucoup, on se parle beaucoup et on s’apprécie beaucoup » ; (#5 – Interne de pharmacie) « On pouvait parler, il y a avait un temps d’échange qui était extrêmement facile ».

Dans un effet d’émulation, la coopération suscite la confiance mutuelle des acteurs : (#16 - Médecin) « Une sortie que je valide et où je sais qu’il y a eu la conciliation de sortie, je vais moins regarder. Quelque part ça me permet de me soustraire un peu parce que les internes ils sont en formation et que l’on vérifie toujours ce qu’ils font et moi je vais peut-être être moins attentive sur les traitements parce que je sais que j’ai certes donné les principales idées mais pour les détails je sais que la pharmacie à regarder » qui est un élément fondamental pour des professionnels qui travaillent ensemble.

Tous ces éléments regroupés participent à l’intégration des équipes pharmaceutiques dans les unités de soins : (#15 - Médecin) « dans le cadre du CH, le pharmacien à toute sa place dans son intervention par rapport au patient ».

Toutefois, cette coopération n’a pas seulement lieu entre les médecins et les pharmaciens, elle s’observe également entre les professionnels des équipes pharmaceutiques dans le but d’appuyer l’organisation de la conciliation médicamenteuse. Pour se faire, les PPH se voient attribuer de nouvelles missions que sont le recueil et la synthèse des données. Aussi l’un des enjeux de la coopération interprofessionnelle peut être - et est souvent - de repositionner le rôle de chaque métier (Zafarian, 2005). (#7- PPH) « En soi c’est clair que pour nous, c’est plus intéressant de faire une conciliation ! C’est sûr, ce qui nous manque, le cœur du métier, c’est un peu ça. On n’a pas le contact avec le patient direct, on fait les chariots, on met dans les tiroirs, on ne voit pas le patient ». Ce nouvel

exercice valorise leur profession puisqu'ils se sentent davantage proches du reste de l'équipe pharmaceutique : (#8 - PPH) « *Ca permet de discuter plus ouvertement sur les traitements. Plus à l'aise pour moi je dois dire. Faire le pas d'aller vers le pharmacien. Avant j'étais plus réticente par le fait que le pharmacien se dire "de quoi elle s'occupe". Là c'est vrai que parfois il y a des choses qui nous interpellent donc on en parle facilement* ». En effet, les PPH travaillent toujours de pair avec un pharmacien, qui complète ses missions : (#8 - PPH) « *Nous donc on fait toute notre conciliation, on la rentre sur notre fichier et une fois que tout cela est fait on a un entretien avec l'assistant ou l'interne. Et là on lui explique ce qui a été ajouté ou arrêté et qui nous paraît éventuellement suspect. Tout ça lui le relève et se met en relation avec le médecin du service ou alors ils détaillent bien parce qu'ils ont le compte-rendu des examens, des prises de sang et donc ils peuvent faire des relations approfondies que nous* ». Finalement ce sont les tâches complémentaires de chaque professionnel qui mènent à l'aboutissement de l'intervention de conciliation. Si la coopération semble bonne, elle peut encore davantage être poussée sur un dernier élément que nous avons observé sur le terrain.

La conciliation nécessite des informations à la fois médicales et logistiques pour connaître les dates d'entrée et de sortie de l'établissement pour chacun des patients concernés. Aussi s'il est encore difficile pour les pharmaciens d'en être informés dans des délais optimums, une coopération peut se construire du fait de la détention de ces informations par certains professionnels tels que agents d'accueil et assistantes sociales. Ces professionnels participent à l'organisation de la sortie d'hospitalisation et sont donc informés par les médecins des prévisions de sorties des patients. (#1 - AS) « *On a le temps de les appeler ou d'envoyer le mail pour dire voilà tel patient sort, et c'est elles après qui s'organisent pour aller voir le patient et qui s'organisent pour faire leur travail. C'est quelque chose qui se fait simplement, on prend le téléphone, on met l'étiquette, j'appelle la pharmacienne, tel patient sort. Ça me prend deux secondes. Ça ne me demande pas grand-chose. Juste de voir hop, concilié, il sort, on appelle* ». Là aussi, une complémentarité essentielle se joue même si elle n'est pourtant par évidente de prime abord.

La coopération entre les professionnels ne fait aujourd'hui aucun doute. Elle se base sur l'interconnaissance et l'intercompréhension des missions de chacun. Si la conciliation est l'occasion de décroiser les professions au sein de l'organisation hospitalière, elle permet également de faire évoluer les mentalités intrinsèques au fonctionnement de l'hôpital public.

Pour conclure, les freins et leviers énoncés dans cette partie n'ont pas vocation à être exhaustifs à propos de l'intervention de conciliation médicamenteuse. Ces exemples viennent

illustrer de multiples dynamiques professionnelles et corroborent les axes de recherches sur lesquels nous nous concentrons pour ce travail.

## -PARTIE III-

# DES ENGAGEMENTS PROFESSIONNELS NOUVEAUX : ENTRE COMPETENCE ET COORDINATION

Une situation concrète de travail (A.) permettra d'illustrer le développement du répertoire d'activité des professionnels de pharmacie hospitalière (B.) ainsi que les nouveaux modes de division et de coordination du travail (C.).

### 1.1 Exemple d'une situation de travail : témoin des évolutions professionnelles

Il nous a été donné d'observer une conciliation médicamenteuse auprès d'un interne en pharmacie dans un des services MCO de ConParMed. Afin d'analyser les impacts organisationnels découlant de cette activité, nous proposons de la retracer à travers un compte-rendu (#CR 7) réalisé à l'issue de cette observation.

Généralement, les conciliations d'entrée ont lieu dans la matinée. Parfois, elles se prolongent jusque dans l'après-midi comme dans le cas présent. Il s'agit ici d'une conciliation réalisée dans un service de médecine. La conciliation n'a pu être achevée la veille : le patient n'était pas disponible au moment où l'interne est allé le rencontrer pour l'entretien. Le pharmacien ne dispose que de la pharmacie au sous-sol de l'hôpital comme lieu de travail. Ainsi, les conciliations sont préparées à leur poste informatique fixe dans la pharmacie, puis ils se rendent dans le service pour rencontrer le patient.

Pour réaliser l'entretien, le pharmacien se munit de la « fiche de recueil ». Cette dernière est commune à la plupart des établissements, même si quelques différences sont à noter. En effet, l'hôpital où nous nous trouvons a décidé de rajouter certains items que les professionnels de santé ont jugés utiles de connaître.

Nous avons donc été conviés à observer l'entretien patient avec le pharmacien en charge de cette conciliation. Le patient est un homme de 66 ans admis suite à un AVC. La conciliation médicamenteuse a duré exactement 14 minutes. Pour le pharmacien, il s'agit plutôt de « *sa moyenne* » tout en précisant qu'elles durent rarement moins. Souvent, il nous dit « *s'éterniser* » car « *quand les patients voient quelqu'un en blouse blanche, ils pensent que c'est un médecin, ils veulent*

*parler* ». Le pharmacien, apprécie ce contact avec le patient alors il accorde du temps au dialogue même s'il se juge « *débordé* ».

Il prépare toujours ses conciliations en amont depuis son poste dans la pharmacie qui lui « *permet de savoir de quoi je parle et comment aborder l'entretien* ». A son entrée dans la chambre du patient, il se présente et nous présente également.

Le patient est demi assis dans son lit et le pharmacien lui pose les questions debout. L'entretien est dynamique : le pharmacien est très jovial. Attentif, il reformule ses questions quand il voit que le patient a du mal à les comprendre. Il utilise beaucoup le mime. Il nous confie que c'est une de ses astuces « *de beaucoup mimer. Mimer un inhalateur, ça parle mieux que le nom ! Pareil pour les gouttes, je fais toujours le geste qui va avec* ». Même s'il a connaissance en amont des traitements du patient et des divergences (pour ce cas-là, il nous a confié qu'il avait l'ordonnance originale, ce qui n'est pas le cas habituellement, et il avait pu appeler la pharmacie du patient en amont. En général, cet appel est passé après l'entretien, une fois la pharmacie de ville du patient connue.

La posture du pharmacien est très rassurante pour le patient qui semble s'excuser et s'énerver contre lui-même de ne pas pouvoir lui répondre (conséquence de son état de santé). On peut noter que la conduite de l'entretien ressemble beaucoup plus à un entretien qu'un questionnaire, le pharmacien n'est pas directif, est bienveillant avec le sourire, reformule et mime ses questions donnant l'impression « *de ne pas savoir* » tout en sachant, puisque le travail a été réalisé en amont. A noter que l'interne a serré la main au patient à son arrivée dans la chambre et au moment de son départ.

A la fin de l'entretien, le pharmacien estime que c'était un « *bon entretien* » malgré la pathologie du patient. Il a ainsi pu « résoudre » une des divergences : un médicament qui a été substitué, le patient ne le prenait plus sous la même forme, il a exprimé l'absence du « *comprimé blanc* » devenu un sachet d'une solution soluble.

A la suite de l'entretien le pharmacien regagne la pharmacie et remplit sur informatique le tableau de conciliation d'entrée prévu à cet effet. Ce tableau sert à comparer les traitements pris à la maison avant l'hospitalisation du patient avec les traitements prescrits pour l'hospitalisation du patient. Lorsqu'une divergence est repérée par le pharmacien, il tente de savoir s'il s'agit d'une divergence intentionnelle ou non :

- Si la divergence est intentionnelle : il y a une explication logique à la modification du traitement (choix du médecin, ajout recommandé dans le cadre de l'hospitalisation, etc.) ;
- Si la divergence est non intentionnelle : il s'agit d'une erreur ou d'un oubli dans la prescription.

Lorsque le pharmacien ne trouve pas par lui-même d'explication logique à une divergence, il se tourne vers le médecin. Ainsi, le pharmacien (ou l'interne) est amené à retourner une seconde fois dans le service pour discuter avec le médecin de ces questions. En l'occurrence c'est ce qu'il s'est produit. L'entrevue entre l'interne en pharmacie et le médecin a débuté dans le couloir, il attendait que le médecin sorte de la chambre d'un patient. Le pharmacien a commencé cette discussion « *à la volée* », voyant la potentielle disponibilité du médecin.

Ici, le pharmacien est clairement identifié par le médecin qui répond à ses questions et partage ses suspicions de divergences non intentionnelles. La relation et le dialogue sont faciles et la discussion a amené le médecin à aller vérifier une information dans le bureau des médecins du service. Dans le bureau des médecins, le pharmacien reste debout devant le praticien. La discussion se poursuit et si le médecin annonce qu'il va modifier tout de suite les traitements du patient, l'interne lui remet tout de même la fiche de conciliation qu'il a imprimée (par anticipation) et sur laquelle les divergences sont « *floutées* » pour faciliter la lecture. Le pharmacien nous a confié travailler de cette manière plus « *visible* » à son sens. Le médecin semble particulièrement apprécier cette démarche, qui semble faciliter son travail : en effet, le médecin demande à garder avec lui la fiche de conciliation floutée. A la suite de cette étape, le pharmacien nous confie que de manière générale, et pour l'ensemble des professionnels de la pharmacie de cet hôpital, les relations avec les médecins de ce service sont « *très bonnes* ».

*A contrario*, le pharmacien nous a relaté son expérience dans un autre service où « *c'est plus compliqué* ». En effet les médecins « *débordés* » ne voient pas la conciliation médicamenteuse d'un bon œil : le pharmacien nous confie qu'ils sont vus comme « *des petites fouines* ». Il nous explique comment il a su gérer ce climat peu favorable à la conciliation, qui lui a demandé beaucoup d'agilité et de diplomatie. Il s'est extrêmement bien intégré au service, notamment auprès des infirmières et d'un médecin généraliste « *les cardiologues, c'est les plus compliqués* ». Il a essayé d'analyser toutes les pratiques et habitudes du service pour s'y fondre. Par exemple, il estime plus facile d'aborder un médecin le matin, alors que dans d'autres services ça sera l'après-midi. Suite à ses observations et à ses essais, il explique avoir « *plusieurs balles et je peux les utiliser* ». Par exemple, sur des problèmes de divergences médicamenteuses dites « *simple* » c'est à dire ne portant pas préjudice au patient (un

oubli de vitamine D), il ne va rien dire « *ça ne sert à rien pour de la vitamine D, je vais les voir uniquement quand y'a vraiment un truc important* ». Pour ce même problème de vitamine D, il va en revanche voir très facilement un médecin généraliste du service qu'il qualifie de « *[il est] très ouvert, je sais qu'il dirait, ah oui oui je le fais* ».

## 1.2 Un répertoire d'activité enrichi

La mise en place de la conciliation médicamenteuse démontre les compétences sociales (1.) et de communication (2.) dont fait preuve le pharmacien clinicien et ses équipes pour réaliser l'intervention.

### 1.2.1 Le contact avec le patient

Dans l'exercice de la pharmacie clinique et plus particulièrement avec la conciliation médicamenteuse, le contact avec le patient devient essentiel. Nous le constatons à la lecture de l'exemple détaillé ci-dessus. Devenu une composante de leur profession, ce lien entretenu avec les patients semble plaire aux pharmaciens : (#5 - *Interne de pharmacie*) « *J'ai trouvé ça intéressant parce que pour une fois on allait beaucoup interagir avec le patient ce qui est plutôt rare finalement* ». Le pharmacien hospitalier est historiquement un gestionnaire dont le travail était isolé.

Les aspects communicationnels et relationnels constituent une dimension essentielle de toutes les activités cliniques quotidiennes des professionnels de la santé, qu'il s'agisse de recueillir des données pour poser un diagnostic, de renseigner et de conseiller les patients et leurs familles sur la maladie, les habitudes de vie et les traitements possibles, de prescrire un traitement ou de reconforter les patients. Ils font partie du quotidien des médecins, des infirmières, des pharmaciens et des autres professionnels de la santé (Richard et Lussier, 2016). Aussi, les habiletés communicationnelles et relationnelles sont officiellement reconnues comme une compétence clinique essentielle en médecine, en sciences infirmières et en pharmacie (Combes, 2002).

Aussi ce contact patient suppose l'adoption d'une posture professionnelle adéquate : (#5 – *Interne de pharmacie*) « *L'attitude aussi compte beaucoup, si tu rentres, t'es loin tu poses ta question sans trop le [le patient] laisser parler et puis tu repars bin il n'a pas forcément le temps de penser à tout. Alors qu'en essayant de créer un temps de dialogue finalement lui, les choses lui viennent petit à petit et on commence à tirer la corde jusqu'au bout tu vois* ».

La vignette en début de partie constitue un bon exemple des conditions d'adoption de cette posture professionnelle. Celle-ci suppose tout d'abord de se montrer disponible et à l'écoute du patient. Pour cela, le pharmacien manifeste une grande bienveillance et distille des propos rassurants tout au long de l'échange. Pour mener cet entretien, le pharmacien fait preuve de dynamisme et évite d'être trop brutal et directif dans l'enchaînement ou la formulation de ces questions. Plus important encore, le pharmacien attache une attention particulière à se mettre au niveau de son patient. Par ce contact, il le considère dans son humanité et non comme le consommateur d'une liste de médicaments. Pour ce faire, en rentrant dans la chambre, le pharmacien salue son patient et éventuellement les autres personnes présentes dans la pièce en donnant une poignée de main. Puis, il se présente et explique clairement sa démarche. Au cours de l'entretien, le pharmacien fait preuve de patience, laisse du temps à son patient pour réfléchir et répondre. Enfin, si ce dernier ne semble pas comprendre une question, le pharmacien la reformule de manière éclairée, parle plus fort si besoin et utilise la gestuelle pour se faire comprendre. (#5 – Interne de pharmacie) « *J'essaie de parler avec des mots très simple, de manière très lente pour voir si déjà la personne arrive à comprendre ce que je lui demande et si c'est le cas j'essaie au mieux de lui répondre et de la comprendre* ». Finalement, le pharmacien tente de faire preuve d'empathie. Dans la relation de soins, l'on entend par empathie ce sens qui permet au médecin – ou au thérapeute – à la fois de ressentir et de comprendre le mode de l'affection du patient (Vannotti, 2004). A ne pas en douter, la mobilisation de diverses compétences et qualités humaines sont requises pour aborder la rencontre avec le patient. L'exercice d'un tel sens de l'empathie est un travail qui exige des savoirs et du savoir-faire. Comme tel, il suppose un apprentissage (Vanotti, 2004) (#5 – Interne de pharmacie) « *J'avais tendance à être assez réservé et timide et puis à force de devoir parler plein de gens que l'on ne connaît absolument pas, et un peu dans toutes les conditions, que ce soit par téléphone, directement dans la chambre ou choper les médecins dans le service, on finit par être très habitué à ça et je trouve que ça aide quand même pas mal à établir le dialogue avec n'importe qui et d'adapter aussi son propos en fonction de la personne à qui on parle* ».

Pendant longtemps, au cours de leur parcours universitaire les pharmaciens ne sont pas formés ou conseillés sur ce rapport au patient et quand à la posture à adopter (#12 - pharmacien) « *Déjà à la fac on ne nous parle pas du tout de l'hôpital, on ne sait vraiment pas grand-chose sur qu'est-ce que le métier de pharmacien hospitalier avant d'être en stage en 5<sup>ème</sup> année* », l'expérimentation a lieu sur le terrain. Aussi, ce contact n'est pas inné et peut représenter une source d'appréhension pour ces professionnels : (#6 - PPH) « *Quand je suis allée à la formation au CHU, le premier patient j'appréhendais beaucoup parce qu'on n'a pas l'habitude* ». De fait, cette proximité avec le patient peut ne pas correspondre aux PPH qui n'ont habituellement qu'un contact réduit avec

les patients : (#8 - PPH) « Alors que j'avais des collègues qui ne se voyaient pas aller auprès des gens ». A l'inverse, ce peut être un élément cher au cœur de ces professionnels : (#7 – PPH) « Je travaillais en pharmacie de ville avant, pour avoir le contact direct, c'est ce qu'il manque ici. On n'a pas le contact avec le patient direct ». Il s'agit finalement d'un ressenti propre à chacun.

L'intégration des équipes pharmaceutiques au plus près des patients démontre en outre toute la plus-value qu'elle peut apporter. Une étude scientifique a conclu que la qualité de la communication pendant la collecte d'informations et pendant la discussion du plan de traitement influe favorablement sur la santé des patients (Stewart, 1995). Ainsi, dans une tâche clinique aussi classique que la prescription d'un médicament, les médecins donnent souvent aux patients des renseignements incomplets et s'intéressent peu aux inquiétudes et aux difficultés liées à la gestion des médicaments par les patients ; en outre, au cours des consultations, peu des discussions portent sur l'adhésion à la médication (Richard et Lussier, 2016). Dans ce sens, ces échanges permettent au pharmacien de rester attentif aux besoins de son patient qui pouvaient paraître de moindre importance pour le médecin. En effet, lors des conciliations de sortie, nous avons observé l'attention du pharmacien à proposer des traitements qui correspondent de façon optimale avec un retour à domicile par exemple : (#CR 2) « Le pharmacien essaie d'adapter les traitements à prendre selon l'endroit où le patient va : SSR, EHPAD ». De plus l'entretien est l'occasion pour cet intervenant de donner des explications et des conseils que d'autres professionnels ne prennent pas nécessairement le temps de faire. Aussi ce type d'échange est positivement ressenti par les patients : (#CR 4) « L'échange avec la patiente et sa fille a été naturel. Le pharmacien a pris le temps de répondre aux questions et mêmes à des questions qui n'étaient pas en rapport avec la patiente. Elles ont été particulièrement satisfaites de cet entretien ».

Finalement, le pharmacien hospitalier peut donc être un relais de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP). « L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, dont le but est d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique » (HAS, 2007). Il s'agit pour le pharmacien, de partir des besoins relatifs à la médication des patients (exprimés ou révélés). Cette stratégie passe par l'adoption d'une posture d'écoute active, de la définition d'objectifs éducatifs adaptés aux besoins de chaque patient, de la mise en œuvre de moyens adaptés aux objectifs négociés (nécessité d'acquisition de compétences pédagogiques, en termes de mobilisation du patient, d'aide à la révélation de ses besoins, d'accompagnement des apprentissages, de maintien et de suivi de sa motivation) puis l'évaluation de l'atteinte de ces objectifs (Allenet, 2012).

Devant l'ensemble de ces éléments, il n'est plus à douter du fait que les professions de pharmacie hospitalière évoluent depuis quelques décennies (#13 - Pharmacien) « *Oui, on voit une grosse évolution du métier depuis quelques années. Et même, les plus vieux pharmaciens nous disent qu'eux n'ont pas du tout la même formation que nous la dessus. On a une meilleure proximité avec les services de soin et un meilleur dialogue avec les médecins* ». Mais si nos conclusions se rapprochent de celles diffusées dans la littérature professionnelle pharmacienne, il est de bon ton de préciser notre étude, elle, se veut la plus neutre possible.

En effet, outre le contact avec le patient, la conciliation médicamenteuse permet le dialogue avec les médecins et vient enrichir le répertoire d'activité des pharmaciens hospitaliers.

### **1.2.2 Les compétences en communication comme besoin professionnel**

Dans la situation de travail décrite plus haut comme dans l'ensemble de l'enquête, la communication apparaît comme un indicateur de l'enrichissement de l'activité des professionnels de la pharmacie hospitalière. Historiquement les activités des médecins et des pharmaciens étaient davantage cloisonnées qu'à ce jour et les échanges plus restreints. Aujourd'hui la situation est différente et la conciliation est une occasion de mettre en lumière ce lien.

Si la collaboration entre les professionnels de santé est indispensable pour une prescription de qualité, la communication entre ces derniers est la condition d'une réussite de cette collaboration (Bussereau, 2014). Aussi, la maîtrise de la communication en santé ne peut plus être considérée comme périphérique par rapport à l'exercice de la médecine (Combes, 2002).

Cette affirmation est encore plus vraie avec la mise en place de la conciliation. En effet, la communication interprofessionnelle est à la base de l'intervention puisqu'elle lie les pratiques de chacune des professions et permet la réalisation des objectifs finaux de la conciliation que sont la bonne dispensation des médicaments et la sécurisation du parcours de soins médicamenteux. La communication est donc un élément essentiel dans les pratiques professionnelles et « l'absence de communication tue la conciliation » (HAS, 2018)

#### **a) Communication pharmacien-médecin**

Comme nous le montre notre enquête, les interactions médecins-pharmaciens ont lieu lors de la conciliation d'entrée (en cas de divergences) et sont systématiques pour les conciliations de sorties. Ces deux protagonistes sont donc amenés à souvent interagir. Nos observations répétées nous

indiquent que la communication inhérente à la conciliation n'a pas atteint le même niveau de maturité sur l'ensemble des établissements ; ceci dépend une nouvelle fois des situations locales de travail dont nous avons parlé plus tôt.

Il apparaît dans l'enquête que la communication est de la responsabilité du pharmacien. En d'autres termes c'est lui qui l'initie : (#14 - Médecin) « Là, elles [les pharmaciennes] se débrouillent ! Non, ça c'est leur ressort, elles se débrouillent. Je n'interviens pas là-dedans. Ca c'est vraiment de leur ressort complet ». Effectivement, si les médecins sont ouverts à la discussion pour revoir un traitement, ils ne sont pas souvent à l'initiative cette interrelation. Ceci n'est cependant pas totalement anormal puisque le pharmacien détient l'information d'erreur médicamenteuse. Aussi pour réussir cet échange, l'intégration du pharmacien dans le service est essentielle. Plusieurs entretiens nous confirment l'importance de cette intégration ; elle est à la base de toute communication entre professionnels : (#11 – Interne de pharmacie) « Je me sens bien intégrée dans le service et la communication est plus facile ». Aussi, la vignette nous montre qu'il est plus ou moins facile de trouver un moment pour discuter avec les médecins ; le plus souvent le pharmacien saisit les opportunités de dialogues, quel que soit le lieu, dans le cas présent dans un couloir, et le moment, ici en attendant que le médecin sorte de la chambre d'un autre patient.

En outre, les propositions du pharmacien sont facilement acceptées par le médecin. Une étude met en évidence l'importance des modalités de communication avec le médecin puisque le taux d'acceptation est plus élevé en cas de transmission verbale des interventions pharmaceutiques par rapport à la simple transmission informatique (Bedouch et al., 2005). Nous avons effectivement pu le constater lors de nos observations.

Par ailleurs, l'enquête (et la vignette l'illustre) nous montre également que la communication n'est pas toujours optimale et fluide. Le pharmacien agit alors différemment selon ses interlocuteurs et selon le problème à traiter. Il connaît les positions de chacun par rapport à la conciliation et adapte sa communication en fonction de cela. La communication apparaît donc à la fois comme un outil pour aider au développement de la collaboration et comme un indicateur de son degré d'évolution (Bardet, 2016). En d'autres termes, on peut supposer que la réussite de la conciliation est corrélée avec un bon niveau de communication entre les acteurs.

