

Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires**py méthodologiques intégratifs [BR]- Mémoire : " Mise en S
médicamenteuse à l'aide de l'outil STOPP/START au sein des concertations
médico-pharmaceutiques : comment les professionnels collaborent-ils ?"**

Auteur : Adam, Marie

Promoteur(s) : Charlier, Nathan

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en gestion des institutions de soins

Année académique : 2020-2021

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/12210>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

**MISE EN ŒUVRE DE LA REVISION MEDICAMENTEUSE A
L'AIDE DE L'OUTIL STOPP/START AU SEIN DES
CONCERTATIONS MEDICO-PHARMACEUTIQUES :
COMMENT LES PROFESSIONNELS COLLABORENT-ILS ?**

Mémoire présenté par **Marie ADAM**

En vue de l'obtention du grade de Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en gestion des institutions

Année académique 2020-2021

MISE EN ŒUVRE DE LA REVISION MEDICAMENTEUSE A L'AIDE DE L'OUTIL STOPP/START AU SEIN DES CONCERTATIONS MEDICO-PHARMACEUTIQUES : COMMENT LES PROFESSIONNELS COLLABORENT-ILS ?

Mémoire présenté par **Marie ADAM**

En vue de l'obtention du grade de Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en gestion des institutions

Année académique 2020-2021

Promoteur : **Nathan CHARLIER**

Remerciements

Je tiens à remercier tout d'abord mon promoteur Nathan Charlier pour sa disponibilité, ses conseils et la mise à disposition de ses connaissances pour la réalisation de ce mémoire.

Merci aux responsables des projets pilotes, pour leur accueil et leur aide dans la réalisation de cette étude.

Merci à tous ces professionnels d'avoir donné de leur temps pour participer aux entretiens et de m'avoir à chaque fois si bien accueillie malgré la pandémie.

Je souhaite également remercier mon compagnon pour son soutien infailible durant ces études et les concessions faites. Merci à mes amies, Laura, Florence et Anne pour leur aide et leurs conseils. Un grand merci à Meghann pour son aide précieuse !

LEXIQUE

INAMI Institut National Assurance Maladie Invalidité

OMS Organisation Mondiale de la Santé

RÉLIAN Réseau intégré Liégeois pour une Autonomie Nouvelle

Chronicopôle Chronic care and cure for health

CMP Concertation Médico-Pharmaceutique

MG Médecin Généraliste

RM Révision Médicamenteuse

STOPP/START Screening Tool of Older Person's potentially inappropriate Prescriptions/
START Screening Tool to Action the Right Treatment

TABLE DES MATIERES

1. Préambule.....	9
2. Introduction.....	10
2.1. Des maladies chroniques à la polymédication.....	10
2.2. La révision médicamenteuse.....	11
2.3. La collaboration interprofessionnelle	12
2.4. Les concertations médico-pharmaceutiques.....	13
2.5. Les projets pilotes de soins intégrés	14
2.6. La communication interprofessionnelle	15
2.7. Question de recherche.....	15
2.8. Hypothèses et objectifs.....	16
2.8.1. Objectif principal.....	16
2.8.2. Objectifs secondaires.....	16
3. Matériel et méthode	17
3.1. Type d'études.....	17
3.2. Population étudiée.....	17
3.2.1. Critères d'inclusion	17
3.2.2. Critères d'exclusion.....	17
3.3. Méthode d'échantillonnage.....	17
3.4. Taille de l'échantillon	18
3.5. Paramètres étudiés et outils de collecte de données.....	18
3.5.1. Paramètres qui feront l'objet de l'étude	18
3.6. Méthode de collecte de données	19
3.6.1. Outil de collecte des données : guide d'entretien.....	19
3.7. Organisation de la collecte de données.....	20

