



---

Master 2

Promotion de la Santé et Prévention

Promotion 2020-2021

---

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

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

Juliane LAMY  
Septembre 2021



---

## Remerciements

---

Tout d'abord, je souhaite remercier Delphine Moreau, Docteur en Sociologie, pour ses conseils, sa disponibilité et son soutien sur mon mémoire et mon stage. Merci pour l'écoute bienveillante. Grâce à vous, j'ai eu l'envie de me dépasser pour cette production, ce qui m'a permis d'aller plus loin dans mes réflexions.

Ensuite, je souhaite remercier l'équipe du Gérotopôle AURA pour m'avoir accueilli pour ce stage ainsi que Thomas Benoît, Président de l'association OKemed, de m'avoir fait confiance pour mener cette étude. Cela a été un plaisir de travailler avec lui.

Je voudrais aussi remercier chaleureusement Elisa, Salomé, Juliette, Pauline et Alexandra : stagiaires, alternante ou doctorante pour leurs expertises dans d'autres champs de la santé. Cela a été un réel plaisir d'échanger avec elles. De plus, leur soutien et leur bonne humeur constante au cours de ce stage me permet maintenant de les appeler mes amies, j'espère encore pour de longues années.

Je remercie bien évidemment la promotion du Master 2 Promotion de la Santé et Prévention qui a rendu cette année si particulière pleine de joie et de solidarité. Ça a été un plaisir de tous les rencontrer et j'espère pouvoir les revoir que ce soit dans le travail ou dans ma vie personnelle.

Enfin, je remercie ma famille pour leur soutien depuis toujours et leur amour inconditionnel. Mes amis d'enfance aussi bien que mes amis de la faculté de pharmacie. Merci à eux pour tous les moments de joie, de fête et de grand n'importe quoi.

Et bien sûr, je remercie très chaleureusement mon copain qui me supporte depuis quelques années. Grâce à lui j'ai pu gagner en confiance et j'ai trouvé une voie qui me correspondait : la santé publique. Sans lui, je n'aurais jamais postulé à ce master et fait toutes ces rencontres incroyables.



---

# Table des matières

---

Introduction .....	1
L'observance .....	1
La iatrogénie médicamenteuse .....	2
La dépendance ou perte d'autonomie des patients .....	4
Le métier de pharmacien .....	5
La Préparation des Doses à Administrer (PDA) .....	7
Problématisation et objectif de l'étude .....	9
Méthodologie.....	11
Présentation du dispositif .....	11
Recrutement de la population .....	17
Utilisation de la méthode des entretiens semi-directifs .....	18
L'analyse .....	20
I- Un dispositif qui modifie les relations et les perceptions des professions médicales et paramédicales .....	21
A. L'interprofessionnalité : entre confiance et défiance .....	21
1. Hiérarchie de soins et reconnaissance du travail.....	21
2. Captation et notion de « bon » soins.....	24
B. Une perception individuelle de sa propre profession secoué .....	25
1. Le rapport au temps modifié .....	26
2. La question de la responsabilité juridique .....	29
3. Entre rôle perçu et souhaité .....	30
II- La place du dispositif dans le processus du maintien à domicile .....	32
A. La trajectoire d'aide au fil du temps .....	32
B. L'acceptation de la décision .....	36
III- Acceptabilité et usage du dispositif .....	39
A. L'utilisabilité.....	40
B. L'utilité .....	41
C.L'acceptabilité.....	47
Discussion.....	49
Conclusion.....	53
Bibliographie .....	55



---

## Liste des annexes

---

Annexe I : Plaquette de présentation OKemed .....	61
Annexe II : Guide d'entretien – bénéficiaires du dispositif .....	63
Annexe III : Guide d'entretien – aidants .....	66
Annexe IV : Guide d'entretien – pharmaciens/préparateurs en pharmacie .....	69
Annexe V : Guide d'entretien – infirmiers libéraux qui connaissent le dispositif .....	71
Annexe VI : Guide d'entretien – aides à domicile/éducateurs spécialisés .....	73
Annexe VII : Guide d'entretien – médecins généralistes .....	75
Annexe VIII : Guide d'entretien – infirmiers libéraux qui ne connaissent pas le dispositif .....	77



---

## Index des abréviations et des sigles

---

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

HAS : Haute Autorité de Santé

PDA : Préparation des Doses à Administrer

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

AVK : Anti-Vitamine K

ARS : Agence Régionale de Santé

OTC : Over The Counter

MNU : Médicaments Non Utilisés



## Introduction

Depuis le XXe siècle, grâce au progrès de la science, une transition épidémiologique des maladies a été observée dans le monde. Les pathologies infectieuses aiguës sont en recul laissant place à des pathologies chroniques non-infectieuses tel que le diabète, l'hypertension, les maladies mentales etc. Cette transition implique de nouveaux défis pour les systèmes de santé ainsi que leurs usagers (Sabaté & World Health Organization, 2003). En effet, les pathologies chroniques étant par définition des maladies sur le long terme, leur prise en charge ainsi que leur vécu est différent de celui des pathologies aiguës. De nouveaux concepts apparaissent donc pour favoriser la prise en charge, augmenter la qualité de vie et limiter la progression de la maladie.

## L'observance

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

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

- **Des facteurs sociaux et économiques** : âge, sexe, éducation, profession, revenus, religion, environnement rural ou urbain...
- **Le système de santé** : l'accessibilité et la disponibilité du système, les remboursements et les frais de santé ainsi que l'information au public

- **Les professionnels de santé** : la relation que le patient entretient avec ses soignants est essentielle. Une bonne relation augmente l'observance
- **Les caractéristiques de la maladie**
- **Les caractéristiques du traitement**
- **Les facteurs liés aux patients** comme la perception de la maladie, l'auto-efficacité ou encore le contrôle perçu

Cela signifie que l'observance est multifactorielle mais dépend aussi de nombreux acteurs (Sabaté & World Health Organization, 2003).

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

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

### La iatrogénie médicamenteuse

Quand on parle de soins, il est impossible de ne pas évoquer les traitements médicamenteux. Une notion clé à évoquer lorsque l'on parle de médicaments est la iatrogénie médicamenteuse. Ce terme peut se définir par l'apparition d'effets indésirables lors de la prise de médicaments. Ces effets indésirables sont définis par l'OMS comme « *toute réponse néfaste et non recherchée à un médicament*

survenant à des doses utilisées chez l'Homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic et de traitement » (Ankri, 2002). On peut alors distinguer plusieurs effets indésirables : ceux sans mauvais usages thérapeutiques et ceux avec mauvais usages thérapeutiques. Ces derniers peuvent être dus à un mésusage<sup>1</sup> d'un soignant ou du malade lui-même pour cause d'automédication<sup>2</sup> ou de mauvaise observance (Queneau & Grandmottet, 1998). On peut aussi parler de iatrogénie évitable et de iatrogénie non-évitable. La iatrogénie évitable correspond à une erreur dans la prise de médicaments ou à des interactions entre différents médicaments. La iatrogénie non-évitable correspond quant à elle à des effets indésirables liés au mode de fonctionnement du médicament ou aux allergies (*Médicaments après 65 ans*, 2021). Les effets indésirables peuvent donc entraîner des conséquences différentes sur les personnes allant de symptômes bénins à des effets indésirables graves qui peuvent provoquer le décès de la personne.

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

La iatrogénie est donc aussi un enjeu fort de santé publique sur le plan de la santé de la population mais aussi au niveau de l'économie de la santé. En effet, les accidents iatrogéniques sont responsables d'hospitalisations qui représentent tout de même 5 à 25% des admissions hospitalières et 10% des admissions en urgences pour les personnes âgées ce qui entraîne un surcoût des soins pour la collectivité (Monégat & Sermet, 2014). Ce phénomène ne serait pas anecdotique car les personnes âgées à domicile seraient 43% à consommer entre 5 et 10 médicaments par jour et 2% consommeraient plus de 10 médicaments par jour (Fournier, 2002).

---

<sup>1</sup> Usage abusif ou détourné (définition Larousse®)

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

L'observance et la iatrogénie sont intrinsèquement liées car une polymédication est souvent source de iatrogénie et d'inobservance thérapeutique à cause d'un schéma thérapeutique<sup>3</sup> trop complexe. Les personnes polymédiquées sont généralement des personnes avec une ou plusieurs pathologies chroniques. On les retrouve surtout dans la population des personnes âgées (Carrier et al., 2017). Cependant, leur prise en charge ne peut se limiter à la prise de médicaments et les soignants doivent prendre en compte la globalité de l'environnement de la personne. En effet, le vieillissement peut s'accompagner de limitations d'activités dues à des pertes physiologiques ou pathologiques. On peut alors parler de patients dépendants ou en perte d'autonomie.

### La dépendance ou perte d'autonomie des patients

La dépendance ou perte d'autonomie chez les patients est définie dans la loi comme « *l'état d'une personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance particulière* » (*Qu'est-ce qu'une personne dépendante ?*, 2016). La dépendance est un concept qui s'applique principalement aux personnes âgées mais elle peut aussi correspondre aux personnes avec un handicap physique ou mental ou encore à certaines personnes avec des pathologies chroniques.

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

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

La prise en charge de ces personnes est divisée entre des nombreux professionnels et la coordination entre ces derniers est souvent complexe. De plus, de nombreuses technologies sont développées à destination de ce public. Il existe des aides techniques à la compensation d'incapacités physiques

---

<sup>3</sup> Ensemble de différents traitements réalisés dans un ordre bien définis.

comme les cannes, les appareils auditifs..., des biens liés à l'aménagement de la maison comme des ouvertures ou fermetures automatiques de portes, des barres d'appui... mais aussi des outils liés à la sécurisation des patients comme des détecteurs de chutes ou encore des outils informatiques de stimulation ou de communication... (Joël, 2013). A cela s'ajoutent toutes les aides à la prise médicamenteuse comme la plus connue : le pilulier.