#### **b) Communication pharmacienne**

Si la communication des pharmaciens cliniciens avec les médecins est cruciale pour l'intervention du fait de leur statut de prescripteur, la communication au sein même de la sphère pharmacienne est

importante. En effet, différents acteurs pharmaceutiques interviennent à différents niveaux ce qui fait naître un besoin d'échanger. (#8 -PPH) « *Le matin on a la petite réunion, ça permet d'éclaircir des choses parfois, de se parler des expériences des uns et des autres. C'est un échange, c'est rapide mais je trouve que c'est important quand même. Quand tout va bien, bon ok tout va bien mais quand on a eu un souci, et que le lendemain notre collègue nous indique que ça a été rectifié, on se dit que ça avance, il y a un suivi dans notre travail. Faire cette réunion ça permet que tout le monde sache, et éviter de le dire à un tel et à un autre. Là c'est regroupé, on échange une bonne fois pour toute* ». Au-delà de la nécessité de communiquer, ces échanges quotidiens créent une dynamique d'équipe et de partage. Cette dernière se crée déjà en amont, dans la pharmacie entre les pharmaciens, internes et préparateurs et éventuellement les externes. Le fait d'avoir une équipe soudée et motivée permet aux professionnels de s'investir dans l'activité de conciliation, de partager ses expériences et de s'enrichir du vécu des autres.

C'est au regard des accomplissements internes à l'univers pharmaceutique que l'on perçoit que la communication du côté des médecins n'a pas encore pleinement abouti. Des éléments d'ordres organisationnels entrent à nouveau en jeu (#15 - Médecin) « *On arrive à échanger mais les temps d'échanges sont souvent courts ; (#13 - Pharmacien) « Le problème c'est qu'on ne sait pas quand est-ce que le médecin passe* » et bloquent la pleine réalisation de la conciliation. Cependant, il est possible de faire évoluer cette communication et les acteurs y réfléchissent : (#15 - Médecin) « *Pour la conciliation médicamenteuse on a un staff une fois par semaine, pour les sorties, les entrées, les devenirs, les projets thérapeutiques, mais le pharmacien n'est présent à l'heure où l'on fait le staff* » ; (#16 - Médecin) « *On a un staff médico-social 3 fois par semaine. L'idéal, ça serait que les pharmaciens se greffent à ce staff* ». Devant les efforts mis en œuvre, la communication inhérente à l'exercice de la conciliation médicamenteuse ne peut être qu'amenée à évoluer.

Aussi ces suggestions de participation à des réunions périodiques participent au développement de la communication interprofessionnelle et permettent alors le « faire-équipe » ce qui consiste à décroquer les frontières entre le monde des pharmaciens et des médecins (Cristofalo, Petit dit Dariel, Minvielle, 2019).

### **1.3 Nouveaux mode de division et de coordination du travail**

Les nouvelles activités des pharmaciens liées à la conciliation impliquent par conséquent une nouvelle coordination et division du travail. Cette division du travail ne fait évidemment pas l'objet de théories managériales mais relève d'ajustements nécessaires à la répartition des différentes

activités professionnelles. La conciliation entraîne alors de nouveaux modes de division du travail basé sur l'adaptation (1.) le partage des territoires professionnels (2.) pour *in fine* aboutir à une compétence collective (3.).

### 1.3.1 Etre conciliant dans la conciliation

L'enquête révèle un mode de coordination porté par le pharmacien tout à fait particulier puisqu'il repose sur ses capacités à s'adapter aux diverses situations en présence tout en faisant preuve de clairvoyance.

A l'image de la situation de travail décrite en début de partie, l'observation de l'environnement et des habitudes d'un service de soins constitue la première étape de l'intégration du pharmacien. Il observe, sonde l'opinion et est particulièrement conciliant. Ici, le pharmacien nous explique qu'il a observé les habitudes pour pouvoir ensuite estimer la marge de manœuvre dont il disposait pour réaliser son activité de conciliation médicamenteuse dans des conditions optimales. La stratégie alors déployée par les pharmaciens est l'adaptabilité pour s'intégrer au service de façon à ne pas s'imposer pour autant. (#12 - Pharmacien) « *J'ai dû m'adapter au rythme du service* ». Ceci nécessite alors une capacité d'objectivation des faits.

Le pharmacien cherche donc continuellement à s'adapter au fonctionnement du service et plus particulièrement des médecins. Pour revenir à notre vignette, lorsque la conciliation a lieu le matin, le pharmacien nous explique qu'il faut « *jouer des coudes* » pour se « *faire une place* » et pouvoir parler avec le médecin. Ainsi, on relève que la notion d'adaptabilité se retrouve de nombreuses fois au cœur des discours des pharmaciens : (#11 – Interne de pharmacie) « *Mais le matin j'arrive à les voir et puis en milieu d'après-midi aussi. Et puis si je vois qu'ils sont en train de travailler, je me dis que je ne vais pas les déranger que je vais repasser plus tard au moment où ils sont plus disponible* ». Le pharmacien doit donc déployer sa capacité de diplomatie pour ne pas déranger mais malgré tout initier les échanges avec les médecins. (#5 – Interne de Pharmacie) « *Les premières conciliations j'allais voir les prescripteurs en disant « j'ai concilié Mr Y est-ce que c'est possible que l'on en parle ? » après c'était le coup de voir à quel moment je les dérangeais, à quels moments ils étaient présents dans le service. Le pharmacien va à la rencontre du médecin et se met « à son service »* ».

En parallèle, les pharmaciens sont également stratégiques vis-à-vis de leurs demandes aux médecins et mettent en balance le bénéfice risque. Quelle divergence présente un risque iatrogène

plus ou moins grave pour en faire part au médecin ? La réponse à cette question se trouve dans la situation concrète de travail décrite plus haut; la tolérance du médecin pour l'activité de conciliation médicamenteuse est corrélée à la fréquence des interactions entre pharmacien et médecin. Ces agissements démontrent toute la clairvoyance dont fait preuve le pharmacien pour s'adapter à chaque professionnel.

Aussi ces qualités d'adaptabilité et de clairvoyance sont nouvelles chez le pharmacien hospitalier. Il intègre alors dans son répertoire des compétences qui n'appartenaient initialement pas à la profession. En effet, la profession de pharmacien hospitalier passe d'un métier de gestion quasi reclus au sous-sol de l'hôpital, à un métier où le relationnel, la communication et la coordination deviennent primordiaux dans le but de co-construire des parcours de soins de qualité.

Finalement, le pharmacien a intégré la nécessité d'analyser l'environnement pour construire un type de réponse adaptée à ses interlocuteurs – les médecins – et plus généralement à l'environnement – le service. On conclut alors que le pharmacien intériorise une position symboliquement dépendante des médecins et que c'est cette capacité d'adaptation qui lui permet de pouvoir pratiquer et de faire évoluer la conciliation. Son adaptabilité rend service à la coordination de l'intervention.

### **1.3.2 Lutte juridictionnelle et coordination professionnelle**

La mise en œuvre de cette « stratégie de plaidoyer » ou « diplomatie active » nous amène à conclure que les ajustements entre pharmaciens et médecins ne sont pas réciproques. La conformation du pharmacien à ses interlocuteurs soulève alors la question de l'empiètement sur la zone de travail de l'autre. Effectivement, la pharmacie clinique et plus précisément l'activité de conciliation médicamenteuse entraîne une modification des modes de prescriptions des médecins. Aussi, leur appréciation envers l'intervention n'est pas toujours positive mais reste individuelle. Nous pouvons alors supposer que la non-adhésion des médecins à la conciliation se situe davantage au niveau de leurs représentations professionnelles intériorisées.

Aussi on peut analyser ces prises de positions par le prisme des luttes juridictionnelles développées par Abbott qui sont des arènes d'affrontement des acteurs autour « des dynamiques professionnelles reliées à la division sociale du travail et aux concurrences entre professions » (Dubar, 2015). En d'autres termes, Abbott considère que ces juridictions résultent de la concurrence qui s'exerce continuellement entre les groupes professionnels impliqués dans le même champ

d'activité (Abbott, 1988). Dans le cas de la conciliation médicamenteuse la lutte se situe dans la possibilité qu'a le pharmacien à avoir un jugement voire un contrôle sur les prescriptions des médecins.

Aussi certains médecins se montrent assez réticents à la conciliation. Lors d'une réunion de présentation de la conciliation médicamenteuse en établissement, un pharmacien nous a relaté la réaction d'un médecin présent qui qualifiait l'activité de (#CR 6) « *flicage* ». D'ailleurs, lors de la saisie informatique sur le logiciel du CHU, un pictogramme en forme d'œil apparaît lorsque le pharmacien se questionne, suggère ou annote les prescriptions, telle une notification : cela n'est pas toujours bien perçu par le médecin qui peut y voir de (#CR 1) « *l'espionnage* » en le qualifiant de « *l'œil de Moscou* ». Aussi l'idée de contrôle de l'activité de prescription des médecins par les pharmaciens est soulignée par ces éléments.

De surcroît, l'idée que ce travail relève déjà de celui du médecin est également mise en avant: (#16 - Médecin) « *Oui il y en avait qui n'étaient pas convaincus parce qu'ils trouvaient qu'ils faisaient déjà une bonne conciliation. Je pense aux gériatres par exemple* ». Aussi le changement dans les compétences du pharmacien viendrait empiéter sur les compétences et le territoire du médecin (#14 - Médecin) « *Ca correspondait surtout à une immiscions de mes collègues pharmaciens dans MON domaine privé qui est la prescription. Qu'est-ce que vient faire un potard dans les prescriptions d'un carabin ?* ». Ici, l'attitude réflexive de ce médecin le conduit à analyser son comportement passé et le met à distance sur le ton de l'humour, mais, témoigne tout de même d'anciennes luttes juridictionnelles entre ces professions.

En effet, il existait historiquement une concurrence importante entre pharmacien et médecin. « On a pu observer par le passé que le pharmacien hospitalier a longtemps été tenu au second rang par les médecins auxquels ils étaient par ailleurs subordonnés » (Clément, 1995). (#14) *J'ai fini en 82 donc c'est pour vous dire mais l'idée c'est que ma génération a été éduquée comme étant des demi-dieux. On a été fabriqué comme ça.* Un rapport de domination existait bien entre ces deux professions et le statut des pharmaciens étaient différent et socialement moins avantageux que celui des médecins comme l'analyse au plan juridique J-M Clément (Clément, 1995).

Ce n'est qu'avec la loi du 24 juillet 1987 que les pharmaciens sont considérés comme des praticiens hospitaliers au même titre que les médecins. L'unicité du statut marque l'égalité des fonctions entre ces deux professions que revendiquaient les pharmaciens, victimes jusqu'alors d'une considération subalterne de la part des médecins (Clément, 1995). Les évolutions de la division

sociale du travail reconnaissent que le pharmacien, dans le strict cadre de sa responsabilité de dispensateur de médicament, veille à la cohérence des prescriptions médicales. Dans ce sens, ils sont les garants d'une bonne prescription puisqu'ils doivent refuser de donner des médicaments qui se contredisent. Ils sont les évaluateurs de la bonne cohérence thérapeutique qui reste de la responsabilité du médecin. Aujourd'hui le pharmacien hospitalier possède le même statut de praticien hospitalier que le médecin, bénéficiant alors d'une assimilation totale aux médecins et à leurs fonctions. (Clément, 1995). (#14 - Médecin) « Il y a longtemps donc que les interconnexions entre les intervenants du soin est indispensable. Mais ceci va venir avec les nouvelles générations ». Ainsi, dans la réalité les professions et les mentalités évoluent dans le temps et les concurrences d'antan s'apaisent. (#14 - Médecin) « Je crois que si vous m'aviez posé la question il y a 20 ans et bien je pense qu'effectivement j'aurai pu avoir ce sentiment-là ».

Si les médecins d'aujourd'hui se posent des questions sur le rôle des pharmaciens, le mode de coordination et plus largement sur la division du travail inhérente à la conciliation, on ne constate pas particulièrement de rapport de domination entre médecin et pharmacien. A ce jour il est vu comme un homologue : (#14 - Médecin) « Un médecin n'est jamais qu'un des éléments de la prise en soin. Un parmi tant d'autres et tout seul il vaut que dalle ».

Aujourd'hui le pharmacien est majoritairement vu comme un alter ego qui devient un élément essentiel de la bonne cohérence de la prescription médicamenteuse (Clément, 1995). Nombre de médecins le reconnaissent : (#14 - Médecin) « L'aspect pharmaco-médical ou médico-pharmaceutique était aussi très intéressant ». La conciliation nécessite l'intervention du pharmacien et du médecin dans leurs compétences propres pour être efficiente.

Si les concurrences sont apaisées, médecins et pharmaciens se trouvent davantage dans un partage des territoires professionnels. Ce partage nécessite de concevoir des modalités à la fois physiques et organisationnelles, pour ainsi, être optimal. Dans le cas de la conciliation médicamenteuse il s'agit par exemple de trouver une place physique pour les pharmaciens dans les services puisqu'aujourd'hui aucun lieu n'y est aménagé à cet effet. Le pharmacien fait de nombreux allers-retours entre la PUI où se situe son poste de travail et l'unité de soin où se trouve ses interlocuteurs. En outre, le partage des territoires permet d'enrichir les activités de chaque professionnel. Nous avons pu observer tout le partage de connaissances induits par les échanges entre pharmacien et interne de médecine par exemple. Le pharmacien peut expliquer les contre-indications à associer deux médicaments. Ce moment est un échange entre professionnels où chacun

apporte ses connaissances et compétences dans l'intérêt du patient. Une dimension formative s'intègre alors dans le partage des territoires.

Finalement la conciliation médicamenteuse vient asseoir la stabilisation des relations entre médecin et pharmacien. Si les frontières entre chaque domaine d'expertise sont moins nettes qu'auparavant, chaque professionnel reste pourtant dans son champ de compétence : le pharmacien informe et conseille à propos des médicaments ; le médecin, lui, prescrit et reste décisionnaire. En effet, dans la mesure où ils établissent le diagnostic, les médecins demeurent maîtres de la « trajectoire » du patient et les actes délégués sont toujours réalisés sous la responsabilité du médecin (Mino, 2010). La conciliation ne peut de toute manière exister sans ces deux parties qui sont complémentaires (#5 – *Interne de pharmacie*) « *pour terminer ta conciliation tu as vraiment besoin de faire l'entretien avec le médecin* ».

### **1.3.3 Des pratiques professionnelles à une compétence collective**

Nous avons vu durant ce travail que la conciliation amorce de profondes transformations dans les métiers de la pharmacie hospitalière. Elle est, en outre, à l'origine d'un renouvellement des compétences de ses professions. Au-delà de ses savoir-faire individuels, on peut faire l'hypothèse que le pharmacien hospitalier développe une nouvelle identité professionnelle basée sur l'interdépendance et la coopération. Ce travail, centré sur la profession de pharmacien hospitalier ne se veut cependant pas un plaidoyer en sa faveur mais tente d'illustrer avec justesse et nuance les évolutions de sa profession. Aussi, certains déséquilibres peuvent être présents mais n'ont pas pour autant de valeurs prescriptives.

Chaque professionnel possède ses compétences et savoir-faire propres à son métier ce qui favorise la solidarité organique. Cette forme de solidarité caractérise les liens sociaux entre les individus au sein des organisations modernes où règne la division sociale du travail qui a diversifié les activités et les a rendues fortement interdépendantes (Durkheim, 1893). De fait, les professionnels qui interviennent dans la conciliation ont des fonctions sociales complémentaires qui nécessitent une étroite coopération des acteurs (Durkheim, 1893) ; chacun est donc indispensable au fonctionnement de l'intervention. C'est d'ailleurs pourquoi l'on assiste à une stabilisation des luttes juridictionnelles. Dans le cadre de l'hôpital moderne, la pratique des professions devient de plus en plus une pratique d'interdépendance entre les professionnels dans la mesure où la prise en charge du patient est nécessairement multidisciplinaire (Carricaburu, 2004).

D'une autre façon, cette spécification des tâches entre médecin et pharmacien renforce l'intégration professionnelle de ce dernier (Vézinat, 2016). Il se rend plus visible qu'autrefois, grâce à ses interventions régulières dans les services de soins, ses entrevues quotidiennes avec d'autres professionnels et ses interactions avec le patient. Le pharmacien hospitalier s'intègre à une dynamique professionnelle en faisant valoir toute la plus-value qu'il représente en termes de qualité et de sécurité du parcours de soins médicamenteux. En somme, ces deux mécanismes : la formation d'une solidarité organique et l'intégration professionnelle sont deux éléments nécessaires au succès de la conciliation médicamenteuse. Aussi médecin et pharmacien mais également membres de l'équipe pharmaceutique tendent à travers leur implication dans la conciliation médicamenteuse à développer une compétence collective. Cette dernière « émerge à partir de la coopération et de la synergie existantes entre les compétences individuelles » (Le Boterf, 1994). Elle suppose alors quelques pré-requis, comme l'adhésion des professionnels à un référentiel commun (Retour, Krohmer, 2011). Avec la conciliation c'est le soin et plus particulièrement la sécurité des soins qui rassemblent les professionnels.

Le partage d'un langage prend également part à la compétence collective (Retour, Krohmer, 2011). « Les membres d'un groupe de travail élaborent un vocabulaire et un dialecte particulier permettant de converser à mi-mots, de lire entre les lignes, de gagner du temps dans l'énonciation abrégée, d'éviter commentaires et explications » (Le Boterf, 1994). Lorsque l'on s'immerge dans les unités de soins pour observer la conciliation, on entend les termes de « *concil* », de « *CMS et CME* » (pour conciliation médicamenteuse de sortie et d'entrée) ou encore de « *DNI* » (pour les divergences non intentionnelles). De multiples autres termes techniques et médicaux comme des noms de médicaments, d'exams ou maladies sont couramment employés et confirment que les professionnels partagent un langage servant la compétence collective.

Enfin, cette dernière comprend l'idée de « mémoire collective qui repose sur l'acquisition de savoir auprès d'un autre individu ou sur la création d'un nouveau savoir par l'interaction. Une confrontation de savoir-faire de deux ou plusieurs individus au cours d'un travail accompli en commun » (Retour, Krohmer, 2011) peut également avoir lieu. En d'autres termes, les échanges répétés entre médecin et pharmacien ou entre PPH et pharmacien participent à la mémoire collective de la conciliation qui forme alors un peu plus chaque jour la compétence collective de ses acteurs. Par ailleurs, les formations dispensés aux membres des équipes pharmaceutiques ou encore les Comités Pharmaceutiques (CoPhar) qui réunissent les pharmaciens favorisent également cette mémoire collective. En effet, ils sont des lieux de discussion, de comparaison et donc d'acquisition de savoir-faire auprès d'homologues du fait de leurs expériences.

En définitive, la conciliation est une démarche qui nécessite l'intégration de compétences individuelles mais qui participe plus que jamais au déploiement de compétences collectives entre les différents professionnels de l'intervention. D'un métier autrefois isolé, le pharmacien devient un acteur de la coopération entre les professionnels de santé pour la sécurisation des parcours de soins médicamenteux.

## **-CONCLUSION-**

### **ConParMed et ses effets**

La conciliation est une intervention complète qui, nous l'avons vu, répond à la fois au problème de santé publique qu'est la iatrogénie médicamenteuse mais permet aussi un renouveau professionnel des métiers de la pharmacie hospitalière ; en même temps elle répond au besoin de coopération et de circulation de l'information entre les professionnels de santé.

Au cours de ce travail nous avons pu voir que, déployée à l'échelle d'un territoire la conciliation médicamenteuse ne s'inscrit pas dans les mêmes situations locales de travail sur l'ensemble des centres hospitaliers. En effet, les configurations locales impliquent parfois l'intervention de médecins, libéraux ou non, dont l'opinion pour l'intervention n'est pas toujours favorable, ce qui a pour effet de complexifier le bon déroulé de la conciliation et plus généralement de tendre le climat d'échange et de travail.

Si les étapes de mise en œuvre de l'intervention sont similaires sur le GHT, la situation en CHU semble fluidifiée du fait de l'antériorité que possèdent les services dans la conciliation. De plus, le CHU mobilise des moyens humains qui facilitent sa réalisation, du fait de la présence d'externe en pharmacie. A l'inverse les hôpitaux de proximité, pour lesquels il s'agit de lancer la démarche, ont des moyens humains plus limités et éprouvent encore quelques difficultés liées à la restructuration des organisations internes. Toutefois l'intégration de plus petites structures portant une activité de SSR est primordiale dans une démarche telle que ConParMed puisque les SSR connaissent un développement continu, compte tenu des besoins de soins liés aux maladies chroniques et au vieillissement de la population. Cette offre est également de plus en plus sollicitée du fait de la diminution des DMS en service MCO ([fph-ssr.fr](http://fph-ssr.fr)). Aussi les SSR s'affirment comme des pivots de la continuité du parcours de soins médicamenteux.

En sus, la conciliation amorce de profondes transformations dans les métiers de la pharmacie hospitalière puisqu'elle participe au développement de la pharmacie clinique en tant que nouvelle branche professionnelle. La partie qui concerne la gestion logistique d'une PUI ne disparaît pas en revanche; l'univers pharmaceutique hospitalier se divise alors en deux. Récente en France, la pharmacie clinique participe au renouvellement des compétences de ses professionnels.

*Claire MOUBECHÉ -*

*Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2018-2019*

Aussi, ces derniers réalisent désormais des missions socialement valorisées comme la rencontre avec le patient ou la correction d'erreurs potentiellement graves. Ces missions nécessitent alors de nouvelles compétences relationnelles qui apportent une meilleure reconnaissance à l'exercice de leur profession. Aussi, à côté de ses compétences de gestionnaire, le pharmacien hospitalier développe des contacts avec les patients et les membres soignants et s'intègre, de fait, à un nouvel univers professionnel.

En parallèle, la coordination professionnelle n'est plus tout à fait la même puisque médecins et pharmaciens sont engagés dans une relation pluriprofessionnelle où chacun apporte et reste maître de son expertise. En effet, la répartition des activités n'est pas bouleversée par l'intervention : le médecin prescrit et le pharmacien analyse et s'assure de la bonne cohérence des thérapeutiques. L'ensemble de ces expertises s'articulent alors autour du principe de la communication réciproque. On constate effectivement que cette dernière est disparate selon les interlocuteurs du territoire. De manière générale, une bonne communication optimise l'efficacité de la conciliation et est par conséquent un outil indispensable à l'intervention.

Cependant, de multiples impacts organisationnels ralentissent le plein déploiement de la conciliation médicamenteuse. En effet, à ce jour les moyens humains sur le GHT sont insuffisants et sont accentués un manque de temps qu'expriment les professionnels pour réaliser l'intervention dans sa globalité. Bien que ces quelques éléments soient difficiles à maîtriser, ils constituent des voies de réflexions et d'optimisation de l'intervention.

En somme, la pharmacie clinique est vue comme étant l'avenir de la pharmacie hospitalière et motive particulièrement les jeunes pharmaciens. Quelles pourront être les évolutions de ce secteur dans l'avenir ?

### **La composante GHT**

A l'heure où le décret n° 2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux Pharmacies à Usage Intérieur a été publié, leur rôle est affirmé dans le développement des activités de pharmacie clinique. Mais, surtout, c'est tout le rôle des PUI au sein des GHT qui est précisé : une PUI peut désormais desservir plusieurs établissements de santé. En conséquence, cela implique de repenser le circuit du médicament au niveau du territoire pour que la sécurité, le bon approvisionnement et la qualité soient optimisés dans les coopérations entre établissements.

D'après l'article R5126-10 du code de la santé publique, les actions attendues d'une PUI pour la pharmacie clinique sont : « *Avoir une expertise pharmaceutique clinique des prescriptions ; la réalisation de bilans de médication<sup>8</sup> ; l'élaboration de plans pharmaceutiques personnalisés ; réaliser des entretiens pharmaceutiques et les autres actions d'éducation thérapeutique auprès des patients ; l'élaboration de la stratégie thérapeutique permettant d'assurer la pertinence et l'efficacité des prescriptions, et d'améliorer l'administration des médicaments.* » Le projet ConParMed de par son organisation territoriale à l'échelle du GHT et la mise en œuvre d'activités de pharmacie clinique fait écho directement à ce décret, attendu depuis 2 ans (dsih.fr).

Outre l'accroissement des compétences individuelles de chaque professionnel de santé permis par le processus de conciliation médicamenteuse et les compétences collectives sus nommées, nous pouvons supposer que le projet ConParMed vient esquisser ces futures transformations pharmaceutiques dans le GHT. Même s'il est trop tôt pour en tirer les conclusions, les dynamiques de coopérations semblent se dessiner. En effet, alors que les regroupements entre les PUI sont en cours de construction, du côté de l'activité clinique, les assistants partagés ConParMed entre les différents établissements du GHT contribuent à créer un socle commun de pharmacie clinique sur le territoire. Même si les pratiques varient, la finalité du déploiement de ces activités devrait se poursuivre dans cette logique d'intégration et de coopération territoriale. En outre, pour que cette coopération territoriale soit complète il convient d'associer les acteurs de la ville dans cette démarche.

### **Un lien ville-hôpital à développer**

Pour rendre la conciliation des traitements médicamenteux effective, l'établissement de santé collabore avec les acteurs de ville (HAS, 2018). En ce qui concerne ConParMed, la pharmacie d'officine du patient est régulièrement contactée pour les conciliations d'entrées et la ville communique alors beaucoup d'informations à l'hôpital. Cependant, au moment de la sortie du patient, l'hôpital a moins recours à la conciliation de sortie. Elle pourtant à faire circuler l'information à propos de nouvelles prescriptions et des raisons de celles-ci à aux professionnels (pharmacie de ville, médecins traitants, EHPAD), émetteurs d'information plus tôt dans le processus.

Un déséquilibre se crée alors dans la circulation de l'information entre l'hôpital et la ville. Aussi, la ville n'est pas spécialement associée au projet ConParMed. Une brève enquête auprès des pharmaciens libéraux a été réalisée par nos soins et conclue que les officines ont généralement peu de lien avec l'hôpital « *à part pour l'orthopédie et les bas de contentions et quelques dépannages* ».