3.7.1.	Recrutement	20
3.7.2.	Passation des entretiens	20
3.8.	Traitement des données et méthode d'analyse	21
3.9.	Critères de qualité	22
4.	Résultats	23
4.1.	Population étudiée	23
4.2.	Thèmes	23
4.2.1.	L'association des professions médecin-pharmacien	23
4.2.2.	Changement dans la pratique professionnelle à la suite des CMP	25
4.2.3.	L'utilisation de l'outil STOPP/START	28
4.2.4.	La communication interprofessionnelle	29
4.2.5.	Les freins	30
5.	Discussion et perspective	32
5.1.	Confrontation avec les données de la littérature	33
5.1.1.	Le modèle de collaboration interprofessionnelle de Rathbone	33
5.1.2.	Les différents paramètres influençant la collaboration interprofessionnelle ...	34
5.1.3.	L'utilisation de l'outil STOPP/START	35
5.2.	Analyse des limitations et des biais	36
5.3.	Perspective d'avenir	37
5.4.	Conclusion	37
6.	Bibliographie	40
7.	Annexes	45

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Les maladies chroniques et la polymédication sont des problèmes majeurs de la Santé Publique. Les projets pilotes de la région liégeoise organisent des concertations médico-pharmaceutiques (CMP) pour améliorer la collaboration interprofessionnelle, entre les médecins généralistes et les pharmaciens, et ainsi lutter contre la polymédication à l'aide de l'outil STOPP/START. L'objectif de cette étude est d'évaluer la collaboration interprofessionnelle au sein des CMP, dans le cadre des projets pilotes, en vue de la révision médicamenteuse (RM), à l'aide de l'outil STOPP/START, du traitement de patients âgés polymédiqués atteints de maladies chroniques.

MATERIEL ET METHODE : Le design d'étude choisi est une étude qualitative exploratoire phénoménologique. Cette recherche a été menée à l'aide d'entretiens semi-directifs avec des médecins généralistes et des pharmaciens faisant partie des CMP organisés par RÉLIAN et Chronicopôle.

RESULTATS : Cette recherche a recueilli l'avis de sept pharmaciens et de huit MG. Cinq constats majeurs ont émergé, notamment celui selon lequel les professionnels rencontrés étaient conscients de l'intérêt de la complémentarité de leurs connaissances médicales et pharmacologiques. Les prestataires ont reconnu les leviers apportés par les CMP, tels que la création d'un climat de confiance, un changement dans la représentation de la profession du médecin généraliste et du pharmacien, et le bénéfice de la rencontre en face à face. La communication interprofessionnelle est facilitée et permet un renforcement positif du travail ensemble. L'utilisation de l'outil STOPP/START est peu significative dans leur quotidien et ils regrettent que l'outil ne soit pas intégré dans leurs logiciels de manière systématique. Néanmoins, plusieurs freins ont été identifiés, comme le manque de temps pour la participation aux réunions et la crise sanitaire qui a entravé le déroulement des CMP.

CONCLUSIONS : Cette étude a mis en évidence l'intérêt de combiner la profession de médecin généraliste et de pharmacien au sein des CMP. Cette collaboration apporterait un avantage dans la révision médicamenteuse du traitement des patients atteints de maladies chroniques.

MOTS CLES : STOPP/START – collaboration interprofessionnelle – médecin généraliste – pharmacien

SUMMARY

INTRODUCTION: Chronic diseases and polymedication are major public health problems. To overcome these issues and improve interprofessional collaboration between general practitioners (GP) and pharmacists, medico-pharmaceutical committees (MPCs) pilot projects are organized in Liege region using the STOPP/START tool. The aim of this study was to evaluate the interprofessional collaboration within the MPCs in the context of pilot projects for medication review (MR) using the STOPP/START tool for the treatment of multiply-medicated elderly patients with chronic diseases.

MATERIALS AND METHODS: The design chosen was a qualitative exploratory phenomenological study. This research was conducted using semi-structured interviews with GPs and pharmacists belonging to the MPCs organized by RÉLIAN and Chronicopôle.

RESULTS: This research gathered the opinions of seven pharmacists and eight GPs. Five main facts emerged as the one which the professionals interviewed were aware of the value of the complementarity of their medical and pharmacological knowledge. They recognized the advantages provided by the MPCs, such as the creation of a trust feeling, a change in the professional representation by the GP and the pharmacist and the benefit of the face-to-face meeting. Inter-professional communication was facilitated and allowed for a positive reinforcement of working together. The use of the STOPP/START tool was not very significant in their daily work and they regretted that the tool was not systematically integrated into their software. Nevertheless, several obstacles were perceived, such as the lack of time to participate in meetings and the health crisis, which hampered the running of the MPCs.