Certaines aides technologiques, à destination de ce public, peuvent ainsi être développées par et/ou pour des professionnels de santé. Les aides à la prise médicamenteuses sont parfois investies par les pharmaciens. En effet, ces derniers, par leur rôle de professionnels de santé formés spécifiquement sur les médicaments, ont une place centrale dans l'observance d'un traitement et la prévention de la iatrogénie. Le métier de pharmacien consiste à fournir des conseils et des informations aux patients, tout en effectuant une surveillance des traitements ainsi qu'une identification des problèmes qui peuvent survenir. De plus, ces aides à conseiller rejoignent l'idée du « soin pharmaceutique » qui devient une nouvelle philosophie de la pratique avec de nouveaux rôles comme l'éducation thérapeutique, le suivi des traitements ou encore la surveillance de la capacité du patient à prendre correctement ses médicaments (Sabaté & World Health Organization, 2003). Cette profession possède donc un rôle indispensable dans l'aide à la prise médicamenteuse des personnes en perte d'autonomie.

### Le métier de pharmacien

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

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

- **Les médicaments à prescriptions obligatoires** représentent en moyenne 82% du chiffre d'affaires ;
- **Les médicaments à prescription médicale facultative** aussi appelés médicaments conseils constituent 12% du chiffre d'affaires ;

- **Les produits de parapharmacie** représentent 4% du chiffre d'affaires mais dépendent de l'officine ;
- **La vente et la location du matériel médical** représentent 2% du chiffre d'affaires.

On voit donc que l'activité principale des pharmacies est fondée sur les médicaments sur ordonnance et les médicaments conseils (E. Nouguez, 2017).

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

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

Par ailleurs, la pharmacie est un lieu où se joue une partie du parcours de soins du patient car celui-ci est obligé d'y passer dès lors que le médecin lui prescrit un traitement médicamenteux. Ainsi, la place du pharmacien dans la médecine de ville est incontestable. De plus, les pharmacies étant soumises à un maillage territorial régi par l'Etat, la population est à proximité d'une pharmacie peu importe où elle se trouve sur le territoire, contrairement à d'autres professions qui peuvent désertier certaines zones moins attractives. Ceci a été exploité par le gouvernement français avec comme exemple la vaccination anti-covid autorisée en pharmacie pour accélérer l'accès à l'ensemble de la population.

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

## La Préparation des Doses à Administrer (PDA)

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

En France, la PDA existe depuis plusieurs années. Elle est principalement destinée aux patients résidant en EHPAD qui ne possèdent pas de Pharmacie à Usage Intérieur (PUI). La PDA est la préparation de piluliers par la pharmacie d'officine. Le fonctionnement de la PDA ne diffère pas beaucoup d'une délivrance « classique » à l'officine. La pharmacie, lorsqu'elle reçoit l'ordonnance, sort les boîtes nécessaires de son stock et facture les médicaments exactement comme pour un patient qui ne serait pas en EHPAD. La différence consiste en la création du pilulier. Celui-ci peut se présenter sous différentes formes : sous forme de piluliers thermoformés ou de sachets-doses par exemple. Les différences majeures avec les piluliers fait par des infirmiers ou les patients ou leur entourage, outre la forme, sont le nombre de jours ainsi que la traçabilité. En effet, les piluliers faits en pharmacie peuvent être réalisés pour une semaine à quatre semaines là où les autres piluliers sont réalisés pour 1 semaine maximum. Il y a aussi généralement annoté sur chaque case ou sachet représentant une prise : le nombre de médicaments, la posologie, le nom de la pharmacie, le nom du patient et d'autres informations. Cela permet de favoriser la traçabilité du médicament. Enfin, dans ces PDA les médicaments sont soit dans leur blister<sup>4</sup> et ce dernier est découpé afin de ne prendre que le nombre de médicaments nécessaire ou les médicaments sont sortis des blisters. Cela dépend du type de PDA. Dans les PDA manuelle, les médicaments sont laissés dans les blisters alors que dans la PDA semi-automatique ou automatique les médicaments sont généralement « déblistérés<sup>5</sup> ».

Ainsi, la PDA a pour but de sécuriser la prise des médicaments en EHPADs et de faire gagner du temps aux infirmiers qui passent plusieurs heures par semaines à faire les piluliers manuellement pour les résidents.

Si la PDA est ordinaire pour les EHPADs aujourd'hui, cela n'a pas toujours été le cas et la législation qui encadre cette pratique reste encore libre à interprétation. La PDA à destination des EHPADs n'est jamais clairement évoquée mais il est possible d'estimer que son rôle rentre dans les articles R.5126-111 à 115 du Code de la Santé Publique. De plus, dans l'article R4235-48, il est précisé que le pharmacien peut assurer « la préparation éventuelle des doses à administrer ». Face à cette absence de clarté dans la législation de la pratique, les pharmaciens et leur représentant réclament depuis

---

<sup>4</sup> Enveloppe métallique autour des médicaments communément appelés « plaquettes ».

<sup>5</sup> Sortis de leurs blisters

plusieurs années un encadrement plus important. Un rapport de l'Académie Nationale de Pharmacie datant de juin 2013 (*La Préparation des Doses à Administrer - PDA : la nécessaire évolution des pratiques de dispensation du médicament*, 2013) estime que cette absence de législation ne permet pas de la promouvoir, notamment auprès des patients ne résidant pas en EHPAD. Un guide des « bonnes pratiques » encadrant la PDA est demandé depuis 2013 par les professionnels mais n'a jamais été rédigé. Une demande de l'Ordre National des Pharmaciens sur ce sujet a été réitérée lors du Ségur de la santé en 2020 pour préserver l'autonomie des patients âgés (Wolf-Thal, 2020). Si la PDA n'est pas une pratique récente, elle reste toujours un sujet d'actualité.

Transposer la PDA pour les EHPADs, à destination des patients à domicile n'est pas chose aisée. La PDA en EHPAD est aujourd'hui courante, par exemple, 78% des EHPAD en Ile de France y ont recours (Saunière et al., 2016). Certaines personnes qui résident à leur domicile ont des profils similaires à ceux en EHPADs, on peut donc se poser la question de transposer ce dispositif à ces personnes. En effet, les patients fragiles voir dépendants et polymédiqués sont souvent le profil des patients admis en EHPADs. Pour ces patients, les médicaments prennent une place importante dans leur prise en charge. En effet, plus un patient a des signes de fragilité, plus il prend de médicaments et donc plus il a des risques de iatrogénie et de non-observance (Herr et al., 2017). C'est donc ici que la PDA pourrait intégrer le réseau de prise en charge de ces patients. Si les pharmacies s'occupent de l'entièreté du cycle du médicament, du renouvellement d'ordonnance à la délivrance sous forme d'un pilulier mensuel, cela pourrait faciliter et sécuriser le circuit du médicament. De plus, cela pourrait décharger certains professionnels, notamment les infirmiers libéraux, de faire le pilulier mensuellement et faciliter le suivi de l'observance des patients. En effet, actuellement pour ces personnes, ce sont souvent les aidants ou les infirmiers qui s'occupent des médicaments. En déléguant complètement cette tâche aux pharmaciens, cela pourrait dégager du temps aux autres professionnels pour consacrer leur temps à d'autres tâches auprès des patients. Les infirmiers qui passent au domicile sont souvent sollicités pour d'autres actions qui ne sont pas comprises dans leur tâche initiale et qui ne sont pas rémunérées. Pourtant, elles sont d'une grande aide pour les patients (Douquet & Vilbrod, 2008). Diminuer le nombre de tâches liées aux médicaments pourrait permettre d'augmenter ce temps informel avec les patients.

Par ailleurs, la gestion des médicaments pouvant être compliquée, la déléguer aux pharmaciens pourrait permettre de limiter l'oubli des renouvellements de l'ordonnance auprès du médecin, l'oubli de renouvellement des ordonnances à la pharmacie, limiter le nombre de médicaments disponible au domicile du patient, sécuriser la délivrance de médicaments, améliorer le suivi par les aidants et les professionnels. Un patient qui a recours à la PDA est un patient qui devra déposer ses ordonnances à la même pharmacie régulièrement. Ainsi, si une pharmacie dispose de l'exhaustivité des ordonnances

elle sera plus à même de détecter les prescriptions inappropriées, les interactions médicamenteuses et la polymédication (Herr, 2018).

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

### Problématisation et objectif de l'étude

Au regard de toutes ces informations, il est patent que la question de la prise en charge des patients en perte d'autonomie amène de nombreuses questions sanitaires et économiques. De nombreux programmes à destination de ce public ont vu le jour au cours des dernières années. Pourtant, il convient d'être vigilant dans la création de programmes, sur les promoteurs de ces derniers et la raison pour laquelle ils souhaitent mettre en place une telle action. En effet, il apparaît important d'obtenir un équilibre entre juridique et sanitaire sur ces programmes afin d'éviter leur instrumentalisation (Tabuteau, 2007).

La PDA pourrait être une solution mais étant peu développée pour les patients à domicile, il n'existe pas de données en France sur son efficacité et son acceptabilité. Il nous est apparu dans cette étude que nous devrions dans un premier temps nous intéresser à la question de l'acceptabilité du dispositif par toutes les parties prenantes puis à la question de l'usage de ce dispositif. Nous avons réalisé ceci dans le but de comprendre dans quelle mesure ce dispositif s'inscrit dans la prise en charge des patients ainsi que les avantages et les inconvénients perçus par les usagers et les professionnels.

Ces questions de recherche sur l'acceptabilité et l'usage du dispositif nous ont conduit à dégager trois grands axes concernant la PDA au domicile des patients. Tout d'abord, nous allons présenter le dispositif de PDA étudié ainsi que la méthodologie employée. Ensuite, nous allons parler de la place de ce dispositif dans la médecine de ville. Nous allons discuter des modifications des relations entre professionnels au niveau intra et interprofessions que cela provoque. Puis, nous allons développer la mise en place du dispositif. Nous allons voir qui décide de le mettre en place ainsi que les raisons et quel retentissement cela peut avoir. Enfin, nous parlerons de l'acceptabilité de ce dispositif auprès des usagers direct, c'est-à-dire les patients et les aidants.



## Méthodologie

Avant de rentrer dans l'explication de la méthode employée pour cette étude, il nous semble important de présenter plus en détail le dispositif qui a été étudié. Cela permettra de mieux appréhender le discours de personnes interrogées et facilitera la compréhension des enjeux et problématiques soulevées.

### Présentation du dispositif

Cette étude s'est déroulée dans le cadre d'un stage au sein du Gérontopôle AURA. Cette structure a été mandatée par l'association OKemed, qui propose la PDA au domicile des patients, pour évaluer l'acceptabilité, l'usage et l'impact de leur service sur les usagers et les professionnels. OKemed est une association selon la loi 1901 fondée par un ancien ingénieur ainsi que sa femme pharmacienne titulaire d'une officine.