---

<sup>8</sup> Equivalent de la conciliation médicamenteuse à l'hôpital

Aussi, les officinaux sont peu informés de la mise en œuvre de la conciliation sur leur territoire. De plus, le maillage patient-officine fait que finalement les appels de l'hôpital pour l'intervention ne sont pas homogène sur le territoire. En effet, certaines pharmacies reçoivent davantage d'appels à propos de la conciliation que d'autres. Pourtant, la ville est un acteur incontournable dans le processus de la conciliation médicamenteuse. Toutefois, le détail des étapes de la démarche suscite un vif intérêt chez ces acteurs en demande d'informations et de liens avec les hôpitaux de leur territoire. Les officinaux insistent sur le fait qu'ils sont « *en première ligne sur la sortie* » et qu'ils « *auraient besoin des ordonnances en amont, pour préparer avant que le patient arrive et éventuellement préparer les conseils qui vont avec. Pareil, on ne sait pas si le patient va être hospitalisé quand c'est programmé, en général on le voit juste parce que de la bétadine est prescrite et qu'ils viennent la chercher* ».

Notre enquête semble alors expliquer ce déséquilibre avec la ville du fait de deux problématiques.

Tout d'abord, la discontinuité de l'information telle que nous avons pu l'observer est générée par des difficultés organisationnelles. Les conciliations de sorties sont effectivement moins fréquentes car d'une part, la démarche n'est pas encore mature sur tous les services ConParMed et est, d'autre part, difficile à mettre en œuvre en l'état. Le manque de moyens humains ainsi que de temps pour s'y consacrer sont des éléments explicatifs.

En parallèle, les systèmes d'informations pour communiquer ne sont pas encore systématiquement utilisés par l'ensemble des officines du territoire. Or la messagerie sécurisée a pour finalité de resserrer les liens, d'accélérer les délais de transmission de l'information tout en contribuant à améliorer la prise en charge des patients : elle permet aux professionnels de santé de communiquer et de partager des documents de façon plus sécurisée et plus rapidement. L'utilisation de cette messagerie n'est cependant pas entrée dans les routines et est perçue par certains acteurs comme une contrainte du fait d'une prise en main peu optimisée par exemple. S'il y a un déséquilibre du partage de l'information entre la l'hôpital et la ville, il y a également un problème quand aux canaux de communication mobilisés par les différents protagonistes de l'intervention.

Ainsi ConParMed est un projet dynamique qui soulève des enjeux diversifiés. Les résultats de notre enquête tendent à faire voir tout le potentiel de cette intervention tant dans la sécurisation du parcours patient, que dans le développement des professionnels de la pharmacie clinique en France.

---

## Bibliographie

---

### Littérature scientifique

- Abbott, A. (1988). – *The system of professions. An essay on the division of expert labor*, Chicago (IL), The University of Chicago Press.
- Allenet, B. (2019). De la dispensation au plan pharmaceutique personnalisé : vers un modèle intégratif de pharmacie clinique. *Le pharmacien clinicien et hospitalier*. Vol 54. n°1, mars 2019. P 56-63
- Allenet, B. (2012). Pour que l'éducation thérapeutique du patient devienne pour le pharmacien une posture de travail, *Annales Pharmaceutiques Françaises*, n°70, pages 53-57
- Auvray, L. & Sermet, C. (2002). Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées: Un état des lieux. *Gérontologie et société*, vol. 25
- Bardet, JD. (2016). Les pratiques pharmaceutiques collaboratives en soins de premiers recours dans le contexte de l'émergence des TIC. (Thèse). Université Grenoble Alpes
- Barrett, CW. (1977). The practise of clinical pharmacy in Brintain. *In Clinical Pharmacy*, p295-299
- Barrier, J., Georges-Tarragano, C., Saccoman, B., Pierru, F. & Astre, H. (2015). Le temps, une dimension indispensable du soin. Dans : Claire Georges-Tarragano éd., *Soigner (l')humain: Manifeste pour un juste soin au juste coût* (pp. 95-110). Rennes, France: Presses de l'EHESP
- Bedouch, P et al. (2005), Diffusion des opinions pharmaceutiques dans le cadre d'une activité de pharmacie clinique en unité de soins. *Thérapie*
- Bedouch, P. Bardet, JD. Calop, J. Allenet, B. (2012). L'iatrogénèse médicamenteuse: quels enjeux pour la pharmacie clinique? Association Nationale des Enseignants de Pharmacie Clinique, editors. *Pharmacie clinique et thérapeutique*. 4ème ed. Elsevier Masson; 2012. p. 9-21.
- Béjean, M., Kletz, F. & Moisdon, J. (2018). Création de valeur organisationnelle et technologies de l'information à l'hôpital: le cas du dossier patient informatisé. *Gestion et management public*, volume 6 / 4(2), 9-24.
- Bussereau, J. (2014). L'ordonnance de sortie hospitalière, un support utile pour une transmission efficiente de l'information entre le secteur hospitalier et ambulatoire ? Enquête d'opinion auprès de 13 médecins généralistes bretons. (Thèse). Faculté de médecine. Université Rennes 1, décembre 2014
- Calvert R.T. (1999). Clinical pharmacy a hospital perspective. *British journal of clinical pharmacology*, 47(3), 231–238

- Carricaburu, D. Ménoret, M. (2004). *Sociologie de la santé : institutions, professions, maladies*. Ed. Armand Colin. Paris. 179 pages
- Chisholms-Burns et al.. (2011). US pharmacists' effect as team members on patient care : systematic review and meta-analyses, *Med Care*
- Clément, JM, (1995). L'évolution historique du statut du pharmacien à l'hôpital. In: *Revue d'histoire de la pharmacie*, supplément au n°306, 1995. Médicaments et Pharmaciens : Actes de la Journée du 27 Janvier 1995
- Collin, J. (1995). Changement d'ordonnance, Mutations professionnelles, identités sociales et féminisation de la profession pharmaceutique au Québec, 1940-1980. Edition du Boréal. 240 pages.
- Combes, M-C. (2002). La compétence relationnelle : une question d'organisation. *Travail et Emploi*. n°92. Octobre 2002
- Cornish, PL. Knowles, SR. Marchesano, R. Tam, V. Shadowitz, S. Juurlink, DN. (2005). Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *In Arch Interne Med*
- Cousein, E. (2011). La conciliation médicamenteuse. Dossier, *Le moniteur hospitalier*, n°233, février 2011
- Cristofalo, P., Petit dit Dariel, O. & Minvielle, É. (2019). La fabrique du travail en équipe dans les établissements de santé. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 3(3), 259-282.
- D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez, Beaulieu. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. 2005 May;19 Suppl 1:116-31
- Delande, E. (2017). Le développement de la pharmacie clinique en établissement de santé en France et ses conséquences juridiques. (Thèse). Faculté de pharmacie, Aix. Marseille Université
- Delaunay, M. (2017). Loi d'adaptation de la société au vieillissement : un pas pour la transition démographique. *Les Tribunes de la santé*, 54(1), 79-84.
- Dubar, C. Tripied, P. Bourssard, V. (2015). *Sociologie des professions*. Chap.6. Coll. U. Editions Armand Collin. Paris. 367 pages.
- Durkheim, É. (1893). *De la division du travail social*. Coll. Quadrige. Ed. Presses universitaires de France. Paris. 420 pages
- Emery, S et al. (2017). Expérience d'un centre hospitalier général sur la mise en place d'un processus complet de conciliation médicamenteuse : Quels résultats ? Quelles difficultés ? *In Le Pharmacien Clinicien et Hospitalier*, Volume 52, mars 2017
- Fainzang, S. (2001). *Médicament et société : le patient, le médecin et l'ordonnance*. Edition Puf. Paris. 258 pages.

- Friedl, J. (2014). Le patient face aux modifications de traitement après une hospitalisation : intérêt du pharmacien clinicien dans la conciliation médicamenteuse de sortie. (Thèse). Université Toulouse III Paul Sabatier
- Jones, R., Burnay, N. & Servais, O. (2000). Chapitre 5. L'entretien. Dans : R. Jones, *Méthodes de recherche en sciences humaines* (pp. 137-167). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.
- Landrieux-Kartochian, S. (2018). Théorie des organisations. Gualino éditeur. 192 pages
- Le Boterf, G. (1994). De la compétence, essai sur un attracteur étrange. Paris: Les Editions d'Organisation
- Le Moniteur Hospitalier. (2010). Conciliation médicamenteuse : une transmission entre différents partenaires. *In* Le moniteur Hospitalier. N°233. Février 2010
- Leufkens, H. Hekster, Y. Husdson, S. (1997). Scenario analysis of the future of clinical pharmacy. *Pharm World* n°19. 182-185
- Mino, JC. (2010). Coordonnateur, référent, assistant... des fonctions de plus en plus visibles. *In* Evolution des métiers de la santé : coopération entre professionnels. Actualité et Dossier en Santé Publique. N°70. Mars 2010.
- Peretz, H. (2004). *Les méthodes en sociologie: L'observation*. Paris: La Découverte.
- Retour, D. Krohmer, C. (2011). La compétence collective, maillon clé de la gestion des compétences.
- Richard, C. Lussier, M-T. (2016). La communication professionnelle en santé (2<sup>ème</sup> édition). Pearson ERPI
- Spinewine, A. (2003). La pharmacie Clinique, une nouvelle orientation pharmaceutique au service des patients : réalisations à l'étranger et possibilités en Belgique. *Louvain Med.* 122 :127-139
- Stewart, M.A. (1995). « Effective physician-patient communication and health outcomes : A review », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 152, no 9, p. 1423-1433.
- Strand, LM. Cipolle, RJ. Morley, PC. Frakes, MJ. (2004). The Impact of Pharmaceutical Care Practice on the Practitioner and the Patient in the Ambulatory Practice Setting: Twenty-five Years of Experience. *Curr Pharm Des* n°31
- Tanguay, C. Guérin, A. Bussièrès, JF. (2014). Caractéristiques des revues systématiques présentant les interventions de pharmaciens. *Ann Pharm Fr*
- Vannotti, M. (2002). L'empathie dans la relation médecin – patient. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n° 29(2), 213-237
- Vayssette, P. (2015). De plus en plus de conciliation médicamenteuse, *In Réseaux, santé & Territoire*, n°64, Octobre 2015
- Vézinat, N. (2016). Sociologie des groupes professionnels. Ed. Armand Colin. Paris.
- Zaki, L. (2006). L'écriture d'une thèse en sciences sociales : entre contingences et nécessités. *Genèses*, n° 65(4), 112-125. doi:10.3917/gen.065.0112.

## Littérature grise

- Adenot, I. (2016). Coopération interprofessionnelle : décroisonner pour améliorer le parcours de soins. *In* Les cahiers de l'ordre national des pharmaciens. Ordre national des pharmaciens. Décembre 2016
- Assurance Maladie. (2017). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, propositions de l'Assurance Maladie pour 2018
- Bedouch, P. (2012). L'iatrogénie médicamenteuse. Institut de Formation en Soins Infirmiers. Grenoble.
- DREES et Santé Publique France. Fourcade, N. Von Lennep, F. Grémy, I. Bourdillon, F. (2017). L'état de santé de la population, rapport 2017.
- Haute Autorité de Santé. (2018). Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins.
- Haute Autorité de Santé. Legrain, S. (2005). Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé, consommation, prescription, iatrogénie et observance.
- Haute Autorité de Santé. (2015). Initiative des HIGH 5s Medication Reconciliation : rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français.
- IRDES. (2018). Fragilité des personnes âgées et consommation de médicaments : polymédication et prescriptions inappropriées. *In* Question d'économie de la santé. n°230. Février 2018
- Monégat M., Sermet C., Perronnin M., & Rococo E. (2014). « La polymédication : définitions, mesures et enjeux. Revue de la littérature et tests de mesure ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 204.
- Ordre national des pharmaciens. (2018). La pharmacie clinique : état des lieux et perspectives d'une discipline en développement, *Les cahiers de l'ordre national des pharmaciens*, n°13, décembre 2018
- Verger, P. (2013). La politique du médicament en EHPAD. Ministères des affaires sociales et de la santé.
- Zafarian, P. (2005). Intercompréhension et coopération dans le travail. Intervention lors de la journée du 25 janvier 2005, organisée par l'Institut de formation des cadres de santé du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon.

## Sitographie

- ars.santé.fr. 2018. Les groupements hospitaliers de territoires. Consulté à l'adresse : <https://www.ars.sante.fr/les-groupements-hospitaliers-de-territoires> (le 12.05.2019)
- CMI stratégie. 2018. La pharmacie clinique : une activité en développement en France. Consulté à l'adresse : <https://www.cmi-strategies.fr/la-pharmacie-clinique-en-france/>. (le 20.03.2019)
- DGOS, Direction Générale de l'Offre de Soins. (2016). Instruction no DGOS/PF2/2016-49 du 19 février 2016 relative à l'appel à projet de mise en œuvre de la pharmacie clinique en

- établissement de santé. Consulté à l'adresse : [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-03/ste\\_20160003\\_0000\\_0072.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-03/ste_20160003_0000_0072.pdf) (le 15.04.2019)
- DGOS, Direction Générale de l'Offre de Soins. (2017). La conciliation médicamenteuse : enquête sur son déploiement national. Consulté à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/la-conciliation-medicamenteuse/article/la-conciliation-medicamenteuse-enquete-sur-son-deploiement-nationale> (le 07.03.2019)
- DGOS, Direction Générale de l'Offre de Soins. (2017 (2)). INSTRUCTION N° DGOS/PF2/2017/295 du 17 octobre 2017 relative au second appel à projets de mise en œuvre de la pharmacie clinique en établissements de santé. Consulté à l'adresse : [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-11/ste\\_20170011\\_0000\\_0108.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-11/ste_20170011_0000_0108.pdf) (le 15.04.2019)
- DSIH e-santé.fr. Pharmacies à usage intérieur : le décret enfin publié ! Consulté à l'adresse : <http://www.dsih.fr/article/3401/pharmacies-a-usage-interieur-le-decret-enfin-publie.html>. (le 20.08.2019)
- Établissement de santé. Consulté à l'adresse : [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-03/ste\\_20160003\\_0000\\_0072.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-03/ste_20160003_0000_0072.pdf) (le 20.06.2019)
- Syndicat des Soins de Suites et de Réadaptation. Les SSR, c'est quoi ? Consulté à l'adresse : <http://www.fhp-ssr.fr/les-ssr-c-est-quoi> (le 13.08.2019)
- Haute Autorité de Santé. L'éducation Thérapeutique du Patient. (2017). Consulté à l'adresse : [https://www.has-sante.fr/jcms/r\\_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp](https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp) (le 29.07.2019)
- INED, Institut National des Etudes Démographiques, Ined. 2018. Espérance de vie. Consulté à l'adresse : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/esperance-vie/>. (le 21.05.2019)
- Larousse. Définition conciliation. Consulté à l'adresse : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/conciliation/17930> (le 12.03.2019)
- LégiFrance. 2016. Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur. Consulté à l'adresse : [https://www.legifrance.gouv.fr/eli/ordonnance/2016/12/15/2016-1729/jo/article\\_1/Le\\_07/03/2019](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/ordonnance/2016/12/15/2016-1729/jo/article_1/Le_07/03/2019) (le 05.06.2019)
- Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017. Coopération entre professionnel de santé. Consulté à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/> (le 24.07.2019)
- Réseau-hôpital-ght. GHT, la nouvelle organisation. Consulté à l'adresse : <https://www.reseau-hopital-ght.fr/nouvelle-organisation.html> (le 02.06.2019)

SFPC, Société Française de Pharmacie Clinique. 2016 (mis à jour le 3 juin 2018). Présentation. Consulté à l'adresse : <http://sfpc.eu/fr/la-sfpc/presentation.html>. (le 23.06.2019)

---

## Note réflexive

---

*« La réflexivité relève d'un mécanisme consistant à prendre sa propre action comme objet de réflexion. Ce processus de réflexivité accompagne le développement de la professionnalité. » (Peretz, 2004)*

Ce stage de six mois m'a permis de participer à l'évaluation des impacts organisationnels du projet ConParMed, et plus particulièrement de porter une réflexion sur les évolutions professionnelles issues de la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse. Première immersion de longue durée dans le milieu de la recherche et de l'intervention en santé publique, ce stage m'a offert l'opportunité de m'investir durablement et activement dans un projet d'envergure. De manière générale, mon ressenti est très positif tant sur les missions qui m'ont été confiées que sur le plan relationnel et personnel.

### **I. Condition et missions de stage**

#### **a. Choix de stage**

La période de recherche et de choix de stage n'est pas une période évidente pour les étudiants. Dès septembre, j'orientais mes recherches autour du domaine de la santé environnementale auquel je suis particulièrement sensible. Quelques opportunités se sont bien offertes à moi mais des missions insuffisamment complètes ou des échanges peu féconds lors de rencontres n'ont pas permis d'aboutir. Aussi, me suis-je tournée vers l'offre de ConParMed : sa problématique a rapidement suscité mon intérêt du fait de l'enjeu de santé publique qu'elle constitue. Novice en la matière, l'iatrogénie médicamenteuse et ses résultantes ont revêtu un aspect primordial à mes yeux et m'y suis engagée.

Si j'affectionne particulièrement un thème de la santé publique, je reste ouverte d'esprit et sais saisir les opportunités de découvrir d'autres domaines d'intérêts. En effet, au cours de cette année de master j'ai choisi de réaliser un dossier sur le handicap et ses politiques, thème que je connaissais mal jusqu'alors. Le contact fut ouvert, l'apprentissage professionnel riche, les rencontres surprenantes et précieuses, et, par conséquent le travail a suscité une grande motivation. C'est avec cette même ouverture d'esprit que j'ai abordé le domaine de ConParMed. En rencontrant l'équipe en

charge de cette mission, le contact fut bien établi ; la dynamique de travail claire et élaborée semblait me correspondre.

#### b. Mission de stage

Il était important pour moi de réaliser un stage dans lequel je puisse être active pour m’y épanouir. L’année passée mon stage de recherche ne m’a pas offert cette possibilité aussi voulais-je à tout prix éviter le même écueil pour ce stage de fin d’étude.

Les missions de participer à l’évaluation des impacts organisationnels de ConParMed me furent alors confiées. Pour cela il a été nécessaire de construire et mettre en œuvre une enquête qualitative qui comprendrait des journées d’observation participante dans les 12 centres ConParMed, puis de compléter ces travaux par des entretiens semi-directifs auprès des acteurs du projet. Aussi l’analyse de ces matériaux constitue la suite logique des missions de stage. Diplômée d’une licence de sociologie, je maîtrise cette méthodologie et sa mise en œuvre. Ce stage était alors l’opportunité de mobiliser mes acquis universitaires au service de la mission de santé publique.

En parallèle j’ai été sollicitée sur un autre axe de l’évaluation de ConParMed : l’évaluation clinique qui inclut le retour d’expérience et la satisfaction des patients. Mobilisant des questionnaires et des contacts téléphoniques, j’ai apporté mon expérience pour accompagner cet autre volet de l’étude. Celui-ci comportait la création d’un guide pour les appels téléphoniques réalisés par des externes en pharmacie. J’ai co-construit ce document avec ma collègue ingénieure d’étude et suis restée à la disposition des externes pour le suivi des appels aux patients. Cet ensemble de variantes a diversifié mes missions et apporté un complément au cadre strict du stage.

#### c. Environnement de stage

L’environnement du stage m’était très favorable puisque situé dans mon école. Sans changement de locaux, je n’ai pas eu à passer par la période de prise de repères géographiques. Matériellement j’ai bénéficié de bonnes conditions de travail.

Pour le reste, j’ai apprécié pouvoir prendre des initiatives et en même temps produire les matériaux de recherche à un rythme qui ne m’était pas imposé. Je disposais d’une grande autonomie tout en bénéficiant d’un encadrement bienveillant de mon maître de stage. J’ai également pu développer une complicité avec Laurianne, avec qui je travaillais sur ce projet. Diplômée du master 2 l’année dernière, ses conseils étaient les bienvenus. A trois, nous avons régulièrement pu échanger nos points de vue pour faire avancer l’enquête. Mes échanges, bien que plus restreints, avec Benoît Hue, investigateur principal et Emma Bajoux, méthodologiste du projet, ont toujours été riches et accueillants. Toujours disponibles, ils ont tout mis en œuvre pour répondre à mes questions, me

fournir des informations, me faire accéder aux services ou encore me donner des contacts. Grâce leur participation active je n'ai jamais eu aucune difficulté à accéder à des terrains d'enquête et ai bénéficié d'un environnement complet du fait de ma participation aux CoPil qui m'ont donnés à voir le pilotage d'un tel projet.

## II. Méthodologie mise en œuvre

Pour ce stage une enquête de terrain m'a donc été confiée. Aussi, « *mener ce genre d'enquête s'apparente à l'expérience d'un voyage. Le voyageur sait qu'il ne reviendra pas tout à fait le même qu'en partant. De la même manière, le sociologue part en enquête fort de tout ce à quoi il s'attend et prêt à être surpris, déstabilisé, étonné par cette expédition* » (Peretz, 2004). Cette citation correspond tout à fait à la philosophie de l'enquête de terrain et à l'expérience que j'ai pu vivre. Pour cela, j'ai suivi les différentes étapes de la démarche qualitative.

### a. Pré-enquête : un temps d'exploration

J'ai dans un premier temps formulé des questions de départ pour guider mes investigations autour des impacts organisationnels. Aussi, la première étape formelle d'une recherche est un travail de recension des travaux ayant abordé des questions similaires. La revue de littérature fut donc ma première mission. Ceci m'a permis de m'approprier le concept de la conciliation médicamenteuse, de la pharmacie clinique et son vocabulaire puisque j'entrais dans un univers méconnu et technique où de nombreux éléments sont à maîtriser. J'ai donc recueilli un maximum de travaux à propos de la conciliation sans perdre de vue l'objet de mon étude. J'ai ainsi réalisé un matériau synthétique et analytique d'environ 25 pages dont j'ai mobilisé la richesse pour la rédaction du mémoire.

### b. Observations exploratoires : observer pour contextualiser

« *Tout au long du travail de terrain, l'observateur participant, tout en prenant part à la vie collective de ceux qu'il observe, s'occupe essentiellement de regarder, d'écouter et de converser avec les gens, de collecter et de réunir des informations. Il se laisse porter par la situation.* » (Peretz, 2004). Les observations m'ont permis de concrétiser la théorie de la conciliation médicamenteuse vue dans la revue de littérature. Ceci a véritablement éclairé mes recherches précédentes et a concrétisé des axes de recherches. J'ai pu observer les professionnels dans leur environnement, poser des questions et m'imprégner pleinement de mon objet d'étude. En définitive j'ai apprécié rencontrer, dialoguer ou encore comparer des situations à travers ces observations. Après chaque observation j'ai procédé à des comptes-rendus détaillés : les monographies. Elles ne sont volontairement pas en annexe par soucis de confidentialité. Il s'agit de mobiliser et de retranscrire sa mémoire pour essayer de rendre

compte le plus fidèlement possible par écrit des faits mais aussi des vécus et des ressentis. Ces documents sont d'une extrême richesse et dégagent de grands traits d'analyse. A l'issue des observations j'ai réalisé une analyse d'une trentaine de pages de l'ensemble de ces monographies afin de comparer les situations de travail et de donner les premiers résultats à l'enquête menée.

c. Entretiens semi-directifs : se mettre à l'écoute

« *L'entretien de recherche constitue un processus d'interaction entre deux personnes dont l'une, l'interviewer, lance et contrôle à des degrés divers un échange de messages avec une autre personne, afin d'obtenir ainsi des données servant des objectifs préétablis.* » (Jones et al. 2000). Pour poursuivre l'enquête j'ai procédé à une quinzaine d'entretiens avec les différents acteurs participants à la conciliation médicamenteuse : pharmaciens hospitaliers, internes de pharmacie, préparateurs en pharmacie hospitalière, cadre de santé ou en encore médecins libéraux et salariés. Ces entretiens m'ont permis de rencontrer et d'écouter avec attention les motivations et sentiments des professionnels à propos de l'intervention. Lors des entretiens j'ai adapté mes questions et leur enchaînement en fonction du flot de parole de l'interlocuteur. Mes questions étaient surtout ouvertes dans le but d'inciter mes interlocuteurs à développer et détailler leurs réponses. Au préalable structurés avec une grille d'entretien, ces échanges m'ont permis de recueillir différents points de vue et de saisir différentes dimensions analytiques à l'étude. Afin d'être analysées, les données recueillies ont été enregistrées, intégralement retranscrites puis soigneusement examinées et classées selon une grille conceptuelle définie au préalable en équipe. En définitive, les observations et entretiens menés m'ont permis d'interagir et d'aller à la rencontre des différents professionnels pour saisir au mieux la réalité vécue.

### III. Retour réflexif

#### A. Un apprentissage professionnel

##### a. *Intégration professionnelle*

J'ai vécu par ce stage une véritable intégration dans le sens où j'ai eu l'occasion de m'approprier tout un environnement professionnel. Cette démarche d'assimilation des termes techniques ou des méthodes et dynamiques de projet ne se fait pas d'emblée. Bien que le domaine d'action me soit inconnu j'ai toutefois pu remobiliser mes acquis de l'année en termes de conduite de projet ou encore de processus d'évaluation de politiques de santé. Par ce fait, j'ai pu constater ma bonne capacité à m'adapter, en observant ce qu'il se passait autour de moi dans un premier temps, pour pouvoir ensuite intervenir selon les modes d'action appropriés. De plus, les observations réalisées sur le terrain m'ont rapidement mise en situation et obligée à développer ma posture

d'enquêteur. De fait, cette posture n'est pas, elle non plus, innée. Elle nécessite du tact auprès des enquêtés ainsi qu'une rigueur en ce qui concerne la récolte et l'analyse des matériaux. Ici aussi, ma capacité d'adaptation a été mise à l'épreuve avec succès.