CONCLUSIONS: This study has highlighted the interest of combining the profession of GP and pharmacist within the MPCs, this collaboration brings an advantage in the drug review of treatment of patients with chronic diseases.

KEYWORDS: STOPP/START - interprofessional collaboration - general practitioner - pharmacist

1. PREAMBULE

Je suis infirmière pédiatrique depuis bientôt six ans et j'ai décidé de poursuivre ma formation afin de compléter mes connaissances et d'ouvrir de nouvelles possibilités à ma carrière professionnelle. Mon choix vers la finalité « gestion des institutions » était évident car la possibilité de devenir un jour directrice d'une maison de repos et de soins représente un réel intérêt. Au cours de mon cursus, j'ai appris l'existence de projets pilotes portant sur les maladies chroniques et les soins intégrés. Ceux-ci font partie intégrante de l'actualité belge en matière de santé. J'ai ainsi souhaité entreprendre une recherche dans ce domaine.

Parmi les problèmes de maladies chroniques, celui de la polymédication est un problème majeur de la Santé Publique.

Le lien avec la finalité « Gestion des institutions de soins » prend tout son sens. Une collaboration efficace entre les praticiens est primordiale pour assurer la révision médicamenteuse chez les personnes âgées. Cette thématique fait partie des sujets abordés dans cette finalité.

2. INTRODUCTION

2.1. DES MALADIES CHRONIQUES A LA POLYMEDICATION

Les maladies chroniques sont au centre des préoccupations des soins de santé. Le vieillissement et l'augmentation de l'espérance de vie sont des facteurs accroissant leur prévalence (1). Il apparaît que 27,2% de la population belge souffre aujourd'hui d'au moins une maladie chronique et que 63% des décès en sont la conséquence (2). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les maladies chroniques sont des maladies de longue durée qui connaissent une progression lente. Causes majeures de morbidité et de mortalité, leur prévalence croissante a un impact sur le système de santé et la société dans son ensemble (3). Les malades chroniques sont régulièrement dans une situation de multimorbidité (définie comme la présence de deux maladies chroniques ou plus (4)). Cette tendance augmente avec l'âge (1). La gestion de multimorbidité requiert l'intervention de plusieurs professionnels de la santé : l'organisation de la première et de la deuxième ligne (5). Le système belge de soins actuel est caractérisé par une fragmentation des services qui empêche d'avoir une vue globale du patient et génère une utilisation induite et coûteuse des soins de santé (1). Une utilisation pertinente et efficace des ressources et une coordination entre les services sont des défis importants. La multimorbidité expose, en outre, le patient à une polymédication avec un risque important d'effets indésirables (6). Cette dernière est définie comme l'utilisation de 5 médicaments ou plus de manière chronique pendant l'année écoulée (7). Plusieurs études mettent en évidence ses conséquences. Selon une étude belge de 2018, 20,9% des hospitalisations chez les personnes âgées de 65 ans et plus sont liées aux médicaments et 12,7% sont liées aux événements indésirables médicamenteux (8). Les prescriptions inadaptées sont de trois types : (9)

- La sur-prescription dite « overuse » : un médicament sans indication valable ;
- La prescription erronée : une indication valable mais avec une erreur de dose ou donnée à un moment inapproprié ;
- La sous-prescription dite « underuse » : l'omission d'un médicament utile et favorable.

La détection de prescription médicamenteuse inappropriée doit être une préoccupation constante des praticiens, mais peut se révéler être un processus complexe au vu des comorbidités du patient et du nombre élevé de médicaments qu'il consomme.

2.2. LA REVISION MEDICAMENTEUSE

La révision médicamenteuse (RM) est une intervention diagnostique qui vise à identifier les traitements potentiellement inappropriés dans l'ensemble du traitement pris par le patient. Ce processus a pour but une utilisation appropriée des médicaments ainsi qu'une amélioration de la prescription médicamenteuse en qualité et en sécurité, mais il permet également de soutenir les connaissances et l'observance du patient envers son traitement médicamenteux (10).