La volonté des promoteurs du projet était de réaliser ensemble un projet au service de la société. Ils se sont donc naturellement tournés vers la pharmacie grâce à l'activité de titulaire en pharmacie d'une des promotrices. Après avoir expérimenté différents services comme la prise de données biologiques de santé (tension, rythme cardiaque etc...) et l'envoi au médecin, l'association avec des infirmiers libéraux pour venir faire des prélèvements dans la pharmacie ou encore l'envoi de commande à distance. Ils ont ensuite décidé de se lancer dans la PDA au domicile des patients. Ce choix a été fait suite aux échecs de certains des projets précédents et à la volonté de se concentrer sur des activités pharmaceutiques. Les promoteurs ont alors mené des enquêtes et ont considéré que ce service avait une utilité et répondait à une demande.

Le dispositif s'étend actuellement à Saint-Etienne et aux alentours (20km environ autour) avec une distribution par commune. L'association comporte cinq pharmacies partenaires dont la sienne : trois pharmacies dans la ville de Saint-Etienne et deux pharmacies dans des communes environnantes. La pharmacie principale, promotrice du projet, dirigée par la titulaire co-présidente de l'association est située dans une commune proche de Saint-Etienne.

L'association a été créée en 2019 et distribue à ce jour les médicaments pour 63 personnes. Depuis 2019, le dispositif OKemed a été utilisé par 82 patients. Il a été arrêté par 19 personnes pour les raisons suivantes :

- Le décès de la personne (8 personnes),
- L'entrée en EHPAD (7 personnes),

- Les infirmiers refusent de travailler avec le dispositif (3 personnes),
- Les médicaments sont rétrocédés<sup>6</sup> par l'hôpital pour une chimiothérapie ce qui fait doublon avec la PDA de la pharmacie (1 personne).

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

### **Population :**

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

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

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

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

---

<sup>6</sup> Dispensation, par la PUI d'un établissement de santé, de médicaments à des malades non hospitalisés (définition Vidal®)

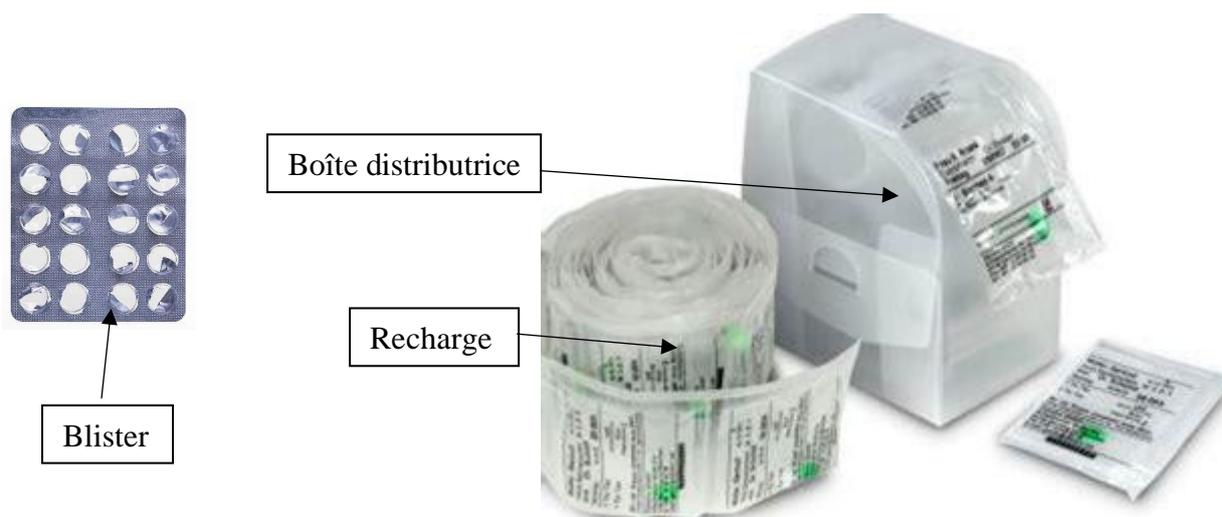
Cela donne la répartition suivante des patients qui utilisent le dispositif :

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

### Le fonctionnement de la PDA :

Le dispositif mis en place par l'association OKemed est fondé sur le même principe d'approvisionnement des EHPADs en piluliers pour les résidents. Les ordonnances sont saisies dans les logiciels pharmaceutiques comme toutes les ordonnances et les médicaments sont facturés par boîte comme pour les autres patients. Cependant, une fois la facturation effectuée, les médicaments sont ensuite retirés du stock de la pharmacie, déconditionnés et mis dans une machine. L'ordonnance ainsi que la posologie des médicaments prescrits sont rentrées dans un logiciel. La machine remplit alors les sachets doses par prise des médicaments qui ont été préalablement « déblistérés ».

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



Les médicaments inclus dans les sachets doses ne sont que des médicaments pris sous une forme orale sèche (comprimés et gélules). Les autres types de médicaments tels que les lyophilisats, les gouttes, les comprimés effervescents, les poudres etc... ne sont pas intégrés dans les sachets-doses. Ils sont délivrés à côtés mais un rappel est inscrit sur les sachets-doses au moment de la prise au même titre que les autres médicaments. Ils ne peuvent être délivrés dans les sachets à cause de la taille ou parce

que la pharmacie n'aurait plus la capacité de garantir la bonne stabilité du médicament après la sortie du blister.

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

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

#### **Livraison :**

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

#### **Suivi avec les aidants :**

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

#### **Professionnels en lien avec le dispositif :**

Nous allons également nous intéresser à l'articulation du dispositif avec les autres professionnels de santé et médico-sociaux. Les professionnels en lien avec le dispositif sont les médecins, les pharmaciens, les infirmiers libéraux, les aides à domicile et les éducateurs spécialisés.

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

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

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

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

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

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

#### **Recrutements des patients et choix de l'officine :**

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

Certaines pharmacies sont plus impliquées que d'autres dans le projet. En effet, nous remarquons que la pharmacie promotrice du projet équipe 48 patients, soit 76% de l'ensemble des bénéficiaires. Le reste se répartit de la manière suivante : 13% par une pharmacie de campagne dans une commune à

côté de Saint-Etienne puis à 8% par une pharmacie dans Saint-Etienne et les 2 dernières pharmacies dans la même ville se partagent chacune 1,5% de la distribution des patients.

Une fois le patient recruté, il doit choisir l'officine qui s'occupera de la délivrance des médicaments. En effet, seules les pharmacies partenaires peuvent délivrer le dispositif. Pour être partenaire, les officines doivent déjà disposer de la machine nécessaire pour faire les piluliers en sachets-dose. Seules les officines qui délivrent des EHPADs disposent aujourd'hui de ce matériel. Cela limite grandement le nombre de pharmacies disponibles.

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

#### **Convention :**

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

OKemed signe aussi une convention avec les pharmacies partenaires.

#### **Economie du dispositif :**

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

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

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

## Recrutement de la population

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

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

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

Nous avons eu de nombreuses difficultés à recruter des infirmiers libéraux qui utilisaient le dispositif, c'est pour cela que nous avons décidé d'interroger des infirmiers libéraux qui ne connaissaient pas le

dispositif afin d'essayer de comprendre les motivations, freins et leviers de cette profession vis-à-vis de ce dispositif.

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

Nous souhaitons mettre en avant que nos entretiens ne reflètent peut-être pas la réalité du terrain notamment pour certaines professions comme les médecins généralistes et les infirmiers libéraux qui utilisent le dispositif car nous n'avons pu interroger qu'une seule personne de ces catégories. Nous n'avons pas atteint l'exhaustivité des données, nous n'avons qu'une vue d'ensemble d'un petit échantillon qui travaille avec ce dispositif.

### Utilisation de la méthode des entretiens semi-directifs

Dans le cadre de notre recherche sur l'acceptabilité du dispositif de distribution des médicaments en sachets-doses, nous avons mis en place une méthode de recueil de données qualitatives : l'entretien semi-directif. La méthode de l'entretien se caractérise par des grands principes généraux décrits par Roethlisberger et Dickson en 1943. Ces principes sont détaillés par Blanchet et Gotman en 1992. On parle alors « d'écoute du discours », l'intervieweur doit se placer dans une posture neutre et bienveillante. Le cadre de l'entretien doit être favorable à la parole cependant il ne faut pas perdre de vue que ce dernier n'est pas une discussion mais une situation de recherche. Le chercheur doit faire attention à son attitude, il doit aider l'interviewer à parler sans « conseiller, juger, ni discuter » tout en gardant un regard critique et non autoritaire sur le discours. Le chercheur peut ainsi aiguiller sur des points qui auraient été omis. Afin de mieux appréhender les entretiens semi-directifs, il est important de construire un guide d'entretien qui va servir à préparer les entretiens (Blanchet & Gotman, 1992).