Pour nuancer ces quelques propos, l'intégration professionnelle à laquelle j'ai dû faire face concerne majoritairement l'objet de mon stage et moins l'environnement physique en lui-même qui était inchangé. Aussi le « choc » d'un changement d'univers fut moins grand que pour certains de mes camarades. J'ai, par conséquent, parfois eu le sentiment de ne pas pénétrer dans un univers professionnel nouveau puisque le domaine de la recherche m'était effectivement connu et les locaux également. Ceci n'était alors pas tout à fait vrai puisque j'ai découvert et approfondi le domaine de la pharmacie hospitalière.

#### *b. Qualités professionnelles*

L'autonomie dont j'ai bénéficié durant ces six mois m'a permis d'évoluer, d'aller de l'avant et de prendre des initiatives en cherchant des solutions pour avancer dans mon travail. J'ai apprécié avoir des responsabilités et pouvoir les gérer à ma manière : j'ai effectivement conduit mes observations, monographies ou encore analyses selon mes modes de fonctionnement. Aussi, j'ai construit ma propre organisation autour de l'ensemble de mes tâches quotidiennes. Avec du recul, je considère que ces éléments sont essentiels à un travail efficace.

Aussi, le stage est l'occasion de se découvrir soit même dans un environnement et des situations nouvelles. Il m'a permis de mieux connaître mes capacités et limites. Si je n'ai pas éprouvé de difficultés particulières à m'organiser devant la multitude d'éléments à gérer en même temps, j'ai certainement eu plus d'embarras en ce qui concerne la gestion du temps. Le travail d'analyse et d'écriture peut se révéler long et redondant par manque de structuration de la réflexion. Etre confrontée pour la première fois à cela m'a permis de saisir cette réalité.

De plus, j'ai pris conscience des nombreuses compétences pratiques acquises depuis le début de mes études supérieures. Je ne les avais jusqu'ici jamais mesurées de la sorte et jamais encore mises au service du travail de terrain professionnel. Il est très satisfaisant de pouvoir mener et participer à des projets en tant que collaborateur apportant une expertise. Aussi ma légitimité à agir en tant que professionnel a grandi avec ce stage.

### *c. Missions professionnelles*

Au-delà des précédents éléments, je retiendrai l'aspect dynamisant de ce stage. En effet, j'ai été amenée à rencontrer et échanger avec une multitude d'acteurs différents et cela a réellement enrichi cette période. J'ai particulièrement apprécié observer, décrypter et me mettre à l'écoute de l'autre. Etre au cœur du système m'a permis de saisir la réalité des faits et de les objectiver. Aussi, il est important pour moi de pouvoir être au plus près du terrain pour comprendre les besoins des patients ou des professionnels afin d'adapter au mieux le pilotage, les outils ou dispositifs. A ne pas en douter, mes prochaines missions professionnelles devront posséder ces aspects, aujourd'hui fondamentaux à mes yeux.

Toutefois, un élément m'a posé difficulté durant ce stage et concerne ma capacité à travailler sur une longue période sur le même sujet. Habitée à « jongler » entre différentes disciplines ou thématiques durant les cours, cet aspect m'a manqué. Je me suis effectivement consacrée au même projet tous les jours et j'ai pu constater que certaines périodes sont plus motivantes et productives que d'autres. Aussi, ce focus oblige à avoir une capacité de prise de recul avec la mission, à parfois s'en détacher pour mieux y revenir. Je présume que cette difficulté est inhérente à tout exercice professionnel et qu'elle nécessite de la pratique pour la gérer plus facilement.

### **B. Mission mémoire**

La réalisation du mémoire constitue un des moments phare de la période de stage. Pour ma part, j'ai débuté mon stage en ayant cet objectif bien en tête puisque mes missions étaient étroitement liées au sujet de mon mémoire.

Aussi, l'élaboration d'un tel travail implique de se découvrir dans une situation méconnue jusqu'ici. L'exercice n'est pas des plus faciles mais il est extrêmement formateur.

#### *a. Construire le mémoire*

Tout d'abord, j'ai recueilli énormément de matériaux pour construire ce mémoire du fait de l'enquête que nous menions. Les matériaux étaient si denses que j'ai rapidement dû faire des choix afin de circonscrire le cadre mon mémoire. Aussi, je me suis naturellement tournée vers les évolutions professionnelles liées à la conciliation médicamenteuse plutôt que vers le lien ville hôpital qui intéressait davantage Laurianne du fait de ses précédentes expériences. Mon mémoire étant lié à mes missions de stage, nous avons conclu avec Laurianne et Monsieur Schweyer du partage des objets d'études au cours du stage.

La construction de mon mémoire s'est alors faite dès le moment de la revue de littérature au mois de mars. Je savais que cette mission avait pour double intérêt de m'appropriier la thématique et de constituer un socle de références sur lesquelles je pourrai m'appuyer pour la problématisation et la rédaction de mon mémoire. La construction en tant que telle de mon travail a commencé à partir du mois de juin, moment où j'avais recueilli suffisamment de données pour le mettre en œuvre soit après les retranscriptions des premiers entretiens.

Devant l'ensemble des matériaux, déjà réduits à mes propres missions, j'ai tout de même eu des difficultés à dégager les éléments essentiels et à m'approprier véritablement un sujet. De fait, j'ai mis beaucoup de temps à établir et à fixer un plan. Par ailleurs, ce dernier a beaucoup évolué au fil du temps et au fil des discussions avec mon maître de stage qui sut m'aiguiller dans la bonne direction.

#### *b. Rédiger le mémoire*

*« On peut considérer que le travail d'écriture en sciences sociales tient de l'assemblage d'un puzzle. Il n'intervient qu'après la sélection, le classement des données, la définition des enchaînements: après la mise au point de ce fameux plan détaillé. » (Zaki, 2006)*

Une fois ces étapes réalisées, j'ai pu consacrer un peu plus d'un mois à la rédaction du mémoire. Si j'ai eu des difficultés à gérer mon temps au cours du stage, j'ai retrouvé les mêmes écueils au cours de l'écriture. Quand à certains moments je pensais être dans les temps, je me suis sentie, à d'autres, acculée par le temps qui passe. Certaines journées ont, en effet, été plus productives que d'autres (et il m'a été difficile de l'accepter), persévérant parfois en vain plusieurs heures sur une même idée, une même partie. Je me découvre alors être minutieuse et considère toujours des améliorations au détriment du temps qui passe. Aussi, j'ai réalisé que la prise de distance physique avec l'écriture aide parfois à avoir les idées plus claires.

De même, avec ce travail d'écriture, il n'est pas toujours aisé de prendre du recul par rapports à ses propres productions et considérer la clarté de ses propos tant ils nous paraissent évidents. De plus, j'ai accordé une grande importance à toujours essayer de décrire la réalité sociale telle qu'elle s'est offerte à moi durant mes entretiens et observations et à la retranscrire dans mon écriture.

En définitive, la rédaction est une épreuve peu aisée tant dans la gestion du temps que dans son pilotage. Je retiendrais tout de même le conseil de Mr Campéon de « *ne pas rompre avec l'écriture pendant le stage* ». De fait, mes missions ne m'ont pas permis de le faire et m'ont d'autant plus préparée à la rédaction du mémoire. Durant ce stage j'ai effectivement beaucoup rédigé, ce qui

a, je pense, développé mes capacités rédactionnelles. Au-delà, j'ai appris sur moi et mes capacités à prendre du recul, à demander de l'aide et à prendre confiance dans la qualité de mes productions. Tout cela a été possible grâce à Monsieur Schweyer qui a su valoriser le travail réalisé et exprimer et développer avec tact les moins bons éléments.

En définitive je ne saurai à présent juger objectivement la qualité de mon mémoire tant je m'y suis investie. Au cours de cette expérience, j'ai tenté de tout mettre en œuvre pour être la stagiaire dont l'application et le sérieux pourront être reconnus et mis à profit pour de futures expériences professionnelles.

#### **IV. Perspective professionnelle**

Je ressors de ce stage plus tout à fait la même qu'en y arrivant puisque je me sens désormais capable de m'engager professionnellement ; ce qui n'était pas tout à fait le cas auparavant. Ce stage m'a donc donné la confiance pour réaliser ce premier pas dans le monde professionnel. Aussi, je vois plus clairement les objectifs professionnels de ma formation et me reconnais dans les offres d'emplois.

Grâce à cette immersion professionnelle je suis capable de questionner un objet d'étude connu ou inconnu et peux m'y adapter. Je souhaite d'ailleurs le faire davantage afin d'approfondir des domaines de la santé publique que je n'ai pas encore eu l'opportunité d'aborder.

Enfin ce stage confirme mon souhait d'être un acteur de la recherche et de l'intervention en santé publique. Les missions d'ingénieur d'études correspondent à mon profil et m'offrent cette possibilité de travailler sur des thèmes variés. Aussi, dès le début du mois de septembre je m'engage pour un contrat à durée déterminée à la commission des risques liés à l'environnement du Haut Conseil de la Santé Public à Paris afin de travailler sur la prévention des risques sanitaires en Guyane (risques environnementaux mais aussi infectieux, addictions, santé mentale...). Aussi, je saurais me souvenir de mes acquis issus de ce stage et des autres unités d'enseignements suivies durant ces deux années et espère faire rayonner les formations de master de l'EHESP de la meilleure des façons.

---

## Liste des annexes

---

1. Grille d'anonymisation des entretiens
2. Questionnaire appels patients
3. Synthèse de la revue de littérature
4. Guide d'observation
5. Grilles d'entretiens
6. Analyse des entretiens

## Annexe 1 – Grille d’anonymisation des entretiens

Observation	Anonymat
CHU	1
CHU	2
CHU	3
CHU	4
SSR	5
SSR	6
CH	7
SSR	8
SSR	9
SSR	10

Entretiens	Anonymat
<b>ConParMed</b>	
Assistante sociale	1
Cadre de santé	2
Pharmacien	3
Agent d'accueil	4
Interne en pharmacie	5
PPH	6
PPH	7
PPH	8
PPH	9
PPH	10
Interne en pharmacie	11
Assistant pharmacien	12

Assistant pharmacien	13
<b>Médecins</b>	
Médecin	14
Médecin	15
Médecin	16
<b>Entretiens T0</b>	
Pharmacien	17
Pharmacien	18
Directeur d'établissement	19
Assistant pharmacien	20
Cadre de santé	21

## QUESTIONNAIRE TELEPHONIQUE PATIENT : J+7



**REMARQUE** : Les consignes techniques apparaissent en bleu et sont précédées de cette icône. Elles sont destinées aux enquêteurs, notamment en cas de demande de précision des sujets interrogés.

### INTRODUCTION

Bonjour M/Mme....,

Je suis M/Mme .... Je travaille à l'école de santé publique de Rennes et je me permets de vous rappeler suite à votre dernière hospitalisation

Vous avez accepté de participer à une étude qui a pour but de comprendre comment vous avez vécu votre hospitalisation et votre sortie. Vous aviez tout d'abord rempli un questionnaire papier.

Est-ce que vous vous en souvenez ?

Est-ce que vous êtes toujours d'accord pour y participer et répondre à quelques questions ?

Ça ne durera pas plus de 10 minutes. Est-ce que vous êtes disponible maintenant ? Ou préférez-vous que je vous rappelle un peu plus tard ? Ou que l'on convienne d'un rendez-vous ?

**Je vous rappelle que toutes les informations recueillies aujourd'hui resteront anonymes.**



Si le patient indique qu'il ne se sent pas capable d'y répondre, lui demander si quelqu'un de son entourage peut y répondre à sa place (fatigue, ne se souvient plus de l'hospitalisation...), (le cas échéant, quand le contacter, à quel numéro).

### QUESTIONNAIRE

● **Comment s'est passée votre sortie de l'hôpital ?**

Très bien

Plutôt bien

Ne sait pas

Plutôt mal

Très mal

● **Comment vous sentez-vous aujourd'hui ? Est-ce que vous vous diriez plutôt en bonne santé ? En mauvaise santé ?**  *Plus orienter le patient vers les modalités plus précises dans les questions suivantes*

En très mauvaise santé

En mauvaise santé

En assez bonne santé

En bonne santé

Claire MOUBECHÉ -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2018-2019

En très bonne santé                       Ne sait pas



*Est-ce que je peux maintenant vous poser des questions un peu plus précises sur vos médicaments ? Pendant votre hospitalisation et ensuite à sa sortie*

● **Est-ce que vous avez des médicaments à prendre depuis votre sortie de l'hôpital ?**

Oui  
 Non  
 Je ne me souviens plus

● **Parmi ces médicaments, en avez-vous eu des nouveaux, pendant l'hospitalisation, ou y a-t-il eu des changements dans vos médicaments habituels ?**

Oui  
 Non  
 Je ne me souviens plus

● **Si oui :**

**Est-ce que vous avez reçu des informations sur ces médicaments ?**



*Par exemple, dosage, horaires, effets indésirables*

Oui  
 Non  
 Je ne me souviens plus

● **Si oui :**

**Est-ce que ces informations étaient claires ?**

Oui  
 Non  
 Je ne me souviens plus

● **Au moment de votre sortie de l'hôpital, est-ce que vous connaissiez bien tous vos médicaments (par exemple les changements de posologie, les médicaments arrêtés ou débutés pendant l'hospitalisation)?**



*laisser le patient répondre spontanément et cocher soi-même la case la plus adaptée.*

Oui, tout à fait                       Oui, partiellement  
 Non     Je ne me souviens plus

- **Toujours au moment de votre sortie de l'hôpital, est-ce que vous aviez des questions concernant les médicaments à prendre à votre retour chez vous ?**

- Oui
- Non
- Je ne me souviens plus

- **Si oui :**

**Est-ce que vous avez eu l'occasion de les poser ?**

- Oui
- Non
- Je ne me souviens plus

- **Si oui :**

**Avez-vous eu des réponses à toutes vos questions ?**

- Oui, tout à fait
- Oui, partiellement
- Non
- Je ne me souviens plus

- **Pendant que vous étiez à l'hôpital, avez-vous rencontré un professionnel pour discuter de vos médicaments ?**

- Oui
- Non
- Je ne me souviens plus

- **Si oui :**

**Cet échange vous a-t-il apporté quelque chose ?**

- Oui, tout à fait
- Oui, plutôt
- Non
- Je ne sais pas

- **A votre sortie, vous a-t-on remis un document présentant vos médicaments et les modifications effectuées pendant l'hospitalisation ?**

 [Fiche de conciliation](#)

- Oui
- Non
- Je ne me souviens plus

● **Une fois sorti de l'hôpital, saviez-vous qui contacter si vous aviez une question sur vos médicaments ?**

- Oui
- Non
- Je ne me souviens plus

● **Depuis votre sortie, avez-vous eu un échange avec votre médecin traitant ?**

- Oui
- Non
- Je ne me souviens plus

● **Si oui :**

**D'après-vous, a-t-il reçu des informations concernant votre séjour à l'hôpital ?**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

● **Depuis votre sortie, avez-vous eu un échange avec votre pharmacien, vous ou un quelqu'un de votre entourage ?**

- Oui
- Non
- Je ne me souviens plus

● **Si oui :**

**Qui ?**

- Vous-même
- Un proche/aidant
- Votre IDE
- Autre → précisez : .....

● **Si oui :**

D'après-vous, le pharmacien a-t-il reçu des informations concernant votre séjour à l'hôpital ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

• Avez-vous eu le sentiment qu'il y ait eu un problème de transmission d'information entre l'hôpital et votre médecin traitant ou votre pharmacien ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

 Pour terminer cet entretien, une dernière question :

• Est-ce que globalement, vous avez eu le sentiment que votre sortie était bien organisée ?

- Oui, tout à fait
- Oui, plutôt
- Non
- Je ne sais pas

## CONCLUSION

Merci beaucoup de vos réponses et de votre participation à ce travail de recherche qui nous permettra d'améliorer la prise en charge patients à l'hôpital.

Si vous en êtes d'accord, nous vous rappellerons d'ici 3 semaines pour vous poser quelques questions complémentaires. [Voir avec le patient si un rendez-vous peut être programmé.](#)

## A RENSEIGNER PAR L'ENQUÊTEUR AU DECOURS DE L'ENTRETIEN

L'état cognitif du patient vous a-t-il semblé :

- Normal
- Partiellement dégradé
- Dégradé

Au cours de l'entretien, avez-vous eu besoin de reformuler les questions :

- Oui, systématiquement
- Oui, parfois
- Non, jamais

**Les réponses fournies par le patient vous ont-elles semblées :**

- Adaptées
- Partiellement adaptées
- Non adaptées

**Un aidant est-il intervenu dans l'entretien ?**

- Oui
- Non

**• Si oui, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)**

- Le patient présentait des troubles cognitifs
- Le patient présentait des difficultés à s'exprimer (surdité, troubles de l'élocution...)
- Autre → précisez : .....

**• Si oui, dans quelle mesure ?**

- Tout l'entretien a été réalisé auprès de l'aidant
- L'aidant était auprès du patient et a été sollicité ponctuellement au cours de l'entretien
- L'aidant a été appelé dans un deuxième temps, pour compléter les réponses du patient

**Autre remarque concernant l'entretien :**

.....  
.....

## **Annexe 3 – Synthèse de la revue de littérature**

### **I - Introduction**

#### **A - Le projet ConParMed**

Le projet ConParMed vise à garantir la continuité du parcours de soins médicamenteux du patient âgé. Il a pour objectif d'évaluer l'impact de la conciliation médicamenteuse au niveau de l'expérience des patients et leurs aidants, au niveau clinique, mais aussi médico-économique et organisationnel. C'est ce dernier objectif qui nous intéresse pour ce projet. Il s'agira de réaliser un état des lieux des organisations avant la mise en œuvre de l'intervention (T0) dans les établissements de santé participants et d'évaluer l'impact de la mise en œuvre de l'intervention sur les organisations professionnelles (T1).

Pour cela, on peut distinguer 3 dimensions à l'organisation comme structure :

1. L'organisation en elle-même (et ses règles du jeu) : règlements, procédures, conditions de travail, structures, moyens disponibles, système d'information, etc.
2. Les relations de travail (interactions) : alliance, partenariat, tensions, ajustements, négociations, stratégies, confiance, hiérarchie, intérêts, etc.
3. La culture professionnelle locale : représentations, normes, valeurs, culture pro, engagement, etc.

Si une organisation a des objectifs d'ensemble son fonctionnement se comprend à partir de l'analyse des relations entre ses acteurs. Il existe donc pour ce projet un enjeu d'appropriation des professionnels. Il s'agit de leur capacité à intégrer les modèles et les outils proposés, de s'adapter et s'ajuster à la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse.

Ce projet va ainsi soulever de manière générale la notion de profession dans le champ de la santé et plus particulièrement, les dynamiques professionnelles en jeu, la division du travail ou encore la dynamique d'intégration (exclusion ou encore sentiment d'appartenance) du travail. Effectivement, le modèle des professions établies est questionné en termes de collaboration interprofessionnelle notamment du fait des transformations du système de santé, de l'évolution de la profession pharmacienne mais aussi par les nouveaux besoins des patients.

#### **B - La conciliation médicamenteuse**

La conciliation des traitements médicamenteux est une démarche dynamique qui structure l'organisation de la prise en charge médicamenteuse du patient dans son parcours de soins (HAS, 2018)

Le Collège de la Haute Autorité de Santé en a donné une définition en mars 2015 (consécutivement à l'expérimentation Med'Rec). « *La conciliation des traitements médicamenteux est un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts.* » (HAS, 2018). La conciliation peut alors avoir lieu dans des établissements titulaires d'activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), psychiatrique (PSY), hospitalisation à domicile (HAD), de soins de suite et réadaptation (SSR), ou de dialyse et se structure toujours selon une démarche formalisée constituée de 4 séquences :

1. Recueillir les informations
2. Synthétiser les informations
3. Valider le bilan médicamenteux
4. Partager et exploiter le bilan médicamenteux (HAS, 2018)

→ Il existe 2 types de CM : proactive et rétroactive.

La conciliation médicamenteuse est l'une des démarches de la pharmacie clinique. Il s'agit d' « *une discipline de santé centrée sur le patient, dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique, à chaque étape du parcours de soins. Pour cela, les actes de pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé. Le pharmacien exerce en collaboration avec les autres professionnels impliqués, le patient et ses aidants* » (SFPC, 2017)

D'après la littérature existante à ce sujet, la conciliation médicamenteuse vise de multiples objectifs organisationnels :

- Favoriser le lien ville-hôpital en créant un lien complémentaire entre les professionnels de la ville et ceux de l'hôpital et en impliquant ces premiers pour permettre un suivi médicamenteux des patients à plus long terme.
- L'instauration d'une coopération (coordination) pluriprofessionnelle impliquant une nouvelle communication et répartition des activités des professionnels.

- L'élargissement et valorisation des compétences en formant et en intégrant les professionnels de la pharmacie au sein des services de soins et en développant le contact avec les patients.
- La mise en place d'un système d'information sécurisé et optimisé permettant le fonctionnement du processus de conciliation médicamenteuse sur toute la chaîne de distribution (de l'hôpital jusqu'à la ville).

→ *La standardisation des résultats de la conciliation médicamenteuse tout en ajustant les méthodes de recueil de données.*

La conciliation médicamenteuse s'adresse aux patients âgés de 65 ans et plus <sup>9</sup>. C'est effectivement chez cette population que le taux de polymédication (prendre plus de 5 médicaments quotidiennement) est le plus élevé (Herr et al., 2018). Or, la polymédication expose les personnes âgées à divers risques, en particulier des réactions indésirables aux médicaments, des chutes, un recours accru aux services de soins et la mortalité (Herr et al., 2018). De plus, de nombreuses erreurs médicamenteuses surviennent lors de la transition communauté/hôpital, particulièrement parmi les patients âgés. La conciliation des traitements médicamenteux des patients de plus de 65 ans sécurise leur prise en charge médicamenteuse et participe à la culture de qualité de l'établissement (Boissinot et al., 2014).

## **II - Emergence de la pharmacie clinique**

### **A - Pharmacie clinique et conciliation médicamenteuse**

La pharmacie clinique, née aux Etats-Unis, est une discipline pharmaceutique à part entière qui tend à se développer depuis les années 60. Mode d'exercice particulier de la pharmacie, elle recentre la pratique professionnelle autour du patient et non exclusivement du produit. Charles Walton la définit pour la première fois comme : « *l'utilisation optimale de jugement et des connaissances pharmaceutiques et biomédicales du pharmacien, dans le but d'améliorer l'efficacité, la sécurité, l'économie et la précision selon lesquelles les médicaments doivent être utilisés dans le traitement des patients* » (Ordre national des pharmaciens, 2018).

La pharmacie clinique prend ensuite son essor dans les années 80 puis apparaît en France en 1985 dans le cursus universitaire des étudiants avec l'introduction de la 5<sup>ème</sup> année hospitalo-universitaire permettant aux étudiants d'être, d'une part, en contact avec les patients et les prescripteurs et,

---

<sup>9</sup> L'ensemble des études réalisées se basent sur ce critère d'intégration au protocole de conciliation médicamenteuse.

d'autre part, prendre connaissance du contexte clinique de prescription au sein des établissements de santé (Ordre national des pharmaciens, 2018).

C'est la loi du 8 décembre 1992 qui décrit les premiers contours des missions du pharmacien hospitalier. Aussi, la récente loi du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur, introduit réglementairement la pharmacie clinique dans les missions du pharmacien hospitalier : « le pharmacien de pharmacie à usage intérieur se doit de mener toute action pharmacie clinique [...] avec les autres membres de l'équipe de soins [...] et en y associant le patient » (LégiFrance, 2016)

De façon concrète, au cours du processus de pharmacie clinique, le pharmacien va vérifier la conformité de la prescription, s'assurer du respect des contre indications, identifier les risques d'interaction, proposer des plans de prises, accompagner le patient dans son observance et son suivi biologique (Ordre national des pharmaciens, 2018). Aussi, la conciliation médicamenteuse a permis aux pharmaciens hospitaliers d'entrer dans les services, de rencontrer les patients et de mettre en place des actions de pharmacies cliniques (HAS, 2018)

Si aujourd'hui la conciliation des traitements médicamenteux s'inscrit dans différentes politiques de santé menée par la France (notamment dans l'arrêté du 6 avril 2011 sur la prise en charge médicamenteuse et le parcours global du patient, introduit par la loi HPST de 2009) (Boissinot et al., 2014) sa définition officielle par la HAS est très récente (Vayssette, 2015).

## **B - Les premiers travaux**

Les premiers travaux en France sur la conciliation médicamenteuse trouvent leurs origines dans une initiative de l'OMS à travers le projet High 5s. Ce projet international lancé en 2006 visait à améliorer la sécurité des patients au sein de leur parcours de santé par la mise en œuvre de pratiques standardisées au sujet de la sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins. Menée dans 9 établissements entre 2009 et 2014, sur plus de 27 000 patients de plus de 65 ans, l'enquête a révélé que la conciliation médicamenteuse avait permis d'établir plus de 46 000 divergences médicamenteuses (écart entre le bilan médicamenteux établi à l'admission et la prescription en cours). Dans son bilan la HAS estimait que 5% de ces erreurs auraient pu avoir des conséquences cliniques graves pour le patient (Vidal, 2017).