Une évaluation du profil pharmacologique est souhaitable chez les personnes de 65 ans ou plus sous polymédication (11). Elle doit être effectuée par le médecin généraliste au minimum une fois par an mais également lors de mouvements clés comme un retour d'hospitalisation (12). Plusieurs outils de révision médicamenteuse existent. Selon une revue systématique récente (13), l'outil STOPP/ START (Screening Tool of Older Person's potentially inappropriate Prescriptions/Screening Tool to Action the Right Treatment) répond aux besoins des cliniciens. L'outil est défini comme suit « *est une liste de critères explicites, validée par des experts européens (médecins généralistes, gériatres, neuropsychiatres, pharmaciens), qui permet l'évaluation des traitements médicamenteux prescrits aux patients de 65 ans et plus* » (12). Son organisation par systèmes physiologiques et classes thérapeutiques rend son utilisation aisée et permet la mise en évidence de médicaments inappropriés, potentiellement inappropriés ou omis. Comparé aux autres outils, tels que les critères Beers, STOPP/START est pertinent car il tient compte du risque potentiel d'omission de médicament utile. Afin d'assurer une utilisation optimale, il est nécessaire d'avoir accès aux données médicales complètes ainsi qu'aux données biochimiques du patient (14). L'outil améliore la pertinence de la prescription médicamenteuse et réduit les médicaments potentiellement inappropriés (12). Cependant, aucun outil ne se substitue au jugement clinique du praticien. La littérature, portant sur la révision médicamenteuse et la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, met en évidence les risques liés à la polymédication chez des patients atteints de polyopathie (15)(16).

Tout d'abord, une étude de cohorte réalisée chez 567 patients belges, d'une moyenne d'âge de 84 ans et présentant des maladies chroniques, révèle que 59% des patients subissaient une omission de traitement selon les critères START et que 41% présentaient un abus de médicaments selon les critères STOPP (17).

Une autre étude, effectuée dans un hôpital norvégien, portant sur 232 patients d'une moyenne d'âge de 86 ans présentant minimum trois maladies chroniques et consommant de manière régulière de cinq à neuf médicaments par jour, a montré que 31% des patients ont présenté un évènement indésirable suite à la prise de médicament et que 49 évènements sur 72 survenus dans cette population avaient mené à une hospitalisation.

Néanmoins, les outils ont leurs limites et certains problèmes liés aux médicaments complexes sont difficilement observés par les critères (17). Afin de garantir une continuité médicamenteuse de qualité, un système de partage efficace de données pharmacologiques et médicales du patient est essentiel.

2.3. LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

Pour assurer la continuité des soins et une prise en charge de qualité des soins de santé primaires chez un patient atteint de maladie chronique et polymédiqué, il est important d'assurer la collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens (18). Malheureusement, la communication entre ces professionnels est souvent insuffisante et présente des limites malgré les nombreux effets positifs.

D'après D'amour, « la collaboration interprofessionnelle est faite d'un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun et de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, leurs habilités pour les mettre, de façon concomitante, au service des clients et pour le grand bien des patients. Elle consiste également en la structuration d'une action collective à travers le partage de l'information et de la prise de décision dans les processus cliniques » (19).

Une étude qualitative par interviews et focus groupes a été réalisée auprès de pharmaciens et médecins allemands. Les données montrent qu'il existe trois principaux obstacles entravant les interactions médecin-pharmacien : un manque de confiance mutuelle, une insuffisance de structures de communication prédéfinies et enfin une discordance sur l'importance de l'information pharmaceutique pour le soin et le traitement des patients (20).

Les pharmaciens réclament un moyen prédéfini clair et simple de communication avec les médecins. En parallèle, les médecins souhaitent un soutien des pharmaciens pour résoudre les problèmes pharmaceutiques.

Une enquête basée sur la littérature menée en 2012 à Bruxelles a mis en évidence plusieurs freins à la collaboration entre ces deux professions. Premièrement, les contacts ont lieu moins d'une fois par semaine. Deuxièmement, il y a peu de rencontres visuelles et troisièmement, les contacts pour des raisons pharmacologiques sont rares (21). Une étude réalisée au Canada a également mis en évidence que le manque de temps constitue un frein. Elle a aussi conclu que favoriser la collaboration améliore la compliance médicamenteuse et qu'un complément financier, par les systèmes de santé, serait un avantage (22).