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

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

*Tableau 1 Tableau de présentation des entretiens*

## L'analyse

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

## I- Un dispositif qui modifie les relations et les perceptions des professions médicales et paramédicales

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

### A. L'interprofessionnalité : entre confiance et défiance

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

#### 1. Hiérarchie de soins et reconnaissance du travail

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

*« Interviewer : Est-ce que vous pensez que la PDA ça fait partie du métier de pharmacien de base ou c'est un nouveau service qui est rajouté en plus de ce que vous faites déjà ?*

*Jean : Moi je l'ai vu que j'étais euh... on était au Canada en 2000 et ils la faisaient déjà la PDA au Canada dans des blisters thermoformés là bon ça ça avait aucun intérêt*

*parce que je l'ai vu aussi en Angleterre où c'était effectivement c'était le pharmacien qui était chargé de faire la PDA alors ça a aucun intérêt pour nous parce que faire des piluliers ou découper des blisters à longueur de journée sous prétexte qu'on est pharmacien euh.. non ça ça intéressera pas les pharmaciens moi le premier (rire). On veut bien piloter, organiser, mettre en place par contre après effectivement euh ... **c'est des préparateurs qui font ce travail c'est pas nous quoi.** » Titulaire pharmacie, 62 ans, Ville, Travail avec le dispositif.*

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

*« Claire : Je trouve ça dommage que la pharmacie nous appelle pour nous dire euh en fait si vous voulez j'ai la sensation que les pharmacies enfin moi la pharmacie qui fait OKemed parce que j'en ai qu'une seule **mais les pharmacies qui pratiquent OKemed ils voient qu'on arrive au bout de l'ordonnance euh... ils nous appellent nous pour prendre rendez-vous chez le médecin alors que bah si c'est ça si vous voulez tout prendre en charge prenez-le en charge hein ! Faites-le appelez le médecin, prenez rendez-vous pour le patient déplacez-vous dites-le au au patient mais ne nous appelez pas nous pour nous dire « on arrive à la fin de l'ordonnance, il faut prendre rendez-vous chez le médecin » euh... donc c'est nous qui appelons le médecin, c'est nous qui retournons chez le patient pour lui dire vous avez rendez-vous tel jour tel jour c'est nous qui lui rappelons euh c'est nous qui récupérons le bon de transport pour que ce soit OKemed qui fasse le boulot. **Soit ils prennent tout soit ils prennent rien.** Moi je suis pas enfin nous on est euh **on est l'entre-deux on est entre le marteau et l'enclume et c'est souvent pas très confortable.** » Infirmière libérale, 41 ans, Campagne, Travail avec le dispositif.***

Ce processus cristallise d'autant plus les infirmiers libéraux que les pharmaciens, de plus en plus, se positionnent dans la hiérarchie médicale comme secondaire après le médecin voir à égalité avec lui en qualité de « professionnel du médicament » (E. Nouguez, 2017). Cela s'oppose en partie à une vision des infirmiers libéraux de leur métier. Alors que les médias parlent des activités des pharmaciens et que celles-ci sont reconnus par les autorités de santé, les infirmiers de leur côté effectuent des tâches dans l'ombre qu'ils jugent essentielles pour le maintien des patients. En effet, une grande partie des

tâches qu'effectuent les infirmiers libéraux ont un caractère informel et échappent à la prescription médicale. Elles ne sont donc pas rapportées aux autorités de santé car ce sont des actes « bénévoles ». Pourtant ce sont des tâches importantes pour le patient mais aussi pour l'infirmier comme pour favoriser le confort du patient (faire des courses...), pour aider à l'entretien du logement ou pour accompagner les patients lors de son parcours de soins (Douguet & Vibrod, 2008). Ainsi, ces tâches réalisées par les infirmiers comme aller chercher l'ordonnance chez le médecin, ou ramener les médicaments chez le patient étaient déjà mise en place pour certains patients.

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

*« Noémie : Ce qui me dérange en fait c'est qu'on a une formation en tant qu'infirmier pour faire certains actes et **c'est le cœur de notre boulot** et ça me gêne un peu que la pharma, [...] **ça me gêne un peu que la pharma récupère un petit peu tout en mode juste euh... machine à sous euh...** la vaccination entre autres euh qui est un acte infirmier et que là on peut aller se faire vacciner chez son pharmacien et que c'est eux qui récupèrent, pas les collègues infirmières. Et les traitements c'est pareil nous quand on y va en fait du soin, et je dis pas qu'un pharmacien il fait pas de soins, mais quand il est tout seul dans son officine à préparer ses traitements **il en fait forcément un petit peu moins que nous quand on est au pied du patient et qu'on est avec lui pour faire les choses** donc c'est c'est aussi ce versant-là qui me dérange. » Ancienne infirmière libérale, reconversion professionnelle en artiste, ne travaille pas avec le dispositif.*

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

« Interviewer : Qu'est-ce que vous pensez juste du dispositif le fait que ce soit en sachet doses que ce soit un rouleau qui est donné aux patients tous les mois, qu'est-ce que vous pensez de ce dispositif-là précisément.

Emilie : Je pense que c'est une bonne idée alors écologiquement c'est pas terrible mais sinon **c'est une bonne idée pour le patient**. Voilà c'est vraiment un apport et **nous c'est une aide thérapeutique supplémentaire** ou voilà, je dirais que c'est un entre deux quand certaines pathologies notamment de mémoire **s'installent c'est quand même leur laisser la liberté de de pas être surveillé par un professionnel** et en même temps voilà euh **d'être sûr qu'ils font qu'ils font pas n'importe quoi avec leur traitement**. »  
Médecin généraliste, 35 ans, Campagne, Connaît le dispositif.

## 2. Captation et notion de « bon » soins

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

« Pascal : La préparation pure de piluliers n'est pas un acte infirmier en tant que tel. Ce qui est un acte infirmier c'est la surveillance clinique hebdomadaire dans laquelle il peut faire de la préparation de piluliers bien sûr. Y a la surveillance clinique, y a la surveillance des symptômes, la surveillance des paramètres de santé euh de l'observance etc... Et tout ça ils peuvent le faire en utilisant ce système-là et puis il y a le euh voilà y a ça, y a le suivi clinique hebdomadaire et y a celui de la prise des traitements quotidiens qu'ils peuvent faire aussi en utilisant ça. **Dans tous les cas ils gagnent du temps** mais arriver à faire comprendre ça aux **infirmiers souvent ils ont un peu peur certains ils disent oula on commence à nous prendre notre travail**. »  
Président de l'association OKemed, ingénieur.

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

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

*«Noémie : une infirmière libérale... le temps qu'elle passe à faire un pilulier elle est pas large l'infirmière libérale quand elle a une tournée de 40 patients... mais elle sait que le lundi elle va chez monsieur machin pendant 20 minutes fait le pilulier et que le mardi ça sera chez madame truc et mine de rien c'est 20 minutes ça peut être et comment ça va et machin et **on papote et en papotant on va voir ce qui manque, ce qui va, ce qui va pas, on va pouvoir avoir le temps de regarder l'état de la maison qu'on a pas le temps de faire quand tu donnes des comprimés en trois secondes on n'a pas le temps voilà on va avoir tout ce temps-là mine de rien qui n'est plus et moi je suis très attaché à ça (rire) Pour moi c'est le cœur du truc quoi même en ... j'entends que ça peut être un gain de temps... pour les infs pour les infs libérales mais même faut pas oublier pourquoi on ... on à ce diplôme-là.** » Ancienne infirmière libérale, reconversion professionnelle en artiste, ne travaille pas avec le dispositif.*

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

## B. Une perception individuelle de sa propre profession secoué

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

## 1. Le rapport au temps modifié

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

*« Interviewer : Qu'est-ce que vous pensez du service qu'ils proposent ?*

*Claire : [...] Je trouve ça assez utile euh parce que euh parce que pour nous c'est du travail en moins parce qu'on refait pas les semainiers et mine de rien c'était hyper fastidieux. » Infirmière libérale, 41 ans, Campagne, Travail avec le dispositif.*

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

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

*« Interviewer : Parce que vous êtes payés pour faire le semainier mais vous êtes pas forcément payé pour délivrer les médicaments aux patients ?*

*Claire : Oui pour faire les semainiers une fois par semaine chez les gens chez qui on va une fois par semaine, on fait une surveillance clinique hein tension, poids euh*

saturation, état clinique, état cutané euh et en même temps nous on faisais les semainiers donc voilà et **chez les patients chez qui on va tous les jours les ¾ du temps on passe euh on passe en séance de soins infirmiers** parce que on ne fait pas que distribuer des médicaments et **dans ces cas-là pour nous ouais c'est du gain de temps** mais c'est vrai que si on va chez des patients, **on a quelques patients chez qui on va juste pour donner les médicaments tous les jours euh... on a déjà un risque de contrôle de la sécu** parce que c'est quand même ultra encadrés et que tous les patients ne peuvent pas l'avoir. Pour nous, c'est des patients avec des troubles cognitifs, des patients de plus de 75 ans, des patients Alzheimer euh voilà. **Donc il faut vraiment qu'on justifie notre passage pour juste une délivrance de médicaments.**

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

**Claire : Non ! Non. Pas forcément** » Infirmière libérale, 41 ans, Campagne, Travail avec le dispositif.

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

« Jean : Si vous avez pas de machine pour faire des sachets c'est très compliqué de faire OKemed alors **si on peut le faire mais avec des blisters donc pas du tout le même système et puis c'est pas très intéressant.** C'est pas très intéressant parce que effectivement c'est ... c'est des ... je sais pas si vous avez vu ça s'appelle des systèmes ça s'appelle M\* ou des systèmes c'est des espèce- c'est des petits piluliers en plastique mais dans lequel vous mettez vos... vos comprimés et dessus vous étalez une feuille qui indique euh... la case qui est dessous avec le jour, le nom du patient, l'heure et puis euh les comprimés qu'il y a à l'intérieur. Donc c'est un système qui est manuel et euh... bon c'est un **peu, c'est beaucoup plus lourd que la PDA** et puis euh... et puis c'est ça c'est **un petit peu plus fastidieux** donc mais bon les ... les les pharmaciens pourraient le faire. Sauf que ce système-là coûte environ euh...5 ; 5 ou 6 euros rien que pour faire les petits piluliers en plastique là euh... de de matières premières euh... donc plus un logiciel pour pour faire la feuille et les étiquettes qui vont se mettre sur ce sur ce sur ce pilulier je sais pas si j'ai été clair mais vous regarderez voilà.

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

**Jean : La la PDA coûte moins cher oui oui oui.** » Titulaire pharmacie, 62 ans, Ville,  
Travaille avec le dispositif.

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

« Interviewer : Est-ce que vous pensez que c'est quelque chose [la PDA] qui est normal de faire pour un pharmacien ou est-ce que vous pensez que c'est un service qu'on vous rajoute en plus et du coup c'est un travail supplémentaire à faire ?

Létitia : Bah **c'est un peu un travail supplémentaire** parce que à la base on le faisait pas donc enfin c'est euh... On le faisait pas du tout donc oui on va dire que c'est un travail en plus **mais euh qui est gratifiant** donc **ça apporte plein de choses** quand même donc euh... C'est un autre côté du métier parce que en plus je pense que **au niveau pharmacie il faut quand même se démarquer au niveau du service** »  
Préparatrice en pharmacie, Campagne, Travail avec le dispositif.

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

« Laurine : Moi je vais euh je prépare pas les médicaments mais par **contre je vais leur chercher les médicaments à la pharmacie** euh... alors notamment moi j'ai alors pas Mme. H\* mais euh j'ai une dame Mme. C\* c'est moi qui gère euh... toujours la pharmacie etc euh... donc **c'est moi qui lui dis voilà faudra bientôt prendre rendez-vous chez le médecin pour renouveler votre euh... votre ordonnance** etc et euh... mais euh oui oui ça arrive » Aide à domicile, 30 ans, Travail avec le dispositif.