Le Canada est cependant pionnier en la matière. Cette pratique organisationnelle y est systématique depuis 2006 et rendue obligatoire par l'Agrément Canada, qui évalue tous les 4 ans chaque établissement de santé afin de s'assurer qu'ils évoluent dans l'implantation du bilan comparatif des médicaments (HAS, 2018). Aux Etats-Unis, l'expression Medication Reconciliation est apparue dès 2001 dans les publications américaines et a été promue en premier par l'Institute for Healthcare Improvement à l'issue de travaux réalisés en collaboration avec des établissements de santé. Parmi

les stratégies de terrain adoptées pour réduire le risque d'iatrogénie médicamenteuse, la conciliation des traitements médicamenteux occupe une place importante dans les programmes de sécurisation des soins délivrés aux patients (HAS, 2018)

➤ Sémantique

Effectivement, la dénomination donnée à cette intervention est différente d'une nation à l'autre. La traduction française retenue dès 2009 par la HAS est « conciliation des traitements médicamenteux ». L'expression française est proche de l'expression américaine issue du projet Med'Rec (incorporé à l'étude High 5s) signifiant « Medication Reconciliation ». Il est important de noter qu'en francisant les termes de l'expression, la notion de conciliation perd ainsi toute connotation conflictuelle (HAS, 2018).

→ *Pourtant, cette intervention existe également en ville et se nomme Bilan Partagé de Médication. Aussi la notion de désaccord et ré-entente que sous-entend le terme de conciliation y est absent. C'est également le cas au Canada où l'on nomme l'intervention BCM (Bilan Comparatif Médicamenteux)*

Finalement de plusieurs études nationales et internationales ont été menées au sujet de la conciliation médicamenteuse. Dans les années 90, Johanne Collin évoquait déjà dans son ouvrage *Changement d'ordonnance*, le besoin d'une réflexion axée sur la redéfinition complète de la pratique pharmaceutique (Collin, 1995). La pharmacie clinique devient alors la plate-forme à partir de laquelle se réoriente la réflexion sur le rôle professionnel et social des pharmaciens, le nouveau paradigme autour duquel doit s'organiser leur exercice.

Si cette réflexion existe au Canada depuis les années 90, en France on se saisit de la conciliation médicamenteuse et de ses intérêts véritablement à partir de 2015.

→ *Pourquoi aussi tardivement ?*

### **C – Enquête DGOS (2015)**

A la suite de l'étude High 5s, la Direction générale de l'offre de soins réalise en 2015 une enquête nationale pour connaître le déploiement de cette activité au sein des établissements de santé. Près de 90% des établissements de santé (ES) déclarent réaliser une activité de pharmacie clinique. Ils sont en revanche 22% à avoir déjà fait de la conciliation dans leur structure. La conciliation médicamenteuse est principalement effectuée dans des unités dont la durée de séjours est compatible avec le dispositif. Ainsi, en gynécologie-obstétrique ou aux urgences, où la durée moyenne de séjour (DMS) est courte, la démarche est peu implantée (respectivement 10 et 23%) tandis qu'en médecine hors urgences, en chirurgie, gériatrie, SSR, la conciliation a déjà été pratiquée

(de 41 à 59%). Ce sont les médecins et pharmaciens qui se chargent de la mettre en œuvre dans les unités. Les professions paramédicales telles que les infirmiers(es) diplômés(es) d'état (IDE) et les préparateurs en pharmacie participent aussi à cette activité (respectivement 60 et 48% des établissements les mentionnent) en se concentrant sur une tâche : le recueil des informations (DGOS, 2017). Si le recueil des informations est une activité partagée par tous, la gestion des divergences reste une activité quasi exclusive des professions médicales et pharmaceutiques (HAS, 2018).

L'enquête rapporte que les principales sources d'informations pour la conciliation sont le dossier patient et les ordonnances suivis par les entretiens avec le patient ou l'entourage. L'accueil de la conciliation a été déclaré comme très bon puisque moins de 5% des équipes pharmaceutiques et dans les directions (président de commission et conférence médicale d'établissement (CME)) sont réticents. La réticence est un plus élevée (11%) chez les équipes médicales (DGOS, 2017).

En ce qui concerne les freins au développement de la conciliation, il ressort de l'enquête :

- Un manque de disponibilités des professionnels (94%),
- Un manque d'outil (81%),
- Des systèmes d'information/logiciel métier inadaptés (78%),
- Une méthodologie complexe à mettre en œuvre (75%),
- Un manque de formation aussi bien initiale que continue (74%) (DGOS, 2017).

Malgré la diffusion du concept, des méthodes, puis l'inscription dans les textes qui fondent l'exercice professionnel, le développement de la pharmacie clinique dans les différentes structures de soins en France (et dans le monde) ne s'est fait de manière synchrone, selon le même déploiement, la même priorisation des activités, les mêmes moyens et la même vitesse. Une raison est, sans doute, le temps incompressible qu'il faut pour que les mentalités évoluent, les pratiques s'installent sur le terrain et les expérimentations prennent corps (Allenet et al., 2018)

#### a) *La littérature à propos de la conciliation médicamenteuse*

De manière générale, il n'y a pas d'articles complètement réticents à la conciliation médicamenteuse. C'est un procédé, qui au regard de la revue de littérature établie, semble faire consensus auprès des différentes professions médicales.

→ *Dans la littérature on relève des phrases comme « résistance au changement » (de la part de certains professionnels médicaux), lors des observations on nous confie que « certains chef de services ou médecins ne sont pas favorables à la conciliation médicamenteuse ». Or, il n'y a pas de littérature à propos des raisons qui expliquent ces positionnements.*

La littérature à ce sujet à davantage tendance à traiter du déroulement de la conciliation médicamenteuse : sa mise en œuvre les explications y afférents, les outils à mobiliser pour obtenir une meilleure qualité et sécurité des soins ainsi que les impacts médico-économiques d'une telle intervention. La littérature traite alors des changements structurels inhérents à l'organisation interne du service (mode de fonctionnement, qui fait quoi). Il s'agit là des premiers éléments d'impacts organisationnels.

Les indicateurs associés à la conciliation médicamenteuse sont la performance, la qualité et la sécurité des soins, les coûts inhérents ainsi que les impacts cliniques (qui occupent une place importante). Or, quid des impacts organisationnels et des transformations des pratiques professionnelles qu'implique la mise en place de la conciliation médicamenteuse ?

De plus, les éléments organisationnels décrits correspondent majoritairement aux freins relevés par les auteurs. Or, ce sont ces freins qui sont à lever pour voir les pratiques professionnels et organisationnelles se transformer. Ces freins ainsi pointés soulignent le fait qu'il s'agisse de pratiques non maîtrisées par les professionnels, car ils n'en n'ont pas l'habitude. On est donc bien dans une transformation des pratiques.

En définitive, si les impacts organisationnels liés à la conciliation médicamenteuse ne sont pointés comme tels dans les recensions d'écrits ou bibliographies existantes, des éléments de littérature à ce sujet existent.

## **1. Les impacts organisationnels**

### **a) Les enjeux organisationnels**

La conciliation des traitements médicamenteux implique une nouvelle répartition des activités entre les professionnels obligeant par conséquent à réfléchir aux activités de pharmacie clinique, à leur valorisation et aux moyens y afférents.

Il est ainsi nécessaire d'identifier la nature des professionnels qui participent à la conciliation médicamenteuse mais également comment ils y participent (HAS, 2018). De plus, le besoin de standardisation de la procédure est important (HAS, 2015).

De plus, la mise en œuvre de l'intervention devrait permettre un renforcement du lien social et dialogue entre les équipes à l'hôpital, mais également en ville ou dans d'autres structures :

- Collaboration pluridisciplinaire ville/hôpital/ville (95%)
- Amélioration de l'information-patient (94%)
- Travail en équipe pluriprofessionnelle (93%)
- Partage et optimisation des SIH (85%) (DGOS, 2017).

Ceci implique alors un véritable changement dans les pratiques et les cultures professionnelles (Cousein, 2011). La conciliation médicamenteuse remet en cause les pratiques usuelles pour suggérer de nouvelles façons de faire davantage tournée vers le patient et l'interdisciplinarité des professions médicales.

Parmi les enjeux certains auteurs souhaitent déployer les activités de pharmacie clinique et la conciliation médicamenteuse dans les établissements de santé sans augmenter les ressources humaines disponibles (Duwez, Valette, Foroni, Allenet, 2018). En effet, la mise en place de la conciliation médicamenteuse n'inclut pas toujours le recrutement de personnels faute de moyens budgétaires le plus souvent.

Enfin, l'informatisation de la conciliation des traitements médicamenteux est un enjeu en ce sens qu'elle doit faire gagner du temps aux professionnels qui la gèrent ou qui en utilisent le résultat (HAS, 2018).

→ *Ces enjeux sont transversaux à l'ensemble de la littérature disponible à ce sujet. Cependant, les enjeux retenus sont parfois orientés selon le statut de l'auteur, faisant valoir son point de vue professionnel.*

#### **b) Collaboration pluriprofessionnelle**

Le partage et l'exploitation de la conciliation médicamenteuse concernent l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient (HAS, 2018) Les professionnels de santé qui peuvent être sollicités selon les ressources disponibles sont notamment : le pharmacien, l'interne en pharmacie, l'étudiant en pharmacie, le préparateur en pharmacie, le médecin, l'interne en médecine, l'étudiant en médecine, l'infirmier. Pour optimiser la prescription, un échange collaboratif a nécessairement lieu entre pharmacien et médecin, mais pas uniquement (HAS, 2018). C'est le besoin d'information qui réunit les professionnels (HAS, 2015)

La collaboration interprofessionnelle peut ainsi être définie comme « *un type de pratique professionnelle dans laquelle la recherche de consensus et l'ouverture des territoires professionnels jouent un rôle majeur. Par conséquent, les frontières deviennent floues ou disparaissent. Une équipe [pluriprofessionnelle] se caractérise par un échange volontaire de connaissances, de compétences et d'expertise qui transcendent les frontières disciplinaires traditionnelles* » (D'amour, Ferrada-Videla, San Martin, Rodriguez, Beaulieu, 2005)

Par conséquent, le rôle de chaque professionnel de santé doit être détaillé : en quoi il est émetteur d'une information utile à la réalisation du bilan médicamenteux et en quoi il est récepteur d'informations utiles à la continuité des soins (HAS, 2018).

La collaboration entre médecins et pharmaciens, et plus globalement de l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient, nécessaire lors de la conciliation des traitements médicamenteux est un facteur contributif supplémentaire pour prévenir, intercepter et corriger les erreurs médicamenteuses et ainsi optimiser la pertinence des traitements du patient (HAS, 2015).

➤ La division du travail comme critère de pertinence et efficacité de l'intervention

La mise en place de la conciliation médicamenteuse implique de repenser la division du travail telle qu'elle est pensée aujourd'hui. Cependant des critères d'efficacité se posent.

Nester et Hale ont mis en évidence que si l'historique médicamenteux (analyse détaillée des habitudes de consommation médicamenteuse avant l'hospitalisation) est assuré par un pharmacien clinicien il sera plus complet et plus précis que lorsqu'il était réalisé par une infirmière (Nester.Hale, 2002). Bond et al. ont ainsi pu montrer que la réalisation d'un historique médicamenteux par un pharmacien à l'admission était associée à une réduction de la mortalité, probablement en raison de la mise en évidence précoce des erreurs médicamenteuses et donc leur prise en charge plus rapide (Bond et al., 2006).

→ *Mais en même, pour les professionnels c'est un travail chronophage. Il s'agirait de trouver un équilibre entre la monotonie d'exécution et la précision que possèdent les pharmaciens.*

D'autres études indiquent que tout personnel médical est en mesure de réaliser cet entretien (Duwez, Valette, Foroni, Allenet, 2018). Bardet, docteur en pharmacie, soutient également ce postulat. Enfin, des études danoises et hollandaises ont d'ailleurs montré que le bilan médicamenteux obtenu par un préparateur en pharmacie hospitalière était plus complet que celui obtenu par le médecin (Duwez, Valette, Foroni, Allenet, 2018).

→ *On peut se demander pourquoi ? (Plus de temps passé ? Quelle importance la personne qui réalise le BMO y accorde ? Ce sont éventuellement des indicateurs.*

L'analyse de la littérature montre toutefois que celle-ci peut être optimisée selon le type de professionnel qui la réalise (Bardet, 2016).

→ *Ces informations posent finalement question sur la définition des rôles que chaque professionnel doit adopter. Ces études, bien que scientifiquement documentées, ne sont pas nécessairement objectives au regard de leurs auteurs et intérêts pour leur groupe professionnel. Il est important de prendre du recul par rapport à ces résultats contradictoires.*

A ne plus en douter le pharmacien joue un rôle de pivot dans le dialogue entre les professionnels soignants mais il n'est pas le seul à porter le processus de conciliation médicamenteuse (Cousein, 2011).

→ *En effet, s'il s'agit d'une intervention liée à la pharmacie, la pratique de cette dernière doit être consentie par tous puisque qu'il s'agit d'un travail en collaboration entre la sphère médicale et la sphère pharmacienne.*

➤ La communication

Si la collaboration entre les professionnels de santé est indispensable pour une prescription de qualité, la communication entre ces derniers est la condition d'une réussite de cette collaboration (Bussereau, 2014).

L'acceptabilité des propositions faites par les pharmaciens cliniciens est un critère particulièrement important car il met en évidence l'évolution de la relation médecin-pharmacien (Bedouch, Bardet, Calop, Allenet, 2012). Le taux moyen d'acceptation des interventions pharmaceutiques par les médecins est de 85,5%. Plusieurs facteurs sont associés à un taux élevé d'acceptation, tels que la durée, le type de communication, la sollicitation active ou non, le type de médecin et le type de pharmacien (Klopfer, Einarson, 1990).

Bedouch et al. (70) mettent en évidence l'importance des modalités de communication avec le médecin puisque le taux d'acceptation était plus élevé en cas de transmission verbale des interventions pharmaceutiques par rapport à la simple transmission informatique (Bedouch et al., 2005). *(C'est d'ailleurs quelque chose que l'on a pu constater dès la première immersion sur le terrain)* De même, l'acceptabilité des interventions pharmaciennes en cas de transmission au cours de la visite de service des médecins est meilleure. Dans des unités de soins où les pharmaciens participaient à la visite des médecins, l'acceptation par les médecins était de 99% lorsqu'elles étaient formulées par le pharmacien clinicien au cours de la visite contre 85% en cas de transmission en dehors de la visite (Bedouch, Bardet, Calop, Allenet, 2012).

→ *Ce n'est peut-être pas le cas dans tous les ES*

Il en ressort que la dynamique de la collaboration est basée sur les sentiments d'interdépendance et de confiance entre les deux professionnels. Ces deux composantes reposent sur la perception et les attentes professionnelles vis-à-vis de l'autre, l'évaluation de ses compétences et l'intérêt personnel pour la pratique collaborative (Bardet, 2016). La définition des rôles de chacun et la communication apparaissent à la fois comme des outils pour aider au développement de la collaboration et des indicateurs de son degré d'évolution (Bardet, 2016). De plus, il est nécessaire de penser une communication à double sens, c'est-à-dire une communication par et pour l'organisation mais également à destination de la ville. L'hôpital se doit de prévenir le médecin traitant de l'hospitalisation de son patient, cependant c'est à lui de demander des nouvelles au cours du séjour (Bussereau, 2014).

→ *Finalement, la littérature relève le besoin d'élaborer de nouvelles formes de communication pour la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse.*

➤ La gestion du temps

On peut relever que l'organisation du temps est présente dans l'ensemble de la littérature. Le temps est donc un élément qui représente un indicateur d'ordre organisationnel.

Pour certains auteurs, il apparaît que le temps est une contrainte au déploiement de la conciliation médicamenteuse. La durée moyenne par patient peut beaucoup varier d'une équipe à l'autre, mais dure généralement 45 minutes environ, temps que les médecins n'ont pas forcément (Friedl, 2014)

→ *Les chiffres à ce sujet sont très différents selon les établissements et peuvent aller de 30 min à 70 min. Notons que la conciliation d'entrée prend généralement plus de temps qu'à la sortie.*

On retrouve aussi des difficultés par rapport aux durées d'hospitalisation (lors des séjours courts, les patients ne restent que quelques jours dans les services et les équipes n'ont pas nécessairement le temps de voir le patient à l'entrée à la sortie de l'hospitalisation), mais aussi par rapport aux horaires de sortie (les patients peuvent sortir de l'hôpital à tout moment de la journée et parfois à la dernière minute, ce qui laisse assez peu de marge de manœuvre aux pharmaciens pour réaliser les conciliations). Enfin, la disponibilité des principaux acteurs de la conciliation (médecin traitant, prescripteur hospitalier, famille du patient etc...) est pointée comme un frein à la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse. Cette contrainte de temps peut alors altérer la qualité du recueil de l'historique médicamenteux et de la conciliation de manière générale (Bardet, 2016).

Certains auteurs, comme L. Boissinot, interne en pharmacie, cette démarche représente un investissement important en termes de temps.

→ *Ceci n'est pas à voir négativement, il s'agit simplement d'une activité coûteuse en temps et qui mobilise du personnel.*

Dans toute la contradiction que cela comporte, d'autres auteurs estiment que la CM peut faire gagner du temps « un gain de temps découle de cette organisation qui implique les pharmaciens » (Bardet, 2016). Il en résulte une dynamique professionnelle et une augmentation de la productivité qui s'appuie notamment sur le gain de temps pour chaque professionnel de l'équipe. Par exemple, l'estimation de ce gain de temps est de l'ordre de 30 à 40% d'un équivalent temps plein infirmier pour un établissement médico-social de 90 lits (Thierry, 2012). Avec la conciliation, le CH Lunéville passe à une organisation structurée et centralisée qui fait gagner du temps au médecin, à l'infirmier. Le travail est concentré sur les préparateurs, les étudiants en pharmacie et les pharmaciens (Vaysette, 2015).

➤ Lien ville-hôpital

Pour rendre la conciliation des traitements médicamenteux effective, l'établissement de santé collabore avec les acteurs de ville et le patient. Il sera important pour obtenir l'adhésion des professionnels de ville de souligner ce qu'apporte la conciliation des traitements médicamenteux dans la sécurité des soins du patient (HAS, 2018).

Cependant, l'ensemble des enquêtes sur la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse fait état des lieux du nombre de conciliations d'entrées réalisées et du nombre de conciliation de sortie réalisées. Il s'avère que le nombre d'entrée est bien supérieur à celui des sorties. (Reprendre les chiffres).

→ *Pourquoi un tel écart ? Pas d'explications dans la littérature. Dans la réalité les contraintes de temps et d'organisation (sortie au dernier moment, une personne sur 2 services, etc.) sont mises en avant (d'après compte-rendu des observations).*

Cela crée alors un déséquilibre dans la circulation de l'information entre l'hôpital et la ville. La ville émet des informations à l'hôpital pour la conciliation d'entrée mais l'hôpital, au moment de la sortie du patient, a moins recours à la conciliation de sortie qui vise principalement à renvoyer l'information finale (nouvelle prescription et explications des changements) aux émetteurs (pharmacie de ville, médecins traitants, EHPAD). Il est nécessaire de créer un équilibre dans la communication pour assurer un suivi bénéfique au patient.

### **c) Notion de compétences et missions**

La notion de compétences dans son acception la plus large est centrale pour la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse.

Si chaque professionnel bénéficie de ses propres compétences pour faire fonctionner la conciliation médicamenteuse, il est tout de même nécessaire de recourir à la standardisation d'un socle commun minimum d'acquis pour débiter. Ceci implique alors :

- la formalisation et l'appropriation des outils mis à disposition de chaque professionnel pour mettre en œuvre l'activité de conciliation ;
- la formation des professionnels impliqués dans le processus indispensable pour qu'ils puissent développer cette activité au sein de leur établissement (HAS, 2015)

Il s'agit ensuite de déterminer qui pratique quoi, occasionnellement ou régulièrement, qui est formé, d'évaluer le niveau de polyvalence et d'éviter les glissements de tâches. Le but étant, *in fine*, de recentrer chaque professionnel sur son expertise métier (HAS, 2018).

En parallèle, l'exercice pluriprofessionnel s'accompagne inévitablement d'une redéfinition des missions des professionnels de santé, leur permettant de développer de nouvelles activités dans le cadre de la prise en charge des patients (Bardet, 2016)

➤ Le mode d'exercice de la pharmacie clinique

Dans l'organisation hospitalière la conciliation médicamenteuse implique qu'un pharmacien soit régulièrement présent dans l'unité de soins, qu'il en connaisse les membres et le fonctionnement interne. Ainsi, le pharmacien clinicien exerce son activité en étant intégré au sein des services lui permettant d'évoluer vers un véritable mode d'exercice collaboratif. (Bardet, 2016). Il s'agit finalement d'un nouveau mode d'organisation où le pharmacien joue un véritable rôle de « copilote » dans la mise en place et le suivi de la stratégie thérapeutique médicamenteuse car il peut aider le médecin (« le pilote ») au moment de la prise de décision thérapeutique. (Bardet, 2016) Par exemple, Boyko et al., ont montré que les patients hospitalisés traités par une équipe soins incluant un pharmacien présentaient une durée d'hospitalisation raccourcies et des coûts en médicaments et hospitaliers plus faibles que les patients traités par une équipe n'incluant pas de pharmacien. En raison de leur formation de leurs compétences spécifiques sur le médicament, les pharmaciens offrent une expertise clinique unique qui contribue à l'amélioration de l'utilisation des médicaments et du suivi des patients (Boyko et al., 1997).

→ La méta-analyse de Chissholm-Burns montre un impact positif de l'intégration du pharmacien au sein d'équipe de soins sur plusieurs types de critère de jugement clinique et humanistiques (Chilssholm-burns, 2011)

→ La revue de littérature réalisée par Nkansah et al. pour la collaboration Cochrane, confirme que l'implication des pharmaciens dans la gestion de la thérapeutique médicamenteuse en collaboration avec les autres pros de santé améliore la prise en charge des patients ambulatoires. Aussi, l'intégration des pharmaciens cliniciens dans les équipes soignantes, en secteur hospitalier ou ambulatoire, présente une évolution dans l'organisation du système de soin afin d'assurer une haute qualité de soin tout en diminuant les coûts (Nkansha et al. , 2011).

De plus, l'activité du pharmacien clinicien ne se limite pas aux interactions avec le personnel médical (Bardet, 2016), il est aussi en contact direct avec le patient. Par ailleurs, les jeunes pharmaciens se sentent à leur place en pratiquant cette activité car ils sont au contact des patients et des médecins (Cousein, 2011).

Pour un professionnel de pharmacie à l'hôpital, le contact auprès du patient est une nouveauté. Ses pratiques se diversifiant, il doit alors adopter de nouvelles postures professionnelles.

➤ Diversification des pratiques pharmaceutiques (exemple de l'éducation thérapeutique)

Avec la mise en place de la conciliation médicamenteuse, le pharmacien clinicien va au devant des patients et l'accompagne tout au long de son hospitalisation. Il est nécessaire que ce dernier adopte

et développe ainsi une posture d'écoute qui ne faisait jusqu'alors pas partie de ses missions quotidiennes.

Le pharmacien peut également être un levier pour l'éducation thérapeutique du patient à la seule condition qu'il soit formé aux concepts et aux pratiques de l'ETP. Il s'agit pour le pharmacien, de partir des besoins relatifs à la médication des patients (exprimés ou révélés). Cette stratégie passe par l'adoption d'une posture d'écoute active, de la définition d'objectifs éducatifs adaptés aux besoins de chaque patient, de la mise en œuvre de moyens adaptés aux objectifs négociés (nécessité d'acquisition de compétences pédagogiques, en termes de mobilisation du patient, d'aide à la révélation de ses besoins, d'accompagnement des apprentissages, de maintien et de suivi de sa motivation) puis l'évaluation de l'atteinte de ces objectifs (Allenet, 2012).

L'ETP implique que tout programme soit coordonné : cela implique des échanges entre intervenants et avec l'extérieur, en particulier le médecin traitant informé.

En synthèse, l'investissement en ETP nécessite pour le pharmacien de respecter qq mots-clés :

- Equipe pluri-professionnelle
- Formation
- Action formalisée et valisée en équipe pluriprofessionnelle
- Redéfinie selon les besoins de chaque patient
- Evaluée
- Avec comme sous-bassement une expertise médicamenteuse forte (Allenet, 2012)

➤ Quelle est la place du PPH dans ce système d'action ?

Des études internationales récentes soutiennent l'implication du préparateur en pharmacie hospitalière (PPH) dans cette activité, mais son rôle reste peu structuré en France. Le PPH pourrait être une ressource intéressante pour le déploiement de la conciliation médicamenteuse en France. Notons que les Etats-Unis et le Canada, en avance sur la France dans la mise en œuvre de cette intervention, indiquent avoir déjà impliqué les PPH (Duwez, Valette, Foroni, Allenet, 2018).

Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière décrit plus précisément les activités principales du PPH et compétences attendues dont le fait de conseiller le patient et son entourage dans le cadre du projet personnalisé du patient, analyser les prescriptions, les demandes de médicaments ou de produits ou les ordonnances » (Répertoire des métiers de la santé). La fiche métier du ministère des Solidarités et de la Santé précise que le PPH est « rigoureux et méthodique, il connaît parfaitement les médicaments et leur usage » et que « sans se substituer au médecin ou au pharmacien, le préparateur doit savoir répondre aux inquiétudes, expliquer et rassurer » le patient

(Les fiches métiers). Ainsi, il semble que le PPH puisse être un acteur légitime dans le processus de CTM en France (Duwez, Valette, Foroni, Allenet, 2018).