Un mémoire de master en Santé publique réalisé en 2019 portait sur l'essai de l'implémentation de l'outil STOPP/START auprès des médecins généralistes dans deux maisons de repos (23). L'avis de huit médecins généralistes a été recueilli, l'étude a mis en évidence comme frein à la collaboration, le manque de temps et la résistance au changement. Dans les perspectives d'avenir de la recherche, l'étudiante pense opportun d'inclure d'autres professionnels, comme les pharmaciens, en vue d'une collaboration médecin/pharmacien grâce à des concertations. Le partage de pratique est un aspect important pour l'amélioration de la prise en charge thérapeutique des personnes âgées (24).

2.4. LES CONCERTATIONS MEDICO-PHARMACEUTIQUES

En vue de favoriser la collaboration entre médecins et pharmaciens en Belgique, l'arrêté royal du 3 avril 2015 fixe les conditions et les modalités de la mise en œuvre de la concertation médico-pharmaceutique. Une CMP permet d'optimiser les soins dispensés au patient grâce à la coordination des missions respectives des médecins et pharmaciens en matière de prescription, de délivrance rationnelle et d'une utilisation sans risque des médicaments. Une intervention financière peut être demandée, suite à une procédure spécifique, auprès de l'INAMI. En outre, pour faire face aux situations de comorbidité de plus en plus prévalentes et à la problématique de la fragmentation du système de soins, les autorités publiques ont décidé d'optimiser la gestion de la santé par la création d'un plan conjoint en faveur des maladies chroniques, intitulé « Des soins intégrés pour une meilleure santé ».

Il a été approuvé en 2015 par l'autorité fédérale, les ministres de la santé publique et les entités fédérées. Les soins intégrés sont définis comme « *la gestion et la délivrance des soins de santé afin que les patients reçoivent un continuum de services préventifs et curatifs en fonction de leurs besoins dans le temps et à travers différents niveaux de système de santé* »(5).

2.5. LES PROJETS PILOTES DE SOINS INTEGRES

Douze projets pilotes de soins intégrés ont été sélectionnés, financés et mis en œuvre depuis janvier 2018. Répartis dans toute la Belgique, ils permettent une approche différente dans la prise en charge des maladies chroniques, leurs objectifs comprennent trois pôles : permettre une meilleure santé pour la population, contribuer à une meilleure qualité de vie pour les professionnels et satisfaire les patients quant aux soins reçus (1). En région liégeoise, deux projets pilotes sont implémentés.

Le projet « *Chronic care and cure for health* » propose un pôle de référence pour les maladies chroniques : le Chronicopôle. Il s'agit d'une plateforme intégrée, accessible à tous les acteurs de la santé, évaluant leurs besoins ainsi que ceux des patients et permettant la concertation des acteurs. Le projet « *Réseau Liégeois Intégré pour une Autonomie Nouvelle* » (RÉLIAN) souhaite établir une collaboration entre le patient atteint d'une maladie chronique et les différents intervenants des secteurs de la santé, de l'aide et du socio-culturel, dans le but de développer un réseau structuré pour permettre au patient de développer une autonomie globale. Le Chronicopôle a notamment pour objectif de lutter contre la polymédication et favoriser l'adhérence au traitement par l'utilisation de l'outil STOPP/START. RÉLIAN souhaite assurer la continuité médicamenteuse. Ensemble, les deux projets pilotes se sont en outre fixés comme objectif de stimuler la collaboration entre les médecins et pharmaciens par le biais d'une CMP portant sur la polymédication. Un médecin formateur formerait les pharmaciens et médecins généralistes impliqués dans les projets à l'utilisation de l'outil STOPP/START. L'INAMI financerait le formateur et les participants. Les CMP permettent de relancer la dynamique de collaboration entre les professionnels pour systématiser la réalisation de la révision médicamenteuse afin de limiter les interactions médicamenteuses, la sur-médication et si nécessaire, instaurer de nouveaux traitements (25).

Les deux projets pilotes liégeois financent l'acte de la révision médicamenteuse auprès des patients de 65 ans et plus, prenant cinq médicaments chroniques ou plus, réalisé par un duo médecin-pharmacien. Par l'utilisation de l'outil, les projets souhaitent faire des gains rapides à court terme. La présente recherche a pour but d'explorer comment les médecins et les pharmaciens collaborent dans leurs pratiques mais également comment cette collaboration au sein des projets pilotes peut-elle permettre la révision médicamenteuse des traitements de patients atteints de maladies chroniques par l'application de l'outil STOPP/START.