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

## 2. La question de la responsabilité juridique

Les aides à domicile et éducateurs spécialisés n'étant pas des professionnels de santé mais des professionnels médico-sociaux, la délivrance de médicaments est pour eux une problématique délicate. En effet, ils sont souvent sollicités par les patients pour les aider sur leur médication ce qui est en dehors de leurs attributions. Pourtant, ils le font pour aider la personne, dans une relation de confiance et d'aide à la qualité de vie.

*« Interviewer : Et comment vous vous ressentez le fait d'aider vos patients à la prise médicamenteuse ? Est-ce que ça vous stresse ou vous trouvez ça normal et c'est votre métier ?*

*Laurine : Alors oui **c'est stressant** euh dans le sens ou en fait **je le fais pas tout le temps** donc euh... le quand moi je le fais alors c'est stressant enfin du moins **je fais attention de pas me planter** euh parce que c'est pas tous tout le monde qui... c'est pas toutes les personnes âgées qui vont vérifier euh... les médicaments etc donc **euh je préfère prendre euh euh... 5-10 minutes de plus pour être sûr que ça soit bien fait.** Ça c'est c'est une évidence euh... **par contre non moi ça ne me gêne pas dans mon métier du tout de de donner des médicaments** » Aide à domicile, 30 ans, Travail avec le dispositif.*

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

*« Interviewer : Et vous vous sentez comment quand vous faites ce genre de tâches [distribution de médicaments] ?*

*Léo : Bah c'est toujours particulier parce que c'est quand même des traitements en général qui sont lourds euh avec **des effets qui sont pas qui sont pas anodins** donc c'est vrai que ça fait euh... Comment vous dire euh... Le le geste c'est pas qu'il est anodin mais on va **dire les conséquences derrière peuvent euh peuvent être importantes.** Euh c'est des traitements qui ont quand même des effets euh sur du long terme, sur du court terme qui sont quand même assez conséquents donc ça fait euh **y a quand même une certaine responsabilité effectivement.** » Educateur spécialisé, association d'aide à domicile pour personnes autistes, Travail avec le dispositif.*

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

*« Léo : Le côté délivrance de cachets qu'on disait tout à l'heure où effectivement ou euh bah là c'est déjà prêt, par rapport à l'ordonnance il y a juste à ouvrir le sachet on donne ça peut éviter une surdose ou se tromper de traitement, d'inverser euh... Et puis ouais c'est c'est facile d'ailleurs à prendre en main. » Educateur spécialisé, Association d'aide à domicile pour personnes autistes, Travail avec le dispositif.*

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

### 3. Entre rôle perçu et souhaité

Ces professions étant des professions libérales, cela leur confère un deuxième niveau d'étude. En effet, cela veut dire que ces professions se sont vu remettre le pouvoir de décider la mise en adéquation des ressources avec les situations de travaux rencontrées. Cela signifie qu'en fonction des professions, le statut libéral n'aura pas la même définition. Pour le métier des infirmiers libéraux, l'autodétermination est le facteur définissant de leur profession. Chaque infirmier peut donc avoir des idées et des positionnements différents sur la prise en charge d'un patient (Feyfant, 2017). C'est en partie sur ce point que les infirmiers interrogés ne sont pas d'accord avec le dispositif.

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

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

biologiques mais aussi sociaux et humains. C'est dans cet optique que l'infirmier s'inscrit et ne pourra jamais être remplacé par un objet technique.

*« Alexandre : En général, de toute façon faire le pilulier comme vous dites c'est ...soit on le fait une fois par semaine **mais c'est pas faire le pilulier ça correspond à une séance de soins infirmiers hebdomadaire** en général vous faites pas que le pilulier et donc enfin bon **si vous faites que le pilulier c'est dommage** on va dire mais **en tout cas c'est pas comme ça que la Sécurité Sociale entend cet acte** dans la NGAP Nomenclature Générale des Actes Prescrits [...] comment de, dire dire que ça nous enlève du travail je... **enfin voilà si si c'est un pilulier hebdomadaire moi je pense que la séance de surveillance euh elle peut tout à fait être, tout à fait pertinente même s'il a plus entre guillemets le pilulier euh... et ... voilà mais si les gens chez qui on passe tous les jours avec ce dispositif là, ça nous ferait plus gagner du temps que de nous enlever du travail entre guillemets** » Infirmier libéral, 35 ans, grande ville, ne travaille pas avec le dispositif.*

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

*« Interviewer : Vous trouvez qu'il y a un changement dans la relation avec le patient pour les patients qui prennent de la PDA par rapport aux patients qui en prennent pas ?*

*Létitia : Euh... alors je trouve que oui du coup euh ... bah je suis un peu le, leur **référente** puisque c'est voilà et euh... **Ils sont assez attachés quand ils viennent** voilà ils disent on veut voir C\* euh... voilà c'est euh... Elle fait mon traitement je veux voir voilà parce que voilà ils disent bah elle est au courant et tout ça. » Préparatrice en pharmacie, Campagne, Travail avec le dispositif.*

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

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

## II- La place du dispositif dans le processus du maintien à domicile

### A. La trajectoire d'aide au fil du temps

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

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

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

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

- **La prescription** : l'entourage va parfois avoir des demandes de traitement spécifique afin de faciliter l'aide qu'ils peuvent apporter ;
- **L'observance** : le patient n'a plus la capacité de déterminer correctement les médicaments qu'il prend et il doit donc être assuré par l'entourage en lien avec les professionnels ;
- **La surveillance** : elle doit être constante.

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

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

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

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

Cependant, l'autonomie à conserver ne concerne pas seulement les patients mais aussi les aidants. En effet, ces derniers donnent de leur temps, plus ou moins conséquent, pour venir en soutien au membre de leur famille au détriment souvent de leur temps personnel voir de leur temps professionnel. Ainsi,

l'arrivée dans la dépendance d'un proche invite à repenser la relation entre aidant et aidé. Mais cette aide doit être analysée au regard du contexte dans lequel elle s'inscrit. Le contexte peut être composé de différentes sphères avec lesquelles les aidants vont devoir composer :

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

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

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

Les contextes interne et externe à l'aidant permettent de définir à un moment « t », l'aide qu'il souhaite offrir (Charlap et al., 2020). Par définition, le contexte est appelé à changer. La dépendance est un processus évolutif qui nécessite une constante adaptation des moyens aux besoins du patient.

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

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

pas pour tâche principale d'aider à la prise des médicaments mais cela est perçu comme un poids supplémentaire pour eux.

*« Non mais justement parce que **c'est tellement un soulagement** que justement si j'en parle c'est surtout pour ça en fait (rire) » Aidante de sa mère, 57 ans.*

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

*« **Ma femme a un problème, un peu d'Alzheimer** donc elle avait des problèmes pour prendre les médicaments et c'est moi qui fallait aller chercher les trucs **donc j'ai demandé à la pharmacie qu'ils nous les préparent** comme ça et du coup moi j'ai pris les miens pareils. » Patient et aidant, 71 ans, Couple, Domicile, Pathologie chronique.*

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

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

*M.N : Alors au début elle voulait pas ... parce que : non non mais non t'inquiète je gère machin et puis euh elle a essayé et elle a adopté tout de suite. » Aidante de sa mère, 49 ans.*

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

*« Donc mon frère il m'a dit « écoute c'est comme ça et puis euh voilà hein il me dit faut pas le prendre comme une punition c'est pour t'aider » mais je reconnais qu'au début tout ce dispositif ... (grande inspiration)...*

*Ier : Cela ne vous a pas plu ?*

*M.U : Ah ouais **ouais je me suis senti vieillir de 10 ans d'un coup comme ça** » Patiente,  
67 ans, seule, domicile, handicap.*

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

## B. L'acceptation de la décision

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

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

*« Véronique : **J'avoue que je me suis tellement occupée des, de mon papa qui avait Alzheimer au niveau des papiers et des machins que là le fait que ce soit quelqu'un d'autre qui gère ses ordonnances et tout ... déjà je l'emmène chez le médecin, je prends les rendez-vous euh les trucs comme ça donc euh c'est déjà bien et c'est vrai que ce poids de médicaments moi ça m'arrange bien, franchement ouais.** » Aidante,  
57 ans.*

Par ailleurs, les personnes qui reçoivent de l'aide peuvent avoir un sentiment de dette. Ce dernier est marqué par le fait que le patient ne veut pas apparaître comme un poids auprès de l'aidant mais pourtant a besoin de son aide (Masotti & Hugentobler, 2020). Cela pourrait amener la personne dépendante à accepter de se plier à l'utilisation de dispositif malgré sa réticence initiale. De plus, son acceptation pourrait aussi être une raison pour éviter de se placer sous leur surveillance et leur

contrôle mais peut être aussi pour les rassurer sur leur autonomie et éviter ainsi le placement en institution (Gagnon, 2018). La mise en place du dispositif peut aussi permettre aux aidants de limiter le choix de l'institution qui n'est peut-être pas non plus une solution adaptée, de leur point de vue, et peut être une souffrance de voir ses proches partir en institution (Meidani & Bernard, 2019).

*« Interviewer : Et du coup de manière générale vous seriez prête à utiliser [le dispositif] sur le long terme ?*

*Christelle : Ah bah oui oui maintenant qu'on a... qu'on est passé à ça je pense pas que euh on fera autre chose après **le jour où maman ne pourra plus rester dans une résidence euh comme elle est actuellement** parce que elle est dans un quelque chose qui n'est pas médicalisé. **Le jour où ça va être compliqué qu'elle va retourner en EHPAD euh** là j'aurai plus mon mot à dire hein mais **bon j'espère que ça sera le plus tard possible.** » Aidante de sa mère, 59 ans.*

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

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

- Si les personnes ont confiance dans le système de santé et le médicament, elles seront très observantes quant au suivi des règles de prescription du médecin voire quasiment soumises aux recommandations médicales
- Si les personnes ont confiance dans le système de santé mais sont défiantes vis-à-vis des médicaments, elles mettront en place des stratégies de prévention afin de maintenir une vie « saine » et éviter le recours aux médicaments

- Si les personnes n'ont pas confiance dans le système de santé mais dans les médicaments, elles vont plutôt mettre en place des mécanismes d'auto-gestion des médicaments principalement comme l'automédication.
- Enfin, si les personnes n'ont confiance ni dans le système de santé, ni dans les médicaments, elles préféreront les médecines alternatives.