Dans l'étude menée par Duwez, la majorité des préparateurs ont estimé que le PPH avait parfaitement sa place dans les activités de pharmacie clinique. Bien que cette notion ne lui soit pas toujours familière à l'origine, elle représente une vraie perspective d'évolution du métier et une revalorisation de ses activités (Duwez, Valette, Foroni, Allenet, 2018).

La formation est un autre élément majeur du projet : peu de PPH sont actuellement formés dans le domaine de la pharmacie clinique. S'ils ont les connaissances des produits et de la pharmacologie nécessaire à la réalisation des bilans de médication, ils manquent en revanche de savoir-faire en termes de technique d'entretien ou pour d'obtenir les informations pertinentes auprès des différentes sources disponibles. La validation de l'information recueillie par le PPH reste de la responsabilité du pharmacien (Duwez, Valette, Foroni, Allenet, 2018).

Aussi, une évolution de la formation « école » des PPH est nécessaire car insuffisamment portée sur la « relation patient » et la culture « pharmacie clinique » (Duwez, Valette, Foroni, Allenet, 2018).

## **2. Les freins organisationnels**

La littérature montre un ensemble de freins d'ordre organisationnels qui empêchent ou gênent la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse.

Tout d'abord, le manque de formation des professionnels. Pharmaciens au contact des patients, médecins (et internes) devant s'adapter à un nouveau mode de prescription (concerté et co-construit) ou encore tous professionnels confondus lors de l'utilisation des logiciels internes sont autant d'éléments qui indiquent le besoin de formation des professionnels impliqués dans la conciliation médicamenteuse.

Ainsi, disposer de programmes de formation initiale et de développement professionnel continu (HAS, 2018) permettrait de une formation à propos de façons de faire (tournées vers les besoins du patient) et l'apprentissage de certaines techniques d'écoute active, de négociation ou de renforcement de la motivation du patient par le pharmacien. Pour Allenet, ces dispositifs sont raisonnablement accessibles aux contraintes organisationnelles et financières (Annet, 2012) de l'hôpital.

On relève également dans la littérature le facteur de « résistance au changement des professionnels ». Cependant, il n'est jamais pleinement explicité. Il s'agit en réalité du taux d'acceptation qu'on les professionnels à changer leur pratique.

→ *Pas vu sur le terrain puisque l'on va uniquement dans les services où la conciliation à lieu mais certains interlocuteurs expriment que certains médecins sont complètement réticents à la conciliation médicamenteuse sans que l'on sache pourquoi.*

Par ailleurs, les relations insuffisantes entre professionnels des soins de premier recours et hospitaliers (HAS, 2018) sont mises en lumière comme un frein à la conciliation. Une sous-partie y est consacrée avant, à l'image du facteur temporel.

Enfin, tout un questionnement à lieu autour de la pharmacie ambulatoire. Si le pharmacien de ville semble être un interlocuteur intéressant pour la réalisation de la conciliation, il n'est actuellement en France pas totalement intégré dans le processus (Bussereau, 2014) ce qui est un frein à la circulation de l'information à propos du patient. La collaboration entre médecins hospitaliers – médecins traitants – pharmaciens hospitaliers existe, mais le pharmacien d'officine y est absent parce qu'il est parfois difficile d'obtenir des coordonnées fiables de la pharmacie d'officine (Boissinot, 2014)

Enfin, il est un dernier frein qui concerne l'organisation spatiale de la conciliation. Penser un lieu au sein des services pour les professionnels impliqués dans la conciliation médicamenteuse leur permettrait de se sentir intégrés à l'équipe médicale, ce qui augmenterait le sentiment d'interdépendance nécessaire à l'intervention. Au-delà, une proximité physique entre le poste du PPH et le pharmacien (mais aussi les unités de soins) permet de faciliter la communication et la coopération dans la résolution de problèmes pharmaceutiques (Duwez, Valette, Foroni, Allenet, 2018).

Les freins ici décrits ne sont pas exhaustifs aux difficultés résiduelles de la mise place de la conciliation médicamenteuse. Cependant, c'est en levant ces freins que sa réalisation sera facilitée et fluidifiée.

### **3. Les systèmes d'informations**

Face aux freins que nous venons d'explicitier, il existe un besoin de partage et d'optimisation des systèmes d'informations. Un système d'information est un ensemble organisé de ressources qui permet de collecter, stocker, traiter et distribuer de l'information (De Courcy, 1992), en général grâce à un ordinateur. Il s'agit d'un système socio-technique composé à la fois de la structure organisationnelle (comme les personnes liées au système d'information) et de technologique (Piccoli, 2012).

En effet, la conciliation médicamenteuse implique nécessairement un ajout de ce type de ressource technologique puisque la conciliation repose sur le partage d'informations entre les professionnels de santé (communautaire et hospitalier). Un outil doit donc être instauré pour ce faire.

→ *Les pratiques professionnelles changent aussi il est logique d'adapter des outils pour rendre ces nouvelles pratiques opérationnelles.*

Le manque de communication pointé dans la relation ville-hôpital au sujet de la conciliation est expliqué par certain auteur à cause de l'absence de système d'informations partagées entre la communauté et l'hôpital. → *Système d'informations sécurisée puisqu'il contient des données privées et sensibles.*

## **Bibliographie de la revue de littérature**

### **Littérature grise**

Haute Autorité de Santé, Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé : sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins, février 2018

Haute Autorité de Santé, Initiative des HIGH 5s : Medication Reconciliation. Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français, septembre 2015

Ordre national des pharmaciens, La pharmacie clinique : état des lieux et perspectives d'une discipline en développement, Les cahiers de l'ordre national des pharmaciens, n°13, décembre 2018

### **Articles et ouvrages**

Allenet et al., De la dispensation au plan pharmaceutique personnalisé : vers un modèle intégré de pharmacie clinique, *Le pharmacien hospitalier et clinicien*, vol.53, n°4, octobre 2018

Allenet, Pour que l'éducation thérapeutique du patient devienne pour le pharmacien une posture de travail, *Annales Pharmaceutiques Françaises*, n°70, 2012, pages 53-57

Bardet, Les pratiques pharmaceutiques collaboratives en soins de premiers recours dans le contexte de l'émergence des TIC, Université grenoble alpes ; 2016

Bedouch, Bardet, Calop, Allenet. L'iatrogénèse médicamenteuse: quels enjeux pour la pharmacie clinique? Association Nationale des Enseignants de Pharmacie Clinique, editors. *Pharmacie clinique et thérapeutique*. 4ème ed. Elsevier Masson; 2012. p. 9-21.

Bedouch et al., Diffusion des opinions pharmaceutiques dans le cadre d'une activité de pharmacie clinique en unité de soins. *Thérapie*, 2005

Boissinot et al., Conciliation des traitements médicamenteux en gériatrie : pertinence et faisabilité, *Pharmactuel*, n°47 (2), 2014

Bond, Fashp, Rael, Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and adverse drugs reactions in united states hospitals, *Pharmacotherapy*, 2006 ; 26(6) :735-47. (*dans Allenet, 2012*)

Boyko et al., Pharmacist influence on economic and morbidity outcomes in a tertiary care teaching hospital. *Am J Health Sysy Pharm*, 1997

Bussereau, L'ordonnance de sortie hospitalière, un support utile pour une transmission efficace de l'information entre le secteur hospitalier et ambulatoire ? Enquête d'opinion auprès de 13 médecins généralistes bretons, faculté de médecine, université Rennes 1, décembre 2014

Chisholms-Burns et al., US pharmacists' effect as team members on patient care : systematic review and meta-analyses, *Med Care*, 2011

Collin, Changement d'ordonnance : mutations professionnelles, identité sociale et féminisation de la profession pharmaceutique au Québec, 1940 – 198., Ed. Boréal, Canada, 239p

Cousein, La conciliation médicamenteuse. Dossier, *Le moniteur hospitalier*, n°233, février 2011

D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez, Beaulieu. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. 2005 May;19 Suppl 1:116-31

De Courcy R., Les systèmes d'information en réadaptation, Québec, Réseau international CIDIH et facteurs environnementaux, 1992, no 5 vol. 1-2 p. 7-10

Duwez, Valette, Foroni, Allenet, Implication du préparateur en pharmacie hospitalière dans le déploiement de la conciliation des traitements médicamenteux en France : représentations et engagement des préparateurs, Annales Pharmaceutiques Française, 2018

Friedl, Le patient face aux modifications de traitement après une hospitalisation : intérêt du pharmacien clinicien dans la conciliation médicamenteuse de sortie, Université Toulouse III Paul Sabatier, 2014

Herr et al., Fragilité des personnes âgées et consommation de médicaments : polymédication et prescriptions inappropriées, Questions d'économie de la santé (IRDES), n°230, février 2018

Klopper, Einarson. Acceptance of pharmacists' suggestions by prescribers : a literature review. Hosp Pharm, 1990

Nkansah et al., Effect of outpatient pharmacists' non-dispensing role on patient outcomes and prescribing patterns, Cochrane Database Syst Rev, 2011

Nester, Hale, Effectiveness of a pharmacist acquired medication history in promoting patient safety. Aler J Health Syst Pharm, 2002, 59(22):2221-5 (dans Allenet, 2012)

Piccoli, *Information Systems for Managers*, Wiley, 2012, 538 p

Thierry M. Evaluation de l'expérimentation de l'intégration des médicaments dans le forfait soins des EHPAD. Paris: Inspection Générale des Affaires Sociales; 2012.

Vaysette, De plus en plus de conciliation médicamenteuse, Réseaux, santé & Territoire, n°64, Octobre 2015

## Sitographie

Direction Générale de l'Offre de Soins, La conciliation médicamenteuse : enquête sur son déploiement nationale, mai 2017, consultable à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/la-conciliation-medicamenteuse/article/la-conciliation-medicamenteuse-enquete-sur-son-deploiement-nationale>

LégitFrance, Ordonnance n°2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur, consultable à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033616692&categorieLien=id>

Préparateur en pharmacie. Les fiches-métiers, consultable à l'adresse : <http://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante>.

Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie de la fonction publique hospitalière. Consultable à l'adresse : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr>.

Société Française de Pharmacie Clinique, La pharmacie clinique, 2017, consultable à l'adresse : <http://sfpc.eu/fr/la-sfpc.html>

Vidal, Conciliation Médicamenteuse : après avoir vérifié son utilité, la HAS publie un guide et des outils pratiques, janvier 2017, consultable à l'adresse : [https://www.vidal.fr/actualites/20732/conciliation\\_medicamenteuse\\_apres\\_avoir\\_verifie\\_son\\_utilite\\_la\\_has\\_publie\\_un\\_guide\\_et\\_des\\_outils\\_pratiques/](https://www.vidal.fr/actualites/20732/conciliation_medicamenteuse_apres_avoir_verifie_son_utilite_la_has_publie_un_guide_et_des_outils_pratiques/)

## **Annexe 4 – Guide d’observation**

### **Introduction**

- L’organisation en elle-même : structure (MCO, SSR), règlements, procédures, conditions de travail.
- Les relations de travail : interactions, hiérarchie, partenariat, tensions, ajustements, confiance

### **Objectifs organisationnels**

- Favoriser le lien ville-hôpital
- Coopération pluriprofessionnelle
- Elargissement et valorisation des compétences de chaque groupe professionnel impliqué
- Mise en œuvre d’un système d’information efficient
- Standardisation de la procédure et adaptations possibles

### **Les freins**

- Manque de disponibilité des professionnels
- Manque d’outil
- Système d’information inadapté
- Méthodologie complexe à mettre en œuvre
- Manque de formation
  - o Comment on observe ces freins
  - o Sont-ils pallier ? comment ?

### **Le processus (éléments tangibles)**

#### **• Phase 1 : missions et compétences**

- La nature des professionnels qui participent : quelles sont les ressources humaines allouées à la conciliation (différent selon les lieux)
- Comment ils participent : qui fait quoi ?
- Qui est formé, à quoi ?
  - o Le contact patient
- Posture professionnelle adoptée, écoute, niveau d’attention
- Mise en place de l’ETP ? Qui ? Comment ? Pourquoi ?
- Formation
  - o PPH
- Rôles et missions
- Degré d’implication, selon le CH
- Quels savoir-faire
  - o Pharmacien
- Rôles et missions
- Hiérarchie
  - o Pharmacie de ville
- Quelle circulation de l’information
- Quels sont leurs besoins exprimés

- Difficultés à obtenir des coordonnées fiables
- **Phase 2 : la collaboration**
  - Qui émet quelles informations
  - Division du travail : où s'arrêtent les tâches des uns et où commencent celles des autres ? est-ce clair ?
  - **Phase 3 : la communication**
  - Dialogues : nature des dialogues, durées des échanges, qui est à l'initiative de l'échange, aisance de l'échange – selon les professionnels qui interagissent
  - Propositions faite par le pharmacien au médecin prescripteur : quelles sont leur nature, sous quelle forme, acceptabilité moyenne
    - Communication ville-hôpital
  - Communication à double sens : comment a lieu la communication avec la ville au moment de la conciliation d'entrée, comment se réalise-t-elle ? A la sortie, est-ce que les informations sont renvoyées selon le même circuit de départ ?
  - **Le temps**
  - Durée d'une conciliation, à l'entrée, à la sortie
  - Quelles sont les difficultés liées au temps
    - Organisation spatiale
    - Les systèmes d'informations

#### **Les effets (vécus et perceptions)**

- Gain de temps
- Activité chronophage
- Place occupée par la pharmacie dans les services
- Comment ressent-on la capacité que les professionnels ont à intégrer (ou ont eu) le modèle et les outils liés à la conciliation
- Renforcement du lien social du fait d'une plus grande collaboration entre la ville / amélioration de l'information patient / travail en équipe pluriprofessionnelle / effectivité du système d'information

Résistance au changement : taux d'acceptation qu'ont les professionnels à changer leurs pratiques

Objectifs	Processus de <b>production de la conciliation</b> : ce que l'on observe dans les faits	<b>Effets de la conciliation</b> : perceptions et vécus professionnels
<b>ORGANISATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le service</li> <li>- La mise en place de l'intervention</li> <li>- Les conditions de travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment ressent-on la capacité que les professionnels ont à intégrer (ou ont eu) le modèle et les outils ?</li> <li>- Quelle « résistance au changement » ?</li> </ul>
<b>MISSIONS &amp; COMPETENCES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PPH</li> <li>• Pharmacien</li> <li>• Externe de pharmacie</li> <li>• Interne de médecine (médecin)</li> <li>• Pharmacie de ville</li>   <li>• Le contact patient</li> <li>• L'ETP</li> </ul>	<p>Quelles sont les ressources humaines allouées ? Qui fait quoi ?</p> <p>Rôles et missions</p> <p>Quels savoir-faire</p> <p>Quelles relations de travail</p> <p>Quelles hiérarchies</p> <p>Quelles attentes et besoins pour chaque profession</p> <p>Quelle posture professionnelle est adoptée ?</p> <p>Formations reçues ? Besoin exprimé ?</p>	<p>Perceptions / avis par rapport à la CM (chronophage, adaptée à quels postes ?)</p> <p>Place occupée dans le service. Quelle considération ?</p> <p>Quels rapports entre les professionnels ?</p> <p>Apports (réciproques), tensions, partenariat, ajustement, confiance</p> <p>Degré d'implication dans la CM (dépend des professionnels et des services)</p> <p>Niveau d'acceptation qu'ont les professionnels pour changer leurs pratiques professionnelles</p> <p>Niveau d'aisance, de difficulté</p>
<b>LIEN VILLE-HOPITAL</b>	<p>Quelle circulation de l'information, quels échanges ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A l'entrée</li> <li>- A la sortie</li> </ul>	<p>Quel vécu ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour les professionnels de l'hôpital</li> <li>- Pour les professionnels de la ville</li> </ul>

Claire MOUBECHÉ -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2018-2019

	Rôle du lien ville-hôpital ? Soutenu par qui ? Il y-a-t-il des attentes et des besoins particuliers exprimés ?	Ce qui est facile Quelles difficultés ?
<b>COLLABORATION PLURIPROFESSIONNELLE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Division du travail</li> <li>• Communication</li> <li>• Temps</li> <li>• Organisation spatiale</li> </ul>	<p>Qui émet quelles informations ? A qui ? Comment ? Où s'arrêtent les tâches des uns et où commencent celles des autres</p> <p>Quels dialogues, échanges ? Qui ? Fréquence et durée des contacts (selon les professionnels qui interagissent) A quels moments ? Avec qui ? (moment privilégiés pour interagir) Acceptabilité des propositions (du pharmacien au médecin et réciproquement). Comment ? Quelle formulation ?</p> <p>Durée d'une conciliation Nombre de conciliations réalisées</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrée</li> <li>- Sortie</li> <li>- Après sortie : pourquoi ? comment ? quelle circulation de l'information</li> </ul> <p>Aménagement du tps ? Qui ? Dans quelles conditions ?</p> <p>Espace dédié ? Comment ?</p>	<p>Quelle fluidité ?</p> <p>Est-ce clair ?</p> <p>Aisance, fluidité, retenue, difficulté, attention portée, réception</p> <p>Qui est davantage contraint ? (attente de l'autre par exemple)</p> <p>Quelles facilités, tensions ?</p> <p>Quelles difficultés liées au temps En finalité : gain de temps, perte de temps ?</p> <p>Qu'est-ce que cela apporte ? Qu'est-ce que ça freine ?</p>

Claire MOUBECHÉ -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2018-2019

<p><b>SYSTEME D'INFORMATION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avant HospiVille</li>   <li>• Utilise HospiVille</li> </ul>	<p>Quoi ?  Comment ?  Formation ?  Connaissance d'HospiVille et du basculement ?</p> <p>Quoi avant ?  Pourquoi changer ?  Comment s'est passé le déploiement ?  Formation réalisée ?  Qui a accès ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pharmaciens</li> <li>- Médecins</li> <li>- Infirmières ?</li> </ul> <p>(uniquement un logiciel de pharmacie clinique ?)  Quelle interopérabilité du logiciel entre les professionnels ?</p>	<p>Quels ressentis sur l'utilisation ?  Quelle maniabilité ?  Fluidité ?</p> <p>Bon outil ?  Quelle maniabilité ? Fluidité ? Lourdeur ?  Retour d'expérience réalisée ?  Sentiment de prise en compte et d'écoute des remarques ?</p> <p>(Qui transpose, lourdeur ?)</p>
<p><b>LES FREINS (DGOS)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de disponibilité des professionnels</li> <li>• Manque d'outil</li> <li>• Système d'information inadapté</li> <li>• Méthode complexe à mettre en œuvre</li> <li>• Manque de formation</li> </ul>	<p>Observe-t-on ces freins ? Tous ?  Quelles formes prennent-ils ?  Sont-ils pallier ? Comment ?  D'autres freins dans Conparmed ?</p>	<p>Occupent-ils beaucoup de place dans l'invention ?  Adaptabilité de l'équipe  Capacité à dépasser les difficultés  Niveau de motivation</p>

Claire MOUBECHÉ -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2018-2019

## Annexe 5 – Grilles d'entretien

### 1. Pharmacien

#### ➤ **Présentation / Formation**

- Pouvez-vous vous présenter ? Quel est votre parcours professionnel ?
- Avez-vous reçu une formation spécifique pour la conciliation ? Dans quel cadre ?
- Comment abordez-vous la rencontre avec le patient ? Les rencontres sont-elles globalement plutôt faciles ou compliquées pour vous ?

#### ➤ **Organisation / déroulé / comm**

- Comment s'organise une journée type ?
- Quelle place occupe le travail de conciliation par rapport à votre activité ?
- Quel rôle avez-vous par rapport à la conciliation ?
  
- Comment s'est passé votre intégration dans les services ? Comment vous êtes-vous organisé ? (et avec l'équipe pharma)
- Quelle démarche d'adaptation avez-vous dû mettre en place dans le service et auprès des équipes ?
  
- Quels liens entretenez-vous avec les autres acteurs de la conciliation (pharma/med) ?
- Comment se passe la communication avec les différents membres actifs dans le processus de la conciliation plus particulièrement ?
- Dans ce partage du travail, qu'est-ce qui est facile et qu'est-ce qui l'est moins ?
- Qu'est-ce que vous en pensez personnellement ?
- Avez-vous l'impression que des habitudes se sont créées ? Comment ?
  
- Comment qualifieriez-vous les relations avec vos collègues (autorité, pédagogiques, amicaux...) ?
- Avez-vous des réunions internes régulières ? Des échanges (formels/informels) ?
- Est-ce que cette organisation vous convient comme cela ?

#### ➤ **Vécu**

- Ressentis sur l'expérience vécue : comment l'avez-vous vécu ? (Le fait de passer de la pharmacie au service // accueil dans le service...)
- La conciliation est-elle une charge supplémentaire ou un complément dans votre travail ?
- Qu'est-ce qui est compliqué aujourd'hui dans cette procédure ?
- Dans un monde idéal, qu'est-ce qu'il faudrait pour faire que les choses se passent parfaitement ?
- Qu'apporte à votre pratique la conciliation médicamenteuse ? (Demander exemples)
- avez-vous envie de continuer vers cette pratique de pharmacie clinique dans vos futurs postes/stages ? Pourquoi ?

#### ➤ **Outils**

Claire MOUBECHÉ -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2018-2019

- *Rappel de l'utilisation du logiciel de l'établissement si nécessaire*
- *Avez-vous dû vous adapter et ou créer des outils pour intégrer la conciliation médicamenteuse dans ce logiciel ?*
- *Si oui, comment ? Par quels moyens, sous quelles formes et pour quoi faire ?*
- *Avez-vous le sentiment de manquer d'outils pour faciliter la conciliation ?*

➤ **Liens avec la ville :**

- *A votre avis, les pharmaciens d'officine ont-ils une place dans la conciliation ? (sous-entendu la conciliation est-elle strictement hospitalière ou en "binôme" avec la ville?)*
- *Arrivez-vous facilement à établir des contacts ? A avoir des échanges ?*
- *Par quels moyens communiquez-vous ? Est-ce efficace à votre sens ?*
- *Avez-vous déjà rencontrés physiquement vos interlocuteurs de ville ?*
- *Faites-vous des retours à la ville ? Et sont-ils systématiques ?*  
*Avez-vous des retours de la ville ? Ou des demandes en provenance des officines ? (sous-entendu : les échanges sont-ils à sens unique ? Ou dans les deux sens ?)*
- *Selon les réponses : quelles pistes d'amélioration selon vous ?*

2. Médecins/internes CH :

➤ **Présentation**

- Rapidement : formation
- Dans quel service exercez-vous ? Depuis combien de temps ?

➤ **Rapport à la conciliation**

- *Est-ce que vous aviez entendu parler de la conciliation médicamenteuse ? Et eu l'occasion de l'intégrer dans votre pratique ?*
- *Comment s'est-elle mise en place dans votre service ? En avez-vous été informé ?*
- *Si oui, qu'en attendiez-vous ?*
- *Actuellement, la conciliation vous rend-elle service dans votre pratique ? (sous-entendu : Vous fait-elle perdre/gagner du temps ? Sécurisation ?)*
- *Echangez-vous souvent avec les pharmaciens de l'établissement ? De quelle manière et à quel propos (plutôt pour l'entrée ou la sortie d'un patient) ?*
- *Avez-vous l'habitude de travailler avec le pharmacien ? Est-ce généralement le pharmacien qui vous sollicite ou vous qui le sollicitez ?*

➤ **Ressenti global :**

- *Quelle plus-value voyez-vous à la conciliation ? Ou bien pourquoi n'y voyez-vous pas d'intérêt ?*
  - *Et pour les pharmaciens ?*
  - *Et pour les patients ?*

Êtes-vous satisfait de la manière dont la conciliation est effectuée au sein de votre service?

- *Que pensez-vous de cette pratique ?*
- *Qu'est-ce qu'il pourrait être fait pour l'améliorer selon vous ?*

Claire MOUBECHÉ -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2018-2019

### 3. Médecins libéraux intervenant dans SSR

#### ➤ **Présentation**

- Quel est votre mode d'exercice (mixte, libéral...) ? Depuis combien de temps ?
- Comment est-ce que vous partagez votre temps entre votre cabinet et l'hôpital ?

#### ➤ **Relation pharmacien – médecin**

- Avez-vous l'habitude de travailler avec le pharmacien ?
- Avez-vous des relations ou échanges pluri-professionnels avec les pharmaciens d'officine de votre territoire ?  
Si oui, à quel propos et que vous apportent ces échanges ?  
Si non, pourquoi ?

#### ➤ **Rapport à la conciliation**

- Connaissez-vous la conciliation médicamenteuse ?
- Comment s'est-elle mise en place dans votre service ? En avez-vous été informé ?
- Si oui, qu'en attendiez-vous ?
- Actuellement, la conciliation vous rend-elle service dans votre pratique ? (sous-entendu : Vous fait-elle perdre/gagner du temps ? Sécurisation ?)
- Echangez-vous souvent avec les pharmaciens de l'établissement ? De quelle manière et à quel propos (plutôt pour l'entrée ou la sortie d'un patient) ?
- Est-ce généralement le pharmacien qui vous sollicite ou vous qui le sollicitez ?
- Globalement, recevez-vous toutes les informations liées à l'hospitalisation d'un de vos patients (lettre de sortie, conciliation...) ?