2.6. LA COMMUNICATION INTERPROFESSIONNELLE

Cette étude se base sur le modèle de Rathbone (26) qui met en évidence la méthode de communication (emails, face à face, lettre,..), le type de communication (réactive ou proactive) mais également sur la fréquence des contacts et la perception du professionnel envers l'autre.

D'après ce modèle, plusieurs paramètres permettent le succès d'une collaboration efficace : la proximité entre les professionnels, le partage de perspectives, la communication en face à face ou par email, la fréquence régulière de communication, une communication proactive et la perception de la collaboration comme crédible (26).

D'après la littérature, l'étude de la collaboration interprofessionnelle médecin/pharmacien permet d'identifier des difficultés et des manquements. Le but de ce mémoire est d'évaluer, par une recherche qualitative, la dynamique de la collaboration entre ces deux professions à l'aide de l'outil de révision médicamenteuse par l'action des projets pilotes.

Finalement, ce mémoire vise à apporter, aux responsables des projets pilotes, une vision externe et un travail de recherche sur l'implémentation de l'outil STOPP/START au sein des CMP.

2.7. QUESTION DE RECHERCHE

En quoi la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les pharmaciens va-t-elle être modifiée par l'action des projets pilotes de soins intégrés en vue de réviser le traitement médicamenteux à l'aide de l'outil STOPP/START ?

2.8. HYPOTHESES ET OBJECTIFS

2.8.1. Objectif principal

L'objectif principal est d'évaluer la collaboration interprofessionnelle au sein des CMP dans le cadre des projets pilotes, en vue de la révision médicamenteuse du traitement des patients âgés et polymédiqués atteints de maladies chroniques à l'aide de l'outil STOPP/START.

2.8.2. Objectifs secondaires

- Evaluer les moyens de partage d'informations et d'échanges entre les médecins et les pharmaciens ;
- Estimer l'utilisation de l'outil STOPP/START ;
- Décrire le retour d'expérience des professionnels à ce changement de pratique ;
- Estimer la fréquence des contacts entre les professionnels ;
- Evaluer comment les prestataires perçoivent la crédibilité de la collaboration interprofessionnelle ;
- Evaluer les perspectives des professionnels à propos du rôle de chacun et du but de la relation.

3. MATERIEL ET METHODE

3.1. TYPE D'ETUDES

Le design d'étude choisi est une étude qualitative exploratoire phénoménologique qui permet de faire émerger la réalité du terrain. Le choix de ce design est pertinent au vu de la subjectivité des données à recueillir puisqu'elles se basent sur l'expérience et le discours des acteurs impliqués dans le contexte spécifique des projets pilotes (27). Ce type d'étude permet une bonne compréhension du contexte dans lequel les prestataires collaborent ainsi que la forme et la nature des interactions, mais également l'utilisation de l'outil STOPP/START. Les données à récolter ont été ciblées par les objectifs de recherche, de façon exploratoire.

3.2. POPULATION ETUDIEE

La population cible comprend les médecins et les pharmaciens faisant partie des CMP organisées par RÉLIAN et Chronicopôle. Ces prestataires de soins assurent la révision médicamenteuse des patients faisant partie des projets de soins intégrés.

3.2.1. Critères d'inclusion

- Être médecin généraliste ou pharmacien ;
- Faire partie des concertations médico-pharmaceutiques développées dans le cadre du projet pilote de RÉLIAN ou Chronicopôle

3.2.2. Critères d'exclusion

- Aucun.

3.3. METHODE D'ECHANTILLONNAGE

La stratégie d'échantillonnage choisie est une méthode non probabiliste, l'échantillon est raisonné. La sélection des participants s'est basée sur des critères précis tenant compte du but de l'étude et des critères d'inclusion établis. L'échantillon a été voulu comme le plus diversifié en termes de profils, de parité homme/femme, d'âges, d'années d'expérience et de lieux de travail. Un nombre équitable de médecins et de pharmaciens était également important au sein de chaque projet pilote. Les différents profils ont permis d'assurer une variabilité de l'échantillon et la récolte de données qualitatives riches.