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

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

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

Pourtant, si les patients et les aidants ont une confiance dans ce dispositif, ce n'est pas toujours le cas de certains professionnels comme les infirmiers libéraux comme vu précédemment. Même si les raisons de ce désamour des infirmiers pour le dispositif sont entièrement différentes à celles des

patients et des aidants, cela crée une tension dans la prise en charge lors de leur intervention à domicile.

*« Monique : voilà je suis tombée sur un qui été pas content. Il a dit, il a dit mot pour mot j'étais choquée j'ai regardé ma mère il a dit : ils me volent notre travail. » Aidante, 52 ans.*

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

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

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

### III- Acceptabilité et usage du dispositif

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

*« Virginie : C'est extrêmement bien ! C'est super carré euh et y a jamais eu de loupé jusqu'à présent enfin c'est nickel. » Aidante de sa mère, 49 ans.*

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

*« Monique : Mais j'avais un peu peur quoi parce qu'une ou deux fois **en faisant le ménage j'avais retrouvé un petit cachet par terre** et je lui avais dit mais c'est quoi ce cachet ? Et vu qu'elle en avait beaucoup de cachets et des fois **ça lui arrivait de quand***

*elle ouvrait son petit paquet elle en faisait tomber mais là depuis l'histoire des de des sachets-doses super. [...] on en est- elle est ravie [du dispositif] ma mère et moi j'en suis j'en suis très contente parce que là elle a plus qu'à ouvrir son petit sachet-dose et elle a plus besoin de chercher puis **elle fait pas tomber ses cachets ça se passe très bien** parce qu'elle les compte du coup. » Aidante de sa mère, 52 ans.*

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

### A. L'utilisabilité

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

*« Marguerite : hein je le ferme et je le tire comme ça. Ça se déroule bien facilement hein. Y a pas de problèmes hein. Non non c'est bien facile » Patiente, 91 ans, Seule, Domicile, Pathologie chronique.*

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

*« Marcel : C'est pratique quand on part, quand on part avec le camping-car à emporter y a qu'une boîte. » Patient, 71 ans, Couple, Domicile, Pathologie chronique.*

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

Mais l'usage du dispositif est aussi pratique pour les aidants qui viennent car le dispositif comporte aussi le rappel des renouvellements d'ordonnances par un papier apposé sur le rouleau par la pharmacie et par des appels si besoins pour rappeler au patient ou à l'aidant de revenir avec une

nouvelle ordonnance du médecin. La pharmacie garde une photocopie des ordonnances le temps de sa validité et effectuent le renouvellement « automatiquement ». Le patient n'a plus qu'à venir chercher chaque mois son rouleau ou d'attendre qu'on vienne lui livrer. Cette possibilité est grandement appréciée des patients et des aidants.

*« Interviewer : Vos ordonnances vous les stockez comment actuellement ?*

*Marcel : Bah on les laisse à la pharmacie.*

*Interviewer : Tout est à la pharmacie ?*

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

*Patient, 71 ans, Couple, Domicile, Pathologie chronique.*

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

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

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

## B. L'utilité

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

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

*« Virginie : Et bah en fait je suis cliente de la pharmacie B mais moi à titre perso et c'est vrai qu'il y avait pas mal d'indication là-dessus et quand maman **quand ma mère a eu une opération du cœur des pôles de ressorts là de stents** je sais plus trop comment on appelle ça, **elle a eu des médicaments qu'il fallait vraiment prendre comme y faut régulièrement** avant elle avait juste des trucs euh un peu de cholestérol*

*mais qu'elle gérait toute seule et là j'ai estimé que c'était plus... plus important que ce soit fait comme il faut en fait.» Aidante de sa mère, 49 ans.*

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

*« Véronique : Bah je trouve ... moi j'ai trouvé ça super parce que je vous dis ça correspond, c'est même plus facile que les boîtes parce que les boîtes elle peut se tromper quand ... les ... les ... les semainiers. Vous savez ils arrivaient à se tromper parce que matin, après-midi, lundi quand on sait pas, alors que là on a juste à dérouler et puis c'est bien marqué euh matin, telle heure, machin euh c'est vraiment bien, c'est mieux qu'un semainier. C'est mieux que le semainier » Aidante de sa mère, 57 ans.*

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

*« Marguerite : Aussi c'est bien pratique parce qu'ça traîne pas euh vous avez pas les boîtes de euh médicaments qui traînent et c'est en face de vos yeux vous pouvez pas l'oublier ! » Patient, 91 ans, Seule, Domicile, Pathologie chronique.*

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

*« Virginie : Non et puis c'est bien pour elle si elle sait plus si elle a pris, pas pris, elle regarde sa date son matin son soir si il reste le paquet c'est qu'elle l'a pas pris quoi donc c'est hyper pratique je trouve. » Aidante de sa mère, 49 ans.*

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

*« Monique : elle avait son gros sac de médicaments qu'elle mettait, qu'elle accrochait sur euh... sur chaise vous savez et... puis **tous les soirs elle sortait son... son gros sac de médicaments** et puis elle prenait tous ses cachets. Voilà.*

*Interviewer : Est-ce qu'elle ressortait l'ordonnance à chaque fois pour vérifier ou elle faisait de tête ?*

*Monique : Ah non pas du tout. Non parce que comme je vous dis ma mère est illettré alors euh non pas du tout pas du tout. Alors du coup elle euh... je pense qu'une personne qui sait pas lire et écrire **elle se repère hein parce que elle se repérait super bien** je la regardais faire elle les connaissait elle se repérait au niveau de des cachets quoi, des cachets ronds, des cachets les petites gélules jaunes et grises **elle se repérait aux couleurs**. Ouais elle avait l'habitude elle savait que le cachet anticoagulant il est un peu rose, le cachet pour le cœur il est de tel couleur, elle se repérait aux couleurs. »*  
*Aidante de sa mère, 52 ans.*

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

Enfin, ce dispositif permet une diminution importante du gaspillage des médicaments. Nous allons distinguer ici deux types de stockage : le stockage de médicaments prescrits quotidien et le stockage des médicaments en « si besoins ». Les médicaments prescrits sont souvent des médicaments à prise quotidienne, les boîtes fournies aux patients sont donc prévues selon les laboratoires et les molécules pour 28 ou 30 jours voir 84 ou 90 jours pour les conditionnements trimestriels pour les pathologies chroniques (ex : hypertension). Ces décalages entre le nombre de comprimés disponibles et le nombre

de jours réel dans le mois créent souvent des décalages dans le renouvellement des ordonnances à la pharmacie. Ces décalages sont à l'origine de deux phénomènes : la rupture de médicaments ou le surstockage de médicaments. En effet, le renouvellement automatique des boîtes chaque mois peut amener les patients à conserver en avance des médicaments. Si le médecin décide de changer le traitement du patient, ces médicaments inutilisés vont être jetés.

*« Xavier : Il [le dispositif] correspond aux attentes et aux besoins de chaque euh de chaque patient et ... donc des locataires mais aussi euh dans dans dans la vision du des médicaments de... qu'il y ait plus de de ... **on jette plus les médicaments euh... on a exactement le nombre de médicaments qui faut donc y a plus de gaspillage.** »*  
*Directeur établissement pour personnes âgées dépendantes.*

Le 2<sup>ème</sup> type de stockage concerne les médicaments prescrits par le médecin en « si besoin », ce sont des médicaments que le patient ne prend que s'il en ressent le besoin. Ce sont souvent des traitements antidouleurs, pour le transit ou pour favoriser le sommeil etc. Certains patients n'utilisent pas souvent ces médicaments car ils n'en ressentent pas le besoin pourtant ils vont quand même les chercher tous les mois à la pharmacie. Cela se traduit par une surconsommation inutile.

*« Alexandre : ... bah là on se retrouve avec des montagnes de laxatifs à la maison c'est que bah tous les patients hospitalisés ou presque sont alités on .... le péristaltisme qui est arrêté qui est .... enfin voilà donc tous constipés, ils ont tous dû Macrogol® à l'hôpital que fait un médecin traitant dans l'immense majorité des [...] enfin c'est pas un jugement mais souvent qu'est-ce qu'ils font ? Ils prennent l'ordonnance de l'hôpital qui dure que un mois et puis quand il vient le renouvellement il recopie ce qu'a marqué l'hôpital donc les patients vont à la pharmacie il y a du Macrogol® dessus ils sont absolument plus constipés parce qu'ils retrouvent leurs habitudes alimentaires et retrouvent aussi leur mobilité enfin sauf euh sauf covid mais ils retrouvent un peu leur mobilité etc ils sont plus constipés et du coup et bah « Ah la pharmacie elle m'a donné les boîtes » mais vous êtes constipé non alors deux solutions : un « **mais j'y ai le droit** » oui tu y a le droit et tu fais quoi ? Collection ? c'est complètement débile et ou deuxième solution « **Ah oui bah oui c'est peut-être pas utile de le prendre** » je dis bah non mais quand le pharmacien vous demande, normalement le pharmacien il devrait demander ce que ce dont vous avez besoin si vous avez besoin de Doliprane® ils sont marqués, combien de boîtes ils vous donnent ? C'est bien d'avoir 2-3 boîtes en réservant chez tout le monde c'est parfait en avoir 50 ça n'a aucun intérêt mais euh voilà donc voilà... et le Macrogol® bah c'est exactement pareil, en avoir une boîte au*

*cas où bah très bien mais en avoir euh **12 d'avances ça n'a aucun sens surtout qu'on finit par les jeter** quoi et ça c'est ça ça m'énerve de jeter des trucs » infirmier libérale, 35 ans, grande ville, ne travaille pas avec le dispositif.*

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



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

Sociale. Les Médicaments Non Utilisés (MNU) représentaient environ 10.000 tonnes en 2019 (Cyclamed, 2020). Il y a donc un vrai besoin sur cette question de gaspillage.