#### ➤ **Ressenti global :**

- Quelle plus-value voyez-vous à la conciliation ? Ou bien pourquoi n'y voyez-vous pas d'intérêt ?
  - Et pour les pharmaciens ? (+ autres professionnels de santé)
  - Et pour les patients ?

Êtes-vous satisfait de la manière dont la conciliation est effectuée au sein de l'établissement ?

- Que pensez-vous de cette pratique ?
- Qu'est-ce qu'il pourrait être fait pour l'améliorer selon vous ?

#### ➤ **Relation pharmacien/médecins**

- Avez-vous des relations/échanges pluri-professionnels avec les pharmaciens d'officine de votre territoire ?
- Si oui, à quel propos et que vous apportent ces échanges ?
- Si non, pourquoi ?

## Annexe 6 – analyse des entretiens

Grille d'analyse : Béjean, M., Kletz, F. & Moisdon, J. (2018). Création de valeur organisationnelle et technologies de l'information à l'hôpital : le cas du dossier patient informatisé. *Gestion et management public*, volume 6 / 4(2), 9-24.

	VERBATIM	ANALYSE
<b>Savoir métiers</b>	<p>13 : <i>c'est extrêmement chronophage</i></p> <p>12 : <i>Et puis ce qui est bien aussi c'est d'associer la conciliation avec l'analyse pharmaceutique.</i></p> <p>13 : <i>Je participe aux activités de la pharmacie oui. Je fais l'analyse des prescriptions. Je participe aussi à faire des documents sur l'administration des injectables, des trucs comme ça. Toute la pharmacie clinique n'est pas la conciliation c'est sûr. Ça apporte des informations en plus et d'améliorer l'analyse pharmaceutique.</i></p> <p>3 (page 5) : <i>C'est vraiment de la sécurité. Après, c'est lourd. Même si c'est intéressant, c'est lourd, c'est chronophage. Y'a beaucoup de points négatifs ! Mais je pense que c'est bénéfique pour le patient en sortie et pour l'information au niveau des soignants qui vont prendre le relai.</i></p>	<p>Activité pas valorisée dans sa pratique, doit être couplée à d'autres activités pro.</p>
	<p>13 : <i>Le problème c'est que comme on n'est pas tout le temps c'est que eux ils travaillent sans nous la plupart du temps, du coup ce n'est pas dans leurs habitudes en fait.</i></p>	<p>Manque d'habitude à travailler de paire</p>
	<p>13 : <i>Pour l'instant non. Y'en a une qui est formée mais pour l'instant elle ne participe pas parce qu'elles n'ont pas le temps dans leurs activités. En fait, elle ne savait pas trop quelle était sa place là dedans, et à quel point. Elle avait peur de faire des erreurs et de ne pas avoir les connaissances pour le faire. Mais on lui a bien expliqué à la formation qu'elle était là pour faire du recueil et que derrière tout serait validé par un pharmacien et que ce n'est pas elle qui aurait à voir avec le médecin les choses.</i></p> <p>8 (page 8) : <i>Le médecin prescrit, le pharmacien valide et la préparatrice prépare donc quelle légitimité on avait pour ça, on n'en avait pas, maintenant parce que l'on fait un peu de conciliation on peut se permettre.</i></p> <p>7 (page 2) : <i>En soi c'est clair que pour nous, c'est plus intéressant de faire une conciliation ! C'est sûr, ce</i></p>	<p>Nouvelle mission pour les PPH, activité très différente de leur quotidien, valorisation de leur profession</p>

Claire MOUBECHÉ -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2018-2019

XXXVII

	<p><i>qui nous manque, le cœur du métier, c'est un peu ça.</i></p> <p><i>7 (page 2) : Je travaillais en pharmacie de ville avant, pour avoir le contact direct, c'est ce qu'il manque ici. On n'a pas le contact avec le patient direct, on fait les chariots, on met dans les tiroirs, on voit pas le patient, hormis si on a la photo !</i></p>	
	<p><i>13 : Oui, on voit une grosse évolution du métier depuis quelques années. Et même, les plus vieux pharmaciens nous disent qu'eux n'ont pas du tout la même formation que nous la dessus.</i></p> <p><i>13 : une meilleure proximité avec les services de soin et un meilleur dialogue avec les médecins. Et puis je pense que l'on a des systèmes d'informations qui nous aident aussi, parce qu'avant quand c'était papier</i></p> <p><i>12 : c'est la pharmacie clinique qui m'a toujours le plus plu dans mon parcours</i></p> <p><i>1 (page 1) : Du coup, on a un peu interrogé leur présence parce qu'on n'avait pas du tout l'habitude de les voir</i></p> <p><i>3 (page 6) : quelque chose qui va au-delà de juste récupérer le traitement d'avant... et toutes les infos de ce qui avait comme traitement soit prescrite soit en automédication et puis... Essayer de faire la plus juste prescription</i></p>	<p>La pharma hospi à fondamentalement changée</p>
	<p><i>2 : Alors lui il était identifié et puis il a un relationnel assez simple donc ça facilite.</i></p> <p><i>5 (page 3) : L'attitude aussi compte beaucoup, si tu rentres, t'es loin tu poses ta question sans trop le laisser parler et puis tu repars bin il n'a pas forcément le temps de penser à tout. Alors qu'en essayant de créer un temps de dialogue finalement lui, les choses lui viennent petit à petit et on commence à tirer la corde jusqu'au bout tu vois.</i></p> <p><i>5 (page 9) : J'avais tendance à être assez réservé et timide et puis à force de devoir parler plein de gens que l'on ne connaît absolument pas, et un peu dans toutes les conditions, que ce soit par téléphone, directement dans la chambre ou choper les médecins dans le service, on finit par être très habitué à ça et je trouve que ça aide quand même pas mal à établir le dialogue avec n'importe qui et d'adapter aussi son propos en fonction de la personne à qui on parle.</i></p>	<p>Importance du relationnel pour la conciliation</p>

Claire MOUBECHE -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2018-2019

XXXVIII

	<p>2 : <i>Et ça, ça demande de s'approprier les organisations d'un service et de ses prises en charges. Donc si certains sont déjà passé dans un service, ils vont avoir ce réflexe là et ils vont peut être aller voir ou poser la question</i></p> <p>12 : <i>J'ai du m'adapter au rythme du service qui n'est pas du tout le même (Les sorties sont prévues bien à l'avance par rapport à la gériatrie aigüe où ça peut être du jour au lendemain.)</i></p> <p>5 (page 4) : <i>J'essaie de parler avec des mots très simple, de manière très lente pour voir si déjà la personne arrive à comprendre ce que je lui demande et si c'est le cas j'essaie au mieux de lui répondre et de la comprendre.</i></p> <p>5 (page 5) : <i>Ca c'est pour l'entrée, pour la conciliation de sortie je faisais ça en fin de matinée, toute fin de matinée, à partir de 12h30. Si tu veux je m'adaptais parce que si je voyais que j'en avais 3 je ne faisais pas mes entretiens d'entrées et je me consacrais uniquement à mes sorties.</i></p> <p>5 (page 6) : <i>Oui je savais qu'il fallait que je vienne à la fin de visite pour savoir si sortait et qui ne sortait pas</i></p> <p>8 (page 3) : <i>Et puis comme je connais leur vécu dans le service, je sais comment on travaille dans le service. Quelque fois ça peut aider parce l'organisation est différente d'un service à l'autre.</i></p> <p>8 (page 6) : <i>Parfois. Je dirais que moi je ne me suis jamais lancée à faire une le matin de part mon expérience. Le matin c'est super chargé dans les services. Entre les soins la toilette, les examens, le passage des médecins, les pansements. Je ne me suis lancée à y aller le matin j'y vais l'après-midi. Juste après le repas, avant qu'ils commencent à s'endormir pour la sieste. J'essaie de jongler comme ça. Donc je dirais que oui on est quand même un peu obligé de s'adapter. Après mes collègues assistants et internes et qu'ils en font plus, eux sont amenés à y aller le matin. Mais c'est vrai qu'on les voit revenir, le patient n'est pas là, parti en radio, le patient dort, fait la toilette. On est forcément tributaire du fonctionnement des services.</i></p> <p>15 (page 6) : <i>Je dirais qu'en tant que vieux médecin je dirais que non. J'ai travaillé dès années sans faire de conciliation. Ca ne m'empêchait pas de regarder les traitements et de voir avec mes patients où on en était</i></p>	<p>Capacité d'adaptation, de prise de recul pour examiner les situations</p>
--	---	--

	<p>11 (page 5) : Mais le matin j'arrive à les voir et puis en milieu d'après-midi aussi. Et puis si je vois qu'ils sont en train de travailler, je me dis que je ne vais pas les déranger que je vais repasser plus tard au moment où ils sont plus disponible.</p>	
	<p>12 : Au CHU c'est plus d'encadrement, des externes. Et puis la conciliation de sortie elle roule quand même. Donc c'est vraiment de poursuivre le déroulement du processus. Mais ici ça a vraiment été la mise en place. Quand je suis arrivée, il n'y avait ni entrée, ni sortie, il n'y avait rien du tout.</p> <p>12 : je fais pareil avec tous, quelque soit le médecin en face. En termes de conciliation, oui, je fais pareil qu'ils soient réceptifs ou pas. Après, je vais peut-être plus re vérifier pour certains : j'ai parfois l'impression d'être juste là pour cliquer le truc et dire juste « t'as oublié ci, t'as oublié ça ». Alors qu'avec d'autres internes, je n'ai pas du tout ce sentiment là. Ca dépend vraiment de la personne.</p> <p>11 (page 5) : Donc, ma manière de fonctionner n'a pas changé mais la différence c'est plus au niveau de l'échange avec les médecins</p> <p>11 (page 5) : on n'avait pas les mêmes logiciels et puis j'avais des externes et c'était eux qui faisaient les entretiens avec les patients le matin. Mon rôle n'était pas le même, j'étais plus là pour faire de l'analyse et le recueil d'information ce n'était pas moi. Là, je fais la conciliation du début à la fin. Là on a des préparatrices qui nous aident un peu et qui font un peu office d'externes. Là, je fais beaucoup plus d'entretiens d'entrées.</p> <p>6 (page 2) : Moi j'ai fait ma formation et puis c'est tout. Déjà les pharmaciens commencent tout juste, même si ça fait déjà quelques temps déjà mais ça fait pas un an. Donc il faut déjà que eux ils prennent leur place aussi. Et puis là, on n'est pas organisé encore pour que l'on fasse de la conciliation je pense.</p> <p>6 (page) : mais on est un petit centre, donc on se connaît, on va dans les services et on connaît les infirmières y'a pas de soucis. Mais ça c'est à notre échelle, après quand on va dans les grands centres c'est autre chose.</p>	Rôle selon les services / CH
	<p>12 : Oui le contact avec le patient c'est vraiment sympa. Les explications de traitements, c'est chouette à faire.</p> <p>5 (page 2) J'ai trouvé ça intéressant parce que pour une fois on allait beaucoup interagir avec le patient ce qui est plutôt rare finalement.</p>	Contact patients

Claire MOUBECHÉ -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2018-2019

XL

	<p>8 (page 2) : Alors que j'avais des collègues qui ne se voyaient pas aller auprès des gens. Moi discuter, avoir du relationnel, je l'ai fait pendant 20 ans, ça ne m'a pas gêné.</p> <p>16 (page 1) : on essaie d'encadrer les externes et il faut réaliser que ces externes en pharmacie n'avaient jamais parlé à un malade</p> <p>11 (page 9) : Je regarde un peu le profil du patient et si c'est noté qu'il est confus ou qu'il a du mal à s'exprimer j'y vais plus l'après-midi pour espérer voir la famille</p> <p>9 (page 4) : Déjà il voit du monde, plusieurs patients me parlent de leur vie... On s'arrête de parler de médicaments et puis ça déborde. Mais on trouve des pistes parfois dans ce qu'ils nous disent. Ils se sentent écoutés et ça leur fait du bien.</p> <p>6 (page 3) : Quand je suis allée à la formation au CHU, le premier patient j'appréhendais beaucoup parce qu'on n'a plus l'habitude</p>	
	<p>8 (page 1) : à l'hôpital on touche à pas mal de chose. Les DM, on fait aussi du contact avec les patients parce que l'on a les médicaments de rétrocession : les gens qui viennent au guichet pour des médicaments qui sont délivrés uniquement à l'hôpital. Donc on a comme en ville du contact avec les gens. C'est très diversifié</p> <p>9 (page 2) : Moi à la pharmacie, je commence par étudier le dossier du patient avant de monter, donc je me note les infos principales, qui peuvent m'intéresser. Après je monte dans le service, je regarde dans le dossier du service s'il a des traitements perso etc. Ensuite, je vais faire l'entretien patient et puis je redescends ici, puis je constitue mon BMO. Et après je vais voir un pharmacien, pour qu'il puisse aller voir le médecin.</p> <p>9 (page 3) : Moi je trouve ça bien, ça permet de faire un peu autre chose que de la routine et puis on aime bien monter dans les services ici. Pour avoir des contacts, avec les infirmières... Ils nous connaissent, on se connaît.</p> <p>6 (page 2) : Non, ça ne me manque pas. Après c'est quelque chose de nouveau à mettre en place et c'est intéressant mais c'est vrai que nous en tant que préparateur on a déjà beaucoup de chose à gérer.</p> <p>6 (page 3) : Nous, normalement on n'a pas autorisation de faire changer les prescriptions quand bien même on voit qu'une posologie n'est pas bonne</p> <p>6 (page 8) : Le médecin était là, et donc je me suis dit qu'il fallait que je l'appelle pour qu'il modifie tout</p>	PPH

	<p>de suite. Il n'y avait pas de pharmacien à ce moment là et j'ai pris l'initiative de téléphoner. Mais je n'ai pas appelé le médecin, j'ai appelé l'infirmière qui était avec, qui du coup m'a passé le médecin. Mais au moins je n'ai pas appelé le médecin</p> <p>Après j'ai fait la proposition je n'ai pas dit, il faut changer, j'ai appelé l'infirmière d'abord et ensuite j'ai eu le médecin. Parce que ce n'est pas dans les mentalités je pense aussi.</p> <p>.</p>	
	<p>15 (page 1) : Quand j'avais mon activité libérale, on ne parlait pas beaucoup de ça</p> <p>15 (page 2) Ce qui est compliqué c'est que dans notre établissement ce sont des médecins libéraux qui interviennent dans le sanitaire et qui suivent leurs patients</p> <p>15 (page 6) : Quand le médecin suit le patient à l'extérieur et quand il est reçu à l'hôpital, bon c'est sur qu'il y a un lien qui est un peu différent. C'est pas comme dans un grand CH où là y'a un médecin tout d'un coup qui va prendre en charge un patient qu'il ne connaissait pas du tout.</p> <p>3 (page 7) : mais sur un centre hospitalier où il y a des médecins salariés c'est plus simple à mon avis, d'aller discuter de la prise en charge du patient.</p>	Libéral
<b>Mode de division du travail et coordination</b>	<p>14 (page 3) : Avoir une réflexion à plusieurs cerveaux sur le même domaine, avec très visions différentes mais très complémentaires. Donc moi ça m'arrange bien. Ca m'éclaire largement. Ca me va, j'y gagne. Et surtout le patient y gagne. Donc moi c'est tout ce qui m'intéresse.</p> <p>14 (page 6) : Un médecin n'est jamais qu'un des éléments de la prise en soin. Un parmi tant d'autres et tout seul il vaut que dalle</p> <p>8 (page 3) : Parfois quand ils sont trop compliqués ou qu'ils demanderaient trop de temps, nos collègues pharmaciens assistant ou interne se les gardent et nous laissent les plus légers parce que nous il faut que l'on incorpore ça dans notre planning de la journée</p> <p>8 (page 5) : Nous donc on fait toute notre conciliation, on la rentre sur notre fichier et une fois que tout cela est fait on a un entretien avec l'assistant ou l'interne. Et là on lui explique ce qui a été ajouté ou arrêté et qui nous paraît éventuellement suspect. Tout ça lui le relève et se met en relation avec le médecin du service ou alors ils détaillent bien parce qu'ils ont le compte-rendu des examens, des prises de sang et donc ils peuvent faire des relations approfondies que nous.</p> <p>15 (page 3) : Je pense que quand un patient est dans l'établissement on a besoin de tous les gens qui</p>	Complémentarité

Claire MOUBECHÉ -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2018-2019

XLII

	<p><i>interviennent que ce soit les soignants, les pharmaciens de ville, etc, justement d'avoir ce type de chose pour ne pas avoir à donner des médicaments qui peuvent entrainer des tas de choses catastrophiques derrière.</i></p> <p><i>15 (page 3) : (pour parler d'avant la conciliation) : Non, il n'y en avait pas avant d'échanges de ce type. C'était très sporadique</i></p> <p><i>15 (page 6) : dans le cadre du CH, le pharmacien à toute sa place dans son intervention par rapport au patient.</i></p> <p><i>15 (page 6) : On fait parti quand même de gens intervenant dans la santé des gens et donc que plus on a de relations mieux c'est</i></p> <p><i>16 (page 1) : on découvrait aussi un peu les pharmaciens. Parce que pour nous ce n'était pas des professionnels que l'on avait l'habitude de moi. On n'avait pas une bonne perception. C'était plus pénible quand ils appelaient Et donc du coup c'était plutôt une belle rencontre avec les pharmaciens</i></p> <p><i>16 (page 6) : le médecin doit quand même, pour plus de qualité, se remettre en question, accepter de se remettre en cause. Vous voyez dans les vieilles générations, avant le médecin disait et c'était parole d'évangile et là ça a évolué.</i></p> <p><i>11 (page 7) : . Ils ont pris l'habitude de me voir passer dans le service et dès qu'ils ont besoin de quelque chose ; qu'ils ont une question ils savent que je suis là s'ils ont besoin.</i></p>	
	<p><i>13 : Sur la sortie ce n'est pas du tout callé et c'est un peu compliqué.</i></p> <p><i>13 : En fait, le problème c'est qu'ils sont très nombreux je trouve et ce n'est jamais les mêmes interlocuteurs que l'on a en fait.</i></p> <p><i>13 : Le problème oui c'est de trouver un temps d'échange quand le traitement est stabilisé et qu'il est temps de faire l'ordonnance de sortie, avant que le patient ne sorte, il faut trouver un moment où je suis là, où il est là aussi</i></p> <p><i>12 : on va dire qu'ici mon frein c'est ça. Parce que je ne peux pas faire de conciliation de sortie tant que je n'ai pas fait les entrées</i></p> <p><i>5 (page 8) : Si tu veux ils n'étaient jamais demandeur donc à mon sens c'était toujours moi qui leur</i></p>	<p>Freins (dont le temps Cf infra)</p>

Claire MOUBECHE -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2018-2019

XLIII

	<p><i>imposais ce temps là.</i></p> <p><i>8 (page 7) : parfois je suis frustrée de ne pas pouvoir en faire. Et c'est surtout pas parce que je ne veux pas en faire c'est que je ne peux pas en faire plus parce que je n'ai pas le temps. Ca ne me dérangerait pas d'en faire plus si j'avais la possibilité d'en faire plus</i></p> <p><i>15 (page 4) : le fonctionnement avec les médecins libéraux extérieur c'est compliqué.</i></p> <p><i>16 (page 3) : Nous on a des internes et tout ça mais dans des hôpitaux de périphérie, pour que ça ait du sens, il faut qu'il y ait une rencontre et trouver un temps idéal sachant que tout le monde à ses impératifs et ça peut être vécu comme une contrainte aussi.</i></p> <p><i>16 (page 5) : Mais alors moi le temps que ça me prends c'est surtout ConParMed et toutes ces réunions. C'est idiot à dire mais le temps actuellement sur la conciliation c'est plus le projet. Ca ne me prends pas beaucoup de temps mais y'a ces réunions, les mails, les trucs à relire se tenir informer.</i></p> <p><i>16 (page 6) : Je pense qu'il y a des générations où il va falloir du temps pour que le médecin ne sentent pas agressé quand on change sa prescription. Etre ouvert à la progression ce n'est pour tout le monde</i></p> <p><i>11 (page 4) : (à propos des sorties) : On a du mal à les avoir. Moi je regarde aussi dans le dossier parfois c'est noté « sortie en SSR », sortie à telle date mais parfois on n'est pas très prévenus. Mais eux non plus hein, c'est comme ça.</i></p> <p><i>6 (page 3) : Pour moi un travail qui est commencé, il faut le terminer. Quand on commence une tâche on la termine. Pour moi c'est comme ça et donc même si la conciliation c'est super comme projet mais après je me dis, est-ce que justement le fait que l'on ne puisse pas légalement, parce que c'est normal, aller jusqu'au bout, ça ferait pas des petits loupés</i></p> <p><i>3 (page 3) : Parce que le problème c'est qu'on ne sait jamais quand est-ce que les médecins passent.</i></p>	
	<p><i>13 : En fait, quand les patients vont sortir, les infirmières elles préparent un petit dossier avec tous les papiers et en mettant aux médecins ce qu'ils doivent faire : les ordonnances de traitements, de pansements. Ils ont une petite check-list des choses à faire quand le patient sort et moi j'ai rajouté un mot : appeler la pharmacie pour la conciliation. Ça ne marche pas trop mal</i></p> <p><i>2 : Quand ça touche les organisations paramédicales il y a de la résistance au changement mais comme les soignants y voient du sens tout de suite sur leur quotidien sur leur organisation, il suffit d'arriver à trouver les gens porteurs dans le groupe et tu arrives assez facilement à mettre en place les choses,</i></p>	Leviers

Claire MOUBECHÉ -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2018-2019

	<p><i>c'est vraiment le bouleau du cadre que d'y mettre du sens.</i></p> <p><i>12 : se fixer ¼ d'heure par exemple à 14h une fois par semaine - je pense que je dirais plus de chose si j'avais vraiment ¼ d'heure, dans le sens où là il y a des trucs, je le pense mais je ne lui dit pas parce qu'elle est pressée, je le sais et je vais à l'essentiel alors qu'à l'entrée, je pourrais même lui dire « là je ne comprends pas pourquoi elle a tel truc plus que tel truc » et ça pourrait permettre d'optimiser la prescription en fait. Ça permettrait d'interagir et d'approfondir un peu plus</i></p> <p><i>12 : Ce que je trouve vraiment bien c'est quand je suis dans le bureau des médecins assise à côté d'eux en fait. C'est vrai que ça fonctionne tout de suite mieux quand je suis là, physiquement avec eux. Et au final avec un bureau spécial pharmacien dans le service ce n'est pas non plus bien parce je ne pourrais pas être avec les médecins. Tu vois par exemple je prends la place d'un médecin quand il y a quelqu'un qui n'est pas là et du coup je m'intègre vraiment. Et puis c'est plus facile, la moindre question je la pose tout de suite. On peut discuter. Je me rends que ça marche vraiment mieux. Et puis même je pense que ça favorise le lien. Alors j'essaie aussi de favoriser l'appro quand il y a un médicament particulier, j'essaie aussi de les aider. Je pense que ça peut aussi permettre de faciliter les liens avec les infirmiers tout ça</i></p> <p><i>14 (page 2) : mon métier c'est d'arrêter le plus grand nombre de médicaments non utiles ou du moins non indispensables chez une personne âgée. Après, effectivement, c'est une vision très médico-médicale. L'aspect pharmaco-médical ou médico-pharmaceutique était aussi très intéressant.</i></p> <p><i>14 (page 5) : ça s'est fait très vite et très bien justement parce que l'on est une toute petite unité, une toute petite équipe. C'est l'intérêt de la petite équipe. C'est très articulable et très souple.</i></p> <p><i>8 (page 7) : Mais par contre, ça serait peut-être plus judicieux de se dire « le mardi matin je suis de conciliation ». D'avoir un temps dédié pour les conciliations</i></p> <p><i>15 (page 3) : Et bah elle va certainement nous rendre service mais après c'est de pouvoir la mettre en place d'un point de vue concret, c'est ce que je vous expliquais. La conciliation d'entrée ce n'est pas compliqué mais conciliation de sortie c'est là que difficile</i></p> <p><i>15 (page 4) : On essaie de les améliorer en essayant de trouver des petits moyens éventuels, en anticipant les dates de sorties pour pouvoir intervenir</i></p> <p><i>15 (page 8) : je pense qu'il faudrait un peu plus de monde...</i></p>	
--	---	--

Claire MOUBECHE -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2018-2019

	<p>16 (page 1) : Après, en pratique maintenant, les choses roulent plus et on s'en occupe un peu moins parce que les pharmaciens sont plus présents</p> <p>16 (page 7) : Et on a appris à travailler ensemble, à se découvrir</p>	
	<p>2 : Alors c'était fait par les médecins du service seulement depuis longtemps, ça a été institué dans ce protocole là, avec l'intervention d'externe en pharmacie effectivement que depuis 2 ans.</p> <p>2 : avant il y a avait le pharmacien qui assistait à la visite, il y avait quand même cette distance avec l'équipe paramédicale. Alors que là, les externes en pharmacie, il y a un réel échange</p> <p>12 : je pense que c'était important parce que tu ne peux pas arriver comme ça dans un service et que tout le monde te demande qui tu es et ce que tu fais</p> <p>12 : il faut que l'interne soit dispo entre le mardi après-midi et le mercredi matin sinon c'est loupé. Alors qu'en <del>gériatrie aigüe</del>, déjà c'est plus automatique pour les internes parce que l'activité est mise en place depuis plus longtemps. Donc ils m'appellent en fait pour me qu'ils ont une sortie et savoir si ont peut se voir. C'est beaucoup plus fluide</p> <p>5 (page 6) au moment des congés de Noël qui sont des moments tendus en termes de personnel à la pharmacie. Quand on est plus que 2 pharmaciens, c'est impossible de faire de la conciliation. Et même quand y'en a que 3 c'est pas facile non plus parce qu'il y a trop d'activité de validation à faire. Quand on est au complet ça passe mais quand il y a un peu trop d'absent ça passait à la trappe.</p> <p>11 (page 4) : je me sens bien intégrée dans le service</p>	RH

	<p>2 : Mais juste en termes de locaux c'est un peu compliqué. Ils sont 2 ou 3 les externes en pharmacies et ils sont forcément dans le poste de soin parce que les externes en médecine qui sont avec les internes sont dans une autre salle. Ils sont donc dans le poste de soin et si les infirmières ont un moment donné elles ont besoin de se poser pour faire leur transmission ou autre, quelques fois, il y a un petit peu conflit de place et de postes informatiques</p> <p>2 : Les conditions de travail de nos externes en pharmacie, il faut qu'ils aient un poste informatique pour pouvoir aller sur le dossier patient mais aussi des lignes téléphoniques. Les conditions de travail pour qu'ils aient une autonomie complète ça serait qu'ils aient un endroit dédié pour eux.</p> <p>13 : C'est plus les jeunes qui sont sensibles</p> <p>15 (page 2) : Les jeunes médecins sont beaucoup plus proches de la conciliation que ne le sont les anciens. Parce qu'à mon avis ça vient d'abord de la formation médicale. Moi je suis de la vieille génération et on n'en parlait pas beaucoup de tout ça. La jeune génération est plus emmenée à en parler, à y être confrontée dans la mesure où dans leurs études on en parlé un peu</p> <p>14 (page 2) : d'un autre côté, on est très peu nombreux comme soignants médicaux et pharmaciens. Donc c'est une relativement très simple de se rencontrer et d'en discuter</p> <p>4 (page 3) : maintenant c'est comme des collègues normales. Moi ça ne m'a pas surprise de voir les pharmaciens dans le service.</p>	Ressources matérielles
	<p>12 : Après sinon, c'est vrai que pour communiquer c'est compliqué, dans le sens où quand j'ai beaucoup de chose à leur dire sur une conciliation d'entrée par exemple. Je vais forcément les déranger dans leur bureau, elles sont occupées et donc je leur donne mes 2,3 infos et elles notent ça sur un bout de papier et elles me disent « ok je vais revoir ».</p> <p>12 : qu'en transmettant des infos orales, ça peut passer à la trappe, ça peut aussi être modifié, transformé et on passe à côté de la bonne information</p> <p>5 (page 7) : Béatrice m'avait présenté aux médecins, et l'interne m'avait avant ça aussi présenté aux médecins et aux infirmières. Donc ils savaient qui j'étais et que j'allais continuer à faire de la conciliation.</p>	Communication

Claire MOUBECHÉ -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2018-2019

XLVII

5 (page 8) : avec les médecins généralistes c'était très professionnel et à la fin c'était un peu plus que ça. On pouvait parler, il y a avait un temps d'échange qui était extrêmement facile

14 (page 2) : (un médecin parlant des pharmaciens) : On se croise beaucoup, on se parle beaucoup et on s'apprécie beaucoup

8 (page 6) : qu'elles avaient eu l'information auparavant en disant qu'on serait susceptible de venir, déjà de regarder dans les dossiers patients pour récupérer les informations dont on a besoin, de les questionner elles aussi parfois pour une conciliation concernant des patients. Ca s'est très bien fait. Et puis même nous, on peut aussi répondre à leur question au besoin. Je trouve qu'il y a quand même une bonne communication entre les services et nous.