3.4. TAILLE DE L'ÉCHANTILLON

Dans les recherches qualitatives, la taille de l'échantillon dépend de la saturation des données. La saturation est atteinte quand, au fil des entretiens, l'ajout de données n'amène plus de nouveautés qui permettraient une meilleure compréhension du phénomène étudié et l'avancement de la recherche (28) (29). Le nombre de participants doit être suffisant pour permettre une collecte riche et diversifiée (30).

La taille de l'échantillon dépend également du temps qu'il est possible de consacrer à la collecte. Le temps imparti pour cette étude, initialement fixé à un mois et demi, s'est vu allongé en raison de la crise sanitaire actuelle.

3.5. PARAMETRES ETUDIÉS ET OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES

3.5.1. Paramètres qui feront l'objet de l'étude

- La manière de collaborer entre les médecins et les pharmaciens ;
- Les perceptions des professionnels à propos de leurs expériences personnelles à la suite du partage des schémas de médication ;
- Les points de vue des professionnels à propos de la collaboration interprofessionnelle ;
- Les impressions des praticiens à la suite des CMP ;
- Le changement dans leurs pratiques professionnelles en termes de collaboration avec les médecins/ pharmaciens ;
- La pratique de la révision médicamenteuse des traitements des patients à l'aide de l'outil STOPP/START ;
- Le retour d'expérience des professionnels envers l'outil STOPP/START et son utilité ;
- Le partage du schéma de médication et la manière de communiquer des professionnels en vue de la révision médicamenteuse sur le terrain ;
- La volonté des praticiens de favoriser la révision médicamenteuse ;
- Les freins rencontrés dans l'utilisation de l'outil ;
- Les freins perçus dans la collaboration entre les médecins et les pharmaciens.

3.6. METHODE DE COLLECTE DE DONNEES

3.6.1. Outil de collecte des données : guide d'entretien

Des entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés avec les pharmaciens et les médecins généralistes pour permettre de cibler les thèmes tout en gardant une liberté dans la conversation. Au préalable, un guide d'entretien (annexe 9) a été réalisé pour traduire la question de recherche ainsi que les objectifs en question d'enquête. La force du guide est qu'il a pu être modifié au fil des entretiens pour améliorer la compréhension des questions et la fluidité de l'entretien. Le guide a été créé sur base des objectifs de l'étude et des paramètres étudiés. Ces questions ont été modifiées à maintes reprises à l'aide du promoteur de la recherche. Un prétest n'a pas été envisagé.

Le guide est composé d'un nombre limité de questions ouvertes permettant de garder une standardisation entre les prestataires et de recueillir des réponses enrichissantes et diversifiées. Des questions de relance ont été utilisées en vue d'enrichir l'échange. Les questions n'ont pas été énoncées dans un ordre précis, mais plutôt en fonction du déroulement de l'échange et des réponses du professionnel (28). Une deuxième version du guide d'entretien (annexe 10) a été créée au fil des entretiens. Cette nouvelle version a permis d'approfondir les objectifs de recherche même si les thématiques sont restées identiques. Les questions retravaillées ont enrichi le contenu des entretiens. Le choix des entretiens est pertinent car il permet de comprendre les expériences des professionnels dans le contexte dans lequel elles sont vécues (31). Ils génèrent plus d'idées et stimulent la discussion (32).

Pour enrichir la recherche et améliorer la qualité de l'étude, le but initial était également de réaliser une observation non participante au sein des CMP, à l'aide d'une grille, pour observer la collaboration entre les professionnels et l'utilisation de l'outil STOPP/START. L'utilisation d'une seconde méthode de collecte de données aurait contribué, par triangulation, à augmenter la validité de la recherche (33). L'utilisation de plusieurs méthodes de recherche aurait permis une compréhension globale des phénomènes (32) mais la crise du COVID ayant empêché le déroulement des CMP, seulement la réalisation des entretiens a été envisagée.