*« Xavier : Mais je peux vous assurer que **à chaque fois que les personnes rentrent dans un appartement euh tous les meubles sont plein de médicaments** parce que ils ont cette habitude-là les anciens c'est ça hein. Ils avaient peur de manquer et du coup et ben en fait, **alors le fait que y a plus de médicaments alors ils prennent plus n'importe quoi** non plus, y a plus de quoi... enfin ils ne peuvent plus se tromper et... après il suffit d'acheter une boîte d'Effergal<sup>®</sup>, des médicaments qu'on peut prendre régulièrement et y a pas besoin d'ordonnances et voilà et juste mettre ses médicaments- donc euh **aujourd'hui les meubles sont beaucoup plus vide et et... ça fait moins peur (rire)**. » Directeur établissement pour personnes âgées dépendantes.*

Ainsi, la distribution des médicaments en sachets-doses ne permet pas d'augmenter l'observance en sens d'adhésion comme cela peut être entendu dans l'éducation thérapeutique. Si ce dernier concept peut sembler profitable aux patients, ils se révèlent insuffisamment efficace lorsque l'on parle d'observance médicamenteuse (Mosnier-Pudar, 2012), (Conn & Ruppard, 2017). En effet, ce dispositif semble correspondre plus à la notion d'alliance thérapeutique aussi appelé concordance. Cette dernière se définit par l'instauration d'un accord entre le patient et le professionnel de santé sur les décisions thérapeutiques relatives au patient. Il y a donc un rapport entre « ce que le patient fait » et « ce que le patient et le médecin ont décidé après négociation sans imposition » (Baudrant-Boga et al., 2011). L'adhésion dépend de cinq dimensions vu précédemment : la maladie, le traitement, les caractéristiques démographiques et socio-économiques, le patient et le système de soins. Ces cinq paramètres sont importants à prendre en compte dans l'alliance thérapeutique (Baudrant-Boga et al., 2011). Les pharmaciens avec ce dispositif rentrent dans la négociation avec les patients car ils décident ensemble de ce qui sera mis dans les sachets-doses et ce qui ne le sera pas. Cela améliore la relation patient-pharmacien. Il y a un donc action sur la dimension du système de soins. De plus, la mise en lien avec les aidants permet de mieux prendre en compte le contexte socio-économique du patient et donc de l'appréhender dans sa globalité. Ensuite, les sachets-doses permettent de sécuriser et standardiser la prise de médicament sur la durée sans effort du patient. Il y a donc un action sur le paramètre du traitement. Ce dispositif ne permet pas cependant d'augmenter les connaissances du patient sur son traitement.

Il y a donc plusieurs dimensions qui sont prises en compte par le dispositif. Seul les paramètres liés à la maladie et aux capacités du patient, ses connaissances face à son traitement, ne sont pas modifiés.

Nous remarquons donc la différence principale avec l'éducation thérapeutique qui justement axes ses interventions spécifiquement sur ces deux points que ne prend pas en compte le dispositif de PDA.

### C. L'acceptabilité

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

*« Monique : **Quand elle part à l'étranger je vous dis bah que des éloges sur cette association** hein. Elle le montre (rire) elle le montre à ses a ses nièces vu que on est d'origine algérienne et **quand on va en Algérie elle amène son... son rouleau et tout le monde est un peu choqué ils disent Wahou c'est trop bien** et elle dit vous vous rendez compte on me l'amène... directement à la maison... y a ce petit sachet euh c'est individuel c'est euh... non mais vraiment super (gloussement de rire). [...] Par contre, son médecin traitant, une fois, ma mère, elle lui a montré j'étais pas là puisqu'elle m'a expliqué - **ah il était ravi, le médecin** savait pas aussi. Il a dit : mais comment ? Et elle a dit oui c'est ma fille elle cherche partout elle a trouvé ça et le docteur son médecin était ravi il lui a dit mais c'est génial. » Aidante de sa mère, 52 ans.*

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

*« Christelle : Après une fois qu'on a goûté au... à l'escargot c'est compliqué de revenir en arrière quoi. » Aidante de sa mère, 59 ans.*

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



## Discussion

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pourtant, cette pluriprofessionnalité, si elle est souhaitable, se confronte à des enjeux politiques et économiques importants qui mettent à mal la vision que chacun a de la profession de l'autre. Le lien que chaque professionnel entretient avec les autorités de santé et l'image que cela renvoie sont révélateurs des conflits entre ces derniers. Ainsi, pour avoir une bonne communication entre ces acteurs il faudrait travailler sur les représentations que chaque profession se fait de la sienne mais aussi des autres. Un lien avec les autorités de santé, pour inscrire ce dispositif dans un cadre au travers d'une législation, pourrait permettre d'apaiser les tensions et de favoriser le dialogue.

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

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



## Conclusion

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

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

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



## Bibliographie

- Andrieu, S., & Grand, A. (2002). Place de l'aidant informel. *Gerontologie et societe*, 25 / n° 103(4), 187-193.
- Ankri, J. (2002). Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. *Gérontologie et société*, 25 / n° 103(4), 93. <https://doi.org/10.3917/g.s.103.0093>
- Baudrant-Boga, M., Lehmann, A., & Allenet, B. (2011). Penser autrement l'observance médicamenteuse : D'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant – Concepts et déterminants | Elsevier Enhanced Reader. *Elsevier Masson*, 11. <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2011.10.003>
- Béliard, A., Damamme, A., Eideliman, J.-S., & Moreau, D. (2015). « C'est pour son bien ». La décision pour autrui comme enjeu micro-politique. *Sciences Sociales et Santé*, 33(3), 5-14. <https://doi.org/10.1684/sss.2015.0301>
- Bergeron, H., & Castel, P. (2010). Captation, appariement, réseau : Une logique professionnelle d'organisation des soins. *Sociologie du Travail*, 52(4), 441-460. <https://doi.org/10.1016/j.socotra.2010.09.001>
- Blanchet & Gotman. (1992). La réalisation des entretiens. In *L'enquête et ses méthodes* (Presses universitaires de France, p. 67-91).
- Bocquet, H., Grand, A., & Andrieu, S. (2001). L'évaluation de la « prise en charge » à domicile des personnes âgées : D'une approche individuelle à une approche globale territorialisée. *Gérontologie et société*, 24 / n° 99(4), 207. <https://doi.org/10.3917/g.s.099.0207>
- Caradec, V. (2008). Vieillir au grand âge. *Recherche en soins infirmiers*, N° 94(3), 28. <https://doi.org/10.3917/rsi.094.0028>
- Carrier, H., Zaytseva, A., Bocquier, A., & Verger, P. (2017). Polymédication et pathologies chroniques multiples : Opinions et pratiques des médecins généralistes. *Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques*, 1036, 8.
- Charlap, C., Caradec, V., Chamahian, A., & Kushtanina, V. (2020). Trajectoires d'aide au fil du temps. Articuler, désarticuler, réarticuler. *Gerontologie et societe*, 42 / n° 161(1), 147-170.

- Collin, J. (2002). Observance et fonctions symboliques du médicament. *Gerontologie et societe*, 25 / n° 103(4), 141-159.
- Conn, V. S., & Ruppap, T. M. (2017). Medication adherence outcomes of 771 intervention trials : Systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine*, 99, 269-276. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.03.008>
- Cyclamed. (2020). *Rapport d'activité cyclamed 2020* (p. 68).
- Douguet, F., & Vibrod, A. (2008). Le travail à domicile des infirmières libérales : Rendre ou ne pas rendre service aux patients ? In *Santé au travail et travail de santé* (Presses de l'EHESP, p. 143-152). <https://www.cairn.info/sante-au-travail-et-travail-de-sante---page-143.htm>
- Douguet, F., & Vilbrod, A. (2008). 11. Le travail à domicile des infirmières libérales : Rendre ou ne pas rendre service aux patients ? In F. Douguet & J. Muñoz, *Santé au travail et travail de santé* (p. 143). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.dougu.2008.01.0143>
- Dramé, M., Jovenin, N., Ankri, J., Somme, D., Novella, J.-L., Gauvain, J.-B., Bige, V., Colvez, A., Couturier, P., Heitz, D., Voisin, T., Wazières, B. D., Gonthier, R., Jeandel, C., Jolly, D., Saint-Jean, O., & Blanchard, F. (2004). La fragilité du sujet âgé : Actualité - perspectives. *Gerontologie et societe*, 27 / n° 109(2), 31-45.
- Feyfant, V. (2017). *Ce que la Dependance fait au metier d'infirmiere liberale. Ethnographie d'une epreuve de professionnalite*. 16.
- Feyfant, V. (2018). Analyser le métier d'infirmière libérale à l'aune de la déprise. *Gerontologie et société*, 40/155(1), 59. <https://doi.org/10.3917/gsl.155.0059>
- Fournier, C. (2002). Le rôle du pharmacien. *Gerontologie et société*, 25 / n° 103(4), 177. <https://doi.org/10.3917/gsl.103.0177>
- Gagnon, É. (2018). La déprise comme interrogations : Autonomie, identité, humanité. *Gerontologie et société*, 40/155(1), 33. <https://doi.org/10.3917/gsl.155.0033>
- Herr, M. (2018). Fragilité des personnes âgées et consommation de médicaments : Polymédication et prescriptions inappropriées. *Questions d'économie de la santé Irdes*, 230, 6.

- Herr, M., Sirven, N., Ankri, J., Pichetti, S., & Sermet, C. (2017). Fragilité et consommation de médicaments en population âgée. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 16-17, 7.
- INSEE. (2005). *Fiche thématique sur l'état de santé, les pathologies et la mortalité*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1371786?sommaire=1371789>
- Joël, M.-È. (2013). Enjeux financiers et économiques de la dépendance. *Gerontologie et société*, 36 / n° 145(2), 91-102.
- La Préparation des Doses à Administrer—PDA : la nécessaire évolution des pratiques de dispensation du médicament* (p. 7). (2013). Académie nationale de Pharmacie.
- Lamouroux, A., Magnan, A., & Vervloet, D. (2005). Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : De quoi parlons-nous ? *Revue des maladies respiratoires*, 22. <https://www.em-consulte.com/rmr/article/156964>
- Masotti, B., & Hugentobler, V. (2020). La réception de l'aide informelle au grand âge : Entre solidarité et ambivalence. *Gerontologie et société*, 42 / n° 161(1), 71-86.
- Médicaments après 65 ans*. (2021, février 3). Améli. <https://www.ameli.fr/assure/sante/medicaments/medicaments-et-situation-de-vie/iatrogenie-medicamenteuse>
- Meidani, A., & Bernard, J. (2019). Face à la déprise : Expériences de vieillissement et configurations d'aide formelle: In *Figures du vieillir et formes de déprise* (p. 105-129). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.meida.2019.01.0105>
- Meidani, A., & Cavalli, S. (2018). Vivre le vieillir : Autour du concept de déprise. *Gérontologie et société*, 40/155(1), 9. <https://doi.org/10.3917/gsl.155.0009>
- Mira, J. J., Lorenzo, S., Guilabert, M., Navarro, I., & Pérez-Jover, V. (2015). A systematic review of patient medication error on self-administering medication at home. *Expert Opinion on Drug Safety*, 14(6), 815-838. <https://doi.org/10.1517/14740338.2015.1026326>
- Monégat, M., & Sermet, C. (2014). La polymédication : Définitions, mesures et enjeux. *Questions d'économie de la santé Irdes*, 204, 8.