8 (page 6) : Le matin on a la petite réunion, ça permet d'éclaircir des choses parfois, de se parler des expériences des uns et des autres. C'est un échange, c'est rapide mais je trouve que c'est important quand même. Quand tout va bien, bon ok tout va bien mais quand on a eu un soucis, et que le lendemain notre collègue nous indique que ça a été rectifié, on se dit que ça avance, il y a un suivi dans notre travail. Faire cette réunion ça permet que tout le monde sache, et éviter de le dire à un tel et à un autre. Là c'est regroupé, on échange une bonne fois pour toute.

8 (page 8) : Plus à l'aise pour moi je dois dire. Faire le pas d'aller vers le pharmacien. Avant j'étais plus réticente par le fait que le pharmacien se dire « de quoi elle s'occupe ». Là c'est vrai que parfois il y a des choses qui nous interpellent donc on en parle facilement

15 (page 4) : On arrive à échanger mais les temps d'échanges sont souvent courts

15 (page 5) : Pour la conciliation médicamenteuse on a un staff une fois par semaine, pour les sorties, les entrées, les devenirs, les projets thérapeutiques, mais le pharmacien n'est présent à l'heure où l'on fait le staff

16 (page 5) : qu'on a un staff médico-social 3 fois par semaine. L'idéal, ça serait que les pharmaciens se greffent à ce staff. Ca serait une idée qui pourrait être pertinente.

11 (page 5) : Quand j'ai besoin de leur parler je monte et si je vois qu'ils ne sont pas disponibles je redescends à la pharmacie et je repasse une prochaine fois. Mais en général, je sais qu'en début d'après-midi, ils ne sont pas là.

1 (page 2) : On a le temps de les appeler ou d'envoyer le mail pour dire voilà tel patient sort, et c'est

Claire MOUBECHÉ -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2018-2019

XLVIII

	<p><i>elles après qui s'organisent pour aller voir le patient et qui s'organisent pour faire leur travail. C'est quelque chose qui se fait simplement, on prend le téléphone, on met l'étiquette, j'appelle la pharmacienne, tel patient sort. Ça me prend deux secondes. Ça me demande pas grand-chose. Juste de voir hop, concilié, il sort, on appelle.</i></p> <p><i>3(page 4) : Chacun aura son moyen de communication</i></p>	
	<p><i>5 (page 6) Moi c'était une énorme place, parce que j'avais un stage dédié à ça. Ca me prenait bien 1h30/2h le matin.</i></p> <p><i>5 (page 6) : Alors que l'activité de conciliation, c'est peut-être un sévère de dire ça mais c'est une forme de bonus si tu veux.</i></p> <p><i>5 (page 7) : j'allais voir les prescripteurs en disant « j'ai concilié Mr Y est-ce que c'est possible que l'on en parle » après c'était le coup de voir à quel moment je les dérangeais, quels moments ils étaient présents dans le service. Parce qu'il y'a plein de fois de montais dans le service et ils n'étaient pas là. Il y a tout les plannings à intégrer pour savoir à quels moments ils sont les plus disponibles</i></p> <p><i>5 (page 8) : Mais avec deux chefs de pneumo il n'y a jamais eu de dialogue de toute façon, c'était pas faisable. Et avec les deux cardiologues, fallait choisir son moment et être concret et rapide. Et je pense que j'ai pu continuer parce que je ne leur prenais à chaque fois que très peu de temps. Clairement si je leur avait pris à chaque fois dix minutes ils m'auraient refoulés parce que ce n'était pas dans leur temps.</i></p> <p><i>14 (page 3) : La seule limite c'est le temps disponible ? La difficulté elle est là, elle est intrinsèque au service, intrinsèque à l'hôpital et à l'hôpital public en général</i></p> <p><i>14 (page 4) : Ca me fait gagner du temps. C'est une évidence ! C'est un plus notoire et clair. Il n'y a pas d'ambigüité. Alors, la conciliation prend du temps mais ça n'en fait pas perdre. Mais ça en prend ça c'est certain : nous on n'a pas de temps spécifique pour ça. Ce n'est jamais qu'une tâche de plus</i></p> <p><i>8 (page 4) : Là je me suis dit qu'il me restait un peu de temps et je me suis dis que je pouvais me caler une conciliation. Je suis allée voir Vincent, on a discuté et il m'a dit que je pouvais faire cette patiente et j'ai débuté ma conciliation. Dès fois quand on n'arrive pas forcément à finir dans la journée, soir</i></p>	Temps

Claire MOUBECHE -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2018-2019

XLIX

*l'assistant la reprend s'il ne reste plus qu'à retranscrire ou on la termine le lendemain.*

*8 (page 4) : (PPH) On n'a pas franchement dans notre planning un moment où c'est juste pour la conciliation. Ça serait bien de pouvoir l'intégrer dans nos plannings. C'est une tâche qui nous est impartie et que l'on fait quand on a du temps disponible pour le faire. On essaie de le faire quand même de le faire régulièrement. Y'a des jours où c'est impossible. C'est vraiment au prorata de notre planning.*

*8 (page 4) : en période de vacances, donc c'est d'autant plus difficile parce que l'on n'est pas à effectif complet*

*8 (page 5) : Et dans ces cas-là ça va très rapidement. Par contre, la dernière j'avais un traitement qui été beaucoup plus complexe. Là par exemple j'y ai passé plus de temps, forcément.*

*8 (page 7) : Si j'en fais une dans la journée ça serait vraiment un miracle que je puisse en faire deux. A côté de ça on a nos tâches à faire, on est de guichet, de téléphone, il faut réceptionner les livreurs. On ne peut pas laisser nos tâches de côté pour la conciliation.*

*15 (page 4) : Vous avez ici une pharmacienne qui est à temps partiel sur 2 établissements donc bah oui voilà... pour faire la conciliation parce que nos horaires ne correspondent pas souvent. Ca c'est ce que je vous disais, les temps partiels*

*15 (page 5) : Si on va sur le pratico-pratique, c'est mangeur de temps forcément mais après ce n'est pas du tout inutile loin de là,*

*16 (page2) : Je trouve que l'élément qui est encore négatif c'est que l'on a peut-être pas assez de temps à parler directement avec les pharmaciens. Parfois on pourrait optimiser ça encore. Le problème c'est le temps*

*16 (page 3) : C'est de la qualité mais au prix du temps. Ce sont des choses à faire en plus, vous voyez. Et puis dans le projet ConParMed il n'y pas de temps médical en plus. Il y a eu du temps pharmacie en plus avec les pharmaciens recrutés. Mais ce temps médical où on fait de la qualité en plus n'est pas du tout intégré je dirais dans le projet.*

*16 (page 3) : Alors on le fait en plus parce que l'on était motivé, que ça vaut le coup pour la qualité et la prise en charge des patients mais il faut être réaliste, que faire une ordonnance vite fait comme on faisait avant sur une ordonnance papier a recopier, pas de trace rien, ça avait un côté plus rapide.*

Claire MOUBECHÉ -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2018-2019

L

	<p>16 (page 4) : <i>Moi dans la conciliation, j'essaie de regarder, ça me fait gagner du temps quand je fais la visite parce que je sais que j'ai le bon traitement et j'ai confiance dans ces informations.</i></p> <p>16 (page 6) : <i>je pense que c'est une fausse idée que de penser que la conciliation fait gagner du temps. Elle fait gagner de la qualité. Il y a un temps médical dans la conciliation c'est indéniable qui ensuite faire progresser mais quand même.</i></p> <p>9 (page 1) : <i>Ça dépend du patient, je dirais à peu près 45minutes, tout global.</i></p> <p>3 (page 4) : <i>si vraiment y'a un point important on les appelle, mais on ne va pas les emboliser non plus.</i></p> <p>3 (page 5) : <i>Sur la pratique ça demande du temps de l'organisation et finalement du temps pour tout le monde</i></p> <p>7 (page 3) : <i>Ah oui, le statut de mi-temps c'est pas top. Vraiment pas top. Temps partiel sur deux établissements, à chaque fois il faut se remettre dans l'établissement où on est et le jour avant, c'est très compliqué. Vaut mieux faire des jours complets, des semaines complètes au même endroit, amis le fait de jongler sans arrêt c'est très compliqué à chaque fois. Je pense qu'on a toujours peur d'avoir loupé quelque chose et on sait plus où on était, c'est pas du tout confortable c'est sûr et certain.</i></p>	
	<p>5 (page 10) : <i>j'émiettrai juste le fait que j'aimerais ne pas faire que ça. J'aimerais avoir d'autres chose à faire que ce soit un peu plus varié.</i></p> <p>14 (page 6) : <i>Alors ce qui serait intéressant, c'est qu'on ait un temps dédié, c'est-à-dire que l'on ait des plages dédiées pour faire.Ca nécessite une concentration vraie sur un temps donné. Ce qui serait intéressant c'est d'avoir le ¼ d'heure de conciliation à ce moment et donc d'avoir un temps structuré pour ça. Je pense que ça serait un plus, pour mes collègues pharmaciens je pense et en même temps pour moi ça serait pareil. Finalement, comme on a des staffs, il y a des moments où il y aurait des staffs de conciliation.</i></p> <p>8 (page 9) : <i>On nous parlait d'avoir un robot pour faire les médicaments mais après c'est des bruits. Est-ce que ça va vraiment avoir lieu ? Je pense qu'on nous enlèvera des tâches et on nous remettra d'autres</i></p> <p>16 (page 7) : <i>je suis sur un projet de travailler sur la conciliation dans ces pathologies. Je pense qu'on est aussi dans l'éducation thérapeutique. Mais il y a certains traitements qui nécessitent une certaine rigueur, parce qu'ils sont très chers, et j'aimerais bien à termes que quand ces traitements sont donnés,</i></p>	<p>Pour l'avenir</p>

Claire MOUBECHÉ -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2018-2019

	<p><i>qu'il y est une consultation pharmacienne. Dans cette même idée de sécuriser le parcours du patient</i></p> <p><i>6 (page 9) : S'ils considèrent qu'on a moins d'activité parce que l'on a moins de choses pratiques à faire, est-ce qu'ils ne fermeront pas un poste</i></p>	
<p><b>Mode d'évaluation de la performance</b></p>	<p><i>13 : c'est transparent à leurs yeux : C'est-à-dire qu'eux ne se rendent pas forcément compte que je l'ai fait en fait. Après, je ne sais pas si ça serait mieux de leur dire</i></p> <p><i>13 : Après je pense qu'ils ont peur que ça leur prennent plus de temps, ils ne connaissent pas non plus</i></p> <p><i>13 : En fait, je pense que y'en a qui le prennent un peu personnellement et qu'on est là pour les fliquer et d'autres qui voient que l'on est une sécurité en plus</i></p> <p><i>14 (page 1) : Pour moi c'était assez flou, ça correspondait surtout à une immiscions de mes collègues pharmaciens dans MON domaine privé qui est la prescription. En fait, ce n'est pas du tout ça et ça se passe très bien.</i></p> <p><i>16 (page 2) : Les externes en pharmacie restent quand même à part. Ils se glissent. Il y a deux salles et du coup ce n'est pas si évident que ça. Avant quand c'était entre guillemet un peu plus intimiste, ils venaient presque plus avec nous. Là ils ne travaillent à côté et peut-être pas assez ensemble. on ne les voit pas à l'aise</i></p> <p><i>16 (page 4) : Une sortie que je valide et où je sais qu'il y a eu la conciliation de sortie, je vais moins regarder. Quelque part ça me permet de me soustraire un peu parce que les internes il sont en formation et que l'on vérifie toujours ce qu'il font et moi je vais peut-être être moins attentive sur les traitements parce que je sais que j'ai certes donné les principales idées mais pour les détails je sais que la pharmacie à regarder.</i></p> <p><i>16 (page 4) : Et vous voyez dans le regard des pharmaciens, il y a une reconnaissance. Je découvre leur métier, l'apport qu'ils peuvent apporter.</i></p> <p><i>16 (page 8) : Parce que sincèrement moi le médicament est-ce qu'il faut le prendre le matin ou le soir ou 15 min avant, moi je me sens moins pharmacienne, je ne suis pas particulièrement spécialiste de ça.</i></p>	<p>Perception du travail pharmacien clinicien par les médecins</p>

Claire MOUBECHÉ -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2018-2019

	<p>13 : <i>Oui, mais c'est surtout le fait d'être à temps partagé. Ça passe vite en fait 2,5 jours. On n'a pas le temps de voir les patients : Ça à un côté frustrant. On a l'impression de ne pas avancer en fait.</i></p> <p>12 : <i>le fait que je passe beaucoup de temps à faire de la conciliation d'entrée, je pense que malgré tout ça m'empêche de faire vraiment valoir ma plus-value de pharmacien</i></p> <p>5 (page 2) <i>Ca reste une activité que je trouve un peu ludique dans le sens où l'on mène un peu une enquête et puis ensuite l'objectif c'est de donner des informations aux médecins puis à la fin d'expliquer aux patients. C'est assez varié en fait.</i></p> <p>5 (page 3) : <i>Ca permet à travers tout ça de le mettre un peu plus à l'aise et nous aussi par la même occasion et finalement le patient est plus coopérant pour la suite pour répondre de manière la plus complète possible. Je trouve en tout cas.</i></p> <p>5 (page 8) : <i>Je prends l'exemple du CHU où si j'ai bien compris les internes vont faire seulement la partie entretien avec les médecins et ils font beaucoup moins souvent la partie entretien avec les patients ou le recueil des données en appelant les officines. Et du coup là dans un périphérique, vu qu'il y a très peu de personne, on se retrouve à faire la conciliation de A à Z. On a vraie vue d'ensemble parce qu'on a fait toutes les étapes. Donc ça finalement c'était pas mal.</i></p> <p>5 (page 9) : <i>je ne te cache pas que dès fois ça me soulait parce qu'on avait l'impression de travailler dans le vent. En plus ça prend du temps à faire, on va voir le patient on appelle l'officine, on produit un document et puis finalement ça donne l'impression de n'intéresser que nous. Donc ça a un côté un peu frustrant.</i></p> <p>11 (page 2) : <i>je me suis dit que c'était intéressant de pouvoir aller dans les services. C'est quelque chose que je ne connaissais pas trop et je suis contente que ça se développe</i></p>	<p>Perception des pharmaciens sur leurs pratiques</p>
	<p>12 : <i>que je leur prouve ce que je pouvais leur apporter : d'eux-mêmes ils ne savent pas encore trop vraiment ce que je peux leur apporter</i></p> <p>5 (page 2) : <i>essayer d'apporter des éléments en plus pour aider dans le choix du médecin de prescrire ou non. Et puis vis-à-vis de la conciliation de sortie</i></p> <p>5 (page 7) : <i>Je pense après qu'il y avait un problème de prescripteurs. Ils sont un peu réticents vis-à-vis de ça et ils n'ont pas forcément le temps. Après il y a un système de conciliation à la demande. J'avais la sensation que chez certains médecins ça prenait bien quand même</i></p>	<p>Perception des pharmaciens par rapport aux médecins</p>

Claire MOUBECHÉ -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2018-2019

	<p>5 (page 8) : je pense que dans l'idée ils me faisaient confiance mais c'était quand même bien d'avoir l'ordonnance avec soi. Ca faisait une preuve supplémentaire à ma bonne parole.</p> <p>11 (page 3) : J'avais l'impression de faire le travail de pour rien. Je leur mettais des commentaires, je leur disais ce qu'il n'allait pas. Ils lisaient mais c'était rare qu'ils changent quelque chose.</p> <p>11 (page 4) : Oui, ils étaient plutôt contents que l'on mette ça en place</p> <p>11 (page 6) : Côté interne, je sens que oui. Ils sont contents d'avoir une sécurité en plus.</p> <p>11 (page 7) : ils n'y voyaient pas trop leur intérêt de leur côté aussi et puis ils avaient peut-être beaucoup de boulot et pas forcément de temps dans la mesure où ils pensent que c'était une perte de temps pour eux.</p>	
	<p>2 : Parce que pour moi, le projet il réussit quand il n'y a plus besoin de moi. Quand il n'y a plus de besoin de moi ça veut dire que tout le monde a accepté et que le truc roule.</p> <p>3 (page 4) : ils comprennent peut-être la théorie de la conciliation, mais ça leur passe au-dessus</p> <p>3 (page 6) : On peut peut-être leur apporter un plus sur le bon usage pour certaines prescriptions ou certaines pratiques.</p> <p>Ici c'est compliqué de leur faire « nettoyer » entre guillemets les ordonnances parce que très souvent ce sont les médecins traitants de ville, qui va hospitaliser et qui récupère son patient. Donc faire comprendre au patient qu'on va nettoyer l'ordonnance qu'on lui prescrit en ville c'est... c'est un peu ambigu pour eux, ce qui se comprend !</p>	
<p><b>Mode d'apprentissage</b></p>	<p>13 : Le matin c'est un peu plus compliqué parce qu'ils sont souvent en soin. Après, entre 10h et 11h j'arrive à en voir quelques-uns. Sinon c'est plus en début d'après-midi.</p> <p>2 : Il n'empêche que quand les infirmières ont un nouveau traitement où elles ont un doute ou autre, il y a vraiment une émulsion qui s'est faite entre les externes en pharmacie et l'équipe infirmières sur des questionnements, sur comment administrer</p> <p>5 : (page1) : j'ai côtoyé le même interne durant mes stages de clinique. Et lui aussi était en stage de clinique et donc finalement je voyais assez bien ce qu'il faisait.</p> <p>5 : (page 2) : j'ai après suivi 2 fois des préparatrices qui réalisé de la conciliation donc voir comment</p>	<p>Apprentissage par la pratique / informel</p>

Claire MOUBECHÉ -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2018-2019

LIV

	<p><i>elles faisaient les entretiens</i></p> <p><i>5 : (page 2) : Et c'est en faisant, encore et encore que finalement j'ai finis par être plus pertinent dans ma façon de recueillir les informations auprès des patients notamment en essayant d'être plus exhaustif. Je me posais aussi plus de question, est-ce que c'est nécessaire, est-ce qu'il en a vraiment besoin. Je faisais aussi plus de lien entre cliniquement comment le patient va et les médicaments qui sont pris</i></p> <p><i>5 : (page 2) : j'ai surtout appris a vulgariser les informations et adapté le contenu pour les patients. C'est quelque chose que l'on apprend sur le tas, comme pour interagir avec les médecins d'ailleurs.</i></p> <p><i>8 (page 2) : (PPH) Je ne l'ai pas encore faite (parlant de la formation à la conciliation). J'ai fait une formation en interne avec mes collègues d'ici en fait. J'ai fais ça avec l'interne. C'est lui en fin de compte qui m'a lancé dedans. J'ai déjà fait des conciliations mais au début c'était en doublon c'est moi qui menais les choses et puis l'interne était à côté pour voir les points améliorer</i></p> <p><i>15 (page 1) : on en a discuté oui pas mal avec la pharmacienne de l'établissement</i></p> <p><i>11 (page 1) : A la fac, on avait des cours de pharmacie clinique, du coup, on avait une idée de ce que c'était. Mais je l'ai plus découvert pendant mon externat en 5e année, en pratiquant, en étant sur le terrain.</i></p>	
	<p><i>13 : CoPhar</i></p> <p><i>12 : présentation du projet et du pharmacien</i></p> <p><i>11 (page 1) : C'était bien de rencontrer d'autres gens qui ne sont pas de Pontchaillou. Il y avait le pharmacien de Fougères, de St-Méen et ça permet de voir un peu comment les autres fonctionnaient.</i></p>	Apprentissage institutionnel/officiel

Claire MOUBECHÉ -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2018-2019

LV

	<p><i>5 : (page1) : j'ai été formé. J'ai eu, on va dire, une formation officielle et puis des moments qui m'ont servit mais moins officielle par mes pairs</i></p> <p><i>5 : (page 2) : j'ai eu une formation sur Rennes à Pontchaillou sur la conciliation d'entrée. C'était fait par des assistants du CHU et ça durait une matinée où il y avait un peu théorique, à quoi ça sert, et une mise en pratique à travers 2 cas pratique. Et ensuite beaucoup plus tard, j'ai eu une formation sur la conciliation de sortie.</i></p>	Formation
--	---	-----------

Claire MOUBECHÉ -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2018-2019

MOUBECHÉ	Claire	29 août 2019
<p style="text-align: center;"><b>Master 2</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Pilotage des politiques et actions en santé publique</b></p>		
<p style="text-align: center;"><b>La conciliation médicamenteuse, une opportunité pour l'évolution professionnelle de la pharmacie hospitalière</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Expérimentation dans le cadre de l'évaluation des impacts organisationnels du projet ConParMed</i></p>		
<p style="text-align: center;"><b>Promotion 2018-2019</b></p>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Le projet ConParMed est porté par le Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Rennes. Il vise à garantir la CONTinuité du PARcours MEDicamenteux du patient âgé et déploie la mise en place de la conciliation médicamenteuse sur le GHT Haute-Bretagne.</p> <p>Dans un premier temps, l'objectif de ce mémoire est de comprendre comment se met en place la conciliation sur le GHT tout en prenant en considération l'hétérogénéité des établissements de santé du territoire. Dans un second temps, ce mémoire tente de démontrer en quoi la conciliation est un instrument de l'évolution de la pharmacie hospitalière. Pour répondre à ces questionnements une enquête qualitative mobilisant des observations participantes ainsi que des entretiens semi-directifs a été réalisée.</p> <p>Cette étude a montré que de nombreux facteurs sont impliqués dans la mise en place de l'intervention et qu'ils sont indissociables des situations locales de travail. La conciliation médicamenteuse met, en effet, en lumière l'évolution du rôle du pharmacien hospitalier résolument tourné vers un exercice davantage clinique que logistique. Aussi, le pharmacien et ses équipes se dotent de compétences humaines et sociales pour servir la coordination de leur nouvelle activité en collaboration avec les médecins.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Conciliation médicamenteuse, pharmacie hospitalière, impacts organisationnels, professions, travail, division du travail, compétences, coopération, GHT.</p>		
<p style="text-align: center;"><i>L'École des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		