3.7. ORGANISATION DE LA COLLECTE DE DONNEES

3.7.1. Recrutement

Les coordonnées des professionnels ayant participé aux CMP ont été rassemblées à l'aide des responsables de projet RÉLIAN et Chronicopôle. Une fois les adresses mail récoltées, un courrier électronique a été envoyé à chacun contenant une brève description de l'étude (Annexe 6), un formulaire de consentement de participation (Annexe 7) et un consentement relatif à l'utilisation de données à caractère personnel (Annexe 8). Sur 40 mails envoyés, une seule réponse a été obtenue dans un premier temps. Ensuite, après récolte des numéros de téléphone, un contact a été établi avec chaque professionnel, la plupart des médecins travaillant au sein d'une maison médicale. Un contact téléphonique direct n'a pas été possible, l'appel étant réceptionné par une personne chargée de transmettre un message au professionnel. Seulement quelques médecins ont rappelé, malgré plusieurs relances. Les autres médecins ont finalement été contactés via leurs numéros personnels. La prise de contact avec les pharmaciens, quant à elle, a été réalisée directement via les pharmacies.

Une fois l'entretien accepté par le professionnel, la crise sanitaire a entravé leur bon déroulement. Le respect des règles sanitaires et des mesures de distanciation sociale ainsi que la majoration de la charge de travail pour les médecins et pharmaciens ont grandement compliqué la réalisation des entretiens. En règle générale, la collecte des données, par le biais d'un entretien, repose sur une interaction en face à face mais au vu de la situation sanitaire et en plein pic de contaminations, le projet de recherche a dû être repensé. Un entretien à distance en visioconférence a été proposé ou, le cas échéant, un entretien téléphonique. Comme décrit dans l'article de Adam J (33), la crise du COVID affecte le déroulement des recherches. Elle impose la distanciation sociale et modifie les moyens de collecte des données.

3.7.2. Passation des entretiens

Une fois le rendez-vous accepté, une brève description du chercheur et de l'étude était énoncée ainsi que les modalités du déroulement de l'entretien. Pour permettre l'analyse des données, ceux-ci étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone, après un accord préalable des professionnels interviewés.

Les entretiens ont duré entre 20 à 50 minutes et se sont déroulés soit en maison médicale, soit en pharmacie, soit par le biais de Lifesize ou d'un appel téléphonique.

L'emploi du temps chargé des prestataires ainsi que la crise sanitaire, comme expliqué précédemment, ont rendu difficile la réalisation des entretiens. Les professionnels intercalaient l'interview entre deux consultations, sur leur temps de midi ou en soirée. Ces difficultés ont constitué un frein à la discussion, leur temps étant restreint. Malgré tout, les professionnels ont montré de la disponibilité et de l'intérêt envers l'étude et l'entretien.

L'envoi des mails a débuté en octobre, suivi par les appels téléphoniques en novembre. Les entretiens ont commencé directement et se sont poursuivis pendant un mois et demi. Quatre entretiens ont été réalisés au mois de février au cours de l'analyse des données.

3.8. TRAITEMENT DES DONNEES ET METHODE D'ANALYSE

L'approche choisie est la méthode d'analyse inductive. Elle permet de dégager les différents thèmes parmi les données brutes pour faire émerger les objectifs de la recherche. Cette approche comporte 4 étapes : (34)

- 1) *Préparer les données brutes* : retranscrire chaque entrevue dans un format commun.
- 2) *Procéder à une lecture attentive et approfondie* : l'idéal est de se familiariser avec le contenu.
- 3) *Identifier et décrire les premiers thèmes* : faire émerger les segments de texte qui apportent une signification à la recherche et identifier les premiers thèmes en lien avec les objectifs et la question de recherche. Cela signifie qu'il faut condenser les données pour leur donner un sens.
- 4) *Réviser et raffiner les différents thèmes* : identifier, au sein des entretiens, les points de vue contradictoires, les nouvelles perspectives et les parties qui illustrent les thèmes. Ceux-ci doivent être revus pour éviter les redondances, pour que chaque thème corresponde à la question de recherche et pour que la sélection thématique soit porteuse de sens.

Le traitement des données a comporté plusieurs étapes. Dans un premier temps, chaque entretien a été retranscrit manuellement à l'aide du logiciel Microsoft Word®. Une fois cette

étape réalisée, les enregistrements ont été supprimés. Ensuite, chaque entretien a fait l'objet de plusieurs lectures approfondies.

Un code book a été établi pour en dégager des verbatims tirés des entretiens et créer les thèmes principaux. L'analyse des données a été déterminée par la question et les objectifs de recherche pour garantir un sens aux données et faire émerger les premiers thèmes. Lors de la réduction des