- Mosnier-Pudar, H. (2012). Pourquoi les patients ne suivent-ils pas nécessairement les conseils que nous leur donnons ? L'éducation thérapeutique est-elle une réponse au problème d'observance ? *Médecine des Maladies Métaboliques*, 6(1), 66-71. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(12\)70357-7](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(12)70357-7)
- Nouguez, É. (2017). Chapitre 6 « Vous le valez bien ». In *Des médicaments à tout prix* (Presses de Sciences Po, p. 167-192).
- Nouguez, E. (2017). Chapitre 7. L'art du quiproquo. In *Des médicaments à tout prix* (Presse de Sciences Po, p. 193-216).
- Queneau, P., & Grandmottet, P. (1998). *Proposition pour une prévention de la iatrogénie évitable* (p. 86). Ministère de la Santé.
- Qu'est-ce qu'une personne dépendante ?* (2016). Vie publique.fr. <https://www.vie-publique.fr/fiches/262489-quest-ce-quune-personne-dependante-perse-dautonomie>
- Reyes, G. (2013a). Le métier de pharmacien titulaire d'officine face à l'incertitude du marché de la santé. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme Entreprise*, n° 8, 2(4), 88-104.
- Reyes, G. (2013b). L'ambiguïté des rôles du pharmacien titulaire d'officine française : Une lecture par l'identité de métier. *Management international*, 17(4), 163-177. <https://doi.org/10.7202/1020675ar>
- Sabaté, E., & World Health Organization (Éds.). (2003). *Adherence to long-term therapies : Evidence for action*. World Health Organization.
- Salès-Wuillemin, E. (2006). *Méthodologie de l'enquête : De l'entretien au questionnaire*. 45-77.
- Saunière, A. de, Bonneau, L., Donio, V., Godinot, V., Flouzat, J.-P., Bensasson, G., Code, C., Galay, G., & Pige, D. (2016). Prise en charge médicamenteuse en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en Île-de-France en 2014 : État des lieux et axes d'amélioration. *Sante Publique, Vol. 28(5)*, 623-632.
- Tabuteau, D. (2007). Introduction. La notion d'observance. In A. Laude & D. Tabuteau, *De l'observance à la gouvernance de sa santé* (p. 9). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.laud.2007.01.0009>

- Talpin, J.-M. (2020). Les aidants dans les représentations des professionnels de la gériatrie. *Gerontologie et société*, 42 / n° 161(1), 101-116.
- Tarquinio, C., & Tarquinio, M.-P. (2007). L'observance thérapeutique : Déterminants et modèles théoriques. *Pratiques Psychologiques*, 13(1), 1-19. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2006.09.005>
- Tricot, A., Plécat-Soutjis, F., Camps, J.-F., Amiel, A., Lutz, G., & Morcillo, A. (2003). *Utilité, utilisabilité, acceptabilité : Interpréter les relations entre trois dimensions de l'évaluation des EIAH*. 13.
- Vellas, B. (2013). Fragilité des personnes âgées et prévention de la dépendance. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 197(4-5), 1009-1019. [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)31512-2](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)31512-2)
- Wolf-Thal, C. (2020). *Fédérer les acteurs de santé dans les territoires pour un parcours de soins coordonné*.  
<http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/510009/2320180/version/1/file/DAPEI-2020.06.30-LI8-Segur.pdf>
- Zambrowski, J.-J., & Mrozovski, J. M. (2019). Économie de la santé et inobservance. *Actualités Pharmaceutiques*, 58(586), 24-26. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2019.03.013>



**Fini le gaspillage  
de médicaments !**



**Maintien à domicile**  
Observance du traitement  
Soulager et rassurer  
les proches aidants  
Réduire les dépenses  
de santé  
**avec les professionnels  
santé & médico-social**

# OKemed

Sentinelle de santé



**Association OKemed**  
Sentinelle de santé

Le bon nombre  
de médicaments  
pour la juste durée...



06 11 38 48 57  
[thomas.benoit@okemed.fr](mailto:thomas.benoit@okemed.fr)





"Avant j'avais peur  
de me tromper..."



...maintenant,  
je suis soulagée !"

Pas de mélange  
Pas de surdosage  
Pas d'oubli



### L'association **OKemed** sentinelle de santé

- développe avec les pharmacies et les intervenants à domicile des services de santé pour
- faciliter le maintien à domicile
- soulager les proches aidants
- réduire les dépenses de santé

**Portage à domicile**  
des médicaments préparés  
par moment de prise  
**en sachets-doses.**

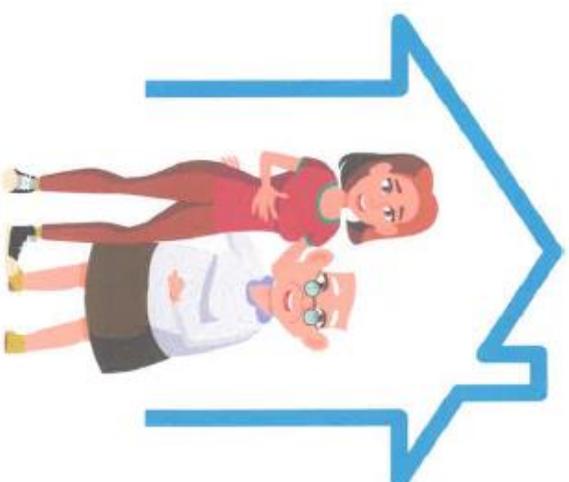
**Suivi avec les aidants**  
proches et professionnels.

**Sans reste à chargé** pour le  
patient grâce à nos partenaires



# OKemed

Que chacun puisse vivre  
agréablement à domicile



aussi longtemps qu'il le  
souhaite.

**OKemed pour un suivi  
efficace en santé !**

## Annexe II : Guide d'entretien – bénéficiaires du dispositif

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

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

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

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

### Annexe III : Guide d'entretien – aidants

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

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

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

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

#### **Annexe IV : Guide d'entretien – pharmaciens/préparateurs en pharmacie**

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

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

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

## **Annexe V** : Guide d'entretien – infirmiers libéraux

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

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

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

**Annexe VI :** Guide d’entretien – aides à domicile/éducateurs spécialisés

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

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

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

## **Annexe VII : Guide d'entretien – médecins généralistes**

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

<b>Thématiques</b>	<b>Questions</b>	<b>Relances</b>
Présentation	Pour commencer, pouvez-vous me parler un peu de vous ?	Age Parcours
Rapport à la prise des médicaments	Pouvez-vous m'expliquer comment vous aidez vos patients avec leurs médicaments ?  Faites-vous des visites à domicile ?  Comment vous positionnez-vous sur les médicaments ?  Selon vous, quel est le rôle du médecin dans la prise des médicaments du patient ?	Quelles difficultés sont rencontrées par les patients (oublis de renouvellement d'ordonnance, oublis de prise de médicaments, compréhension des ordonnances...) ?  Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'aide à la prise médicamenteuse des patients ?  Comment faites-vous pour savoir si un patient est bien observant ?
Rapport aux services proposés par la société	Comment avez-vous connu le service proposé par la société OKemed ?  Que pensez-vous des services proposés par OKemed ?	Freins/levier
Rapport au dispositif	Que pensez-vous du dispositif de distribution des médicaments en sachets ?	Utilité perçue Pertinence du dispositif par rapport aux besoins

	Y'a-t-il eu une évolution (un avant/après) dans la prise de médicaments de vos patients ?	
Perspectives globales	<p>De manière générale, seriez-vous prêt à recommander ce dispositif à d'autres patients ?</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Selon vous est-ce le rôle des médecins généralistes de prescrire ce type de dispositif ?</p> <p>Seriez-vous prêt à recommander ce dispositif auprès d'autres médecins ?</p> <p>Pourquoi ?</p>	

## **Annexe VIII** : Guide d'entretien – infirmiers libéraux qui ne connaissent pas le dispositif

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

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

Perspectives globales	Selon vous dans quelles prérogatives devrait s'inscrire ce dispositif ? Seriez-vous prêt à essayer le dispositif ?	Pharmacies seulement ou ouvert à d'autres professionnels de santé ?
-----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------



<b>LAMY</b>	<b>JULIANE</b>	<b>23/09/2021</b>
<b>Master 2</b> <b>Promotion de la santé et prévention</b>		
<b>La PDA : un nouvel outil dans l'arsenal du maintien au domicile des patients dépendants</b> <b>Utilité, acceptabilité, place et perception par les acteurs et bénéficiaires</b>		
Promotion 2020-2021		
<p><i>Résumé :</i></p> <p>La Préparation des Doses à Administrer (PDA) fait par les pharmacies d'officines à destination des EHPADs s'est largement développée ces dernières années. Cependant, elle peine à se développer pour les patients dépendants à domicile à cause principalement du manque de législation sur ce point. Une expérimentation a été mise en place par des pharmacies en 2019. Cette étude vise donc à évaluer l'acceptabilité, l'usage ainsi que la place et la perception de ce dispositif vis-à-vis des bénéficiaires mais aussi des acteurs du maintien à domicile des personnes dépendantes qui peuvent être confronté à ce dispositif.</p>		
<p><b>Mots-clés :</b></p> <p>PDA, maintien à domicile, personnes âgées, dépendance, pharmacie, aidant, iatrogénie médicamenteuse, observance.</p>		
<p><i>L'école des Hautes Etudes en Santé Publique et l'Université Rennes 1 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propre à leurs auteurs.</i></p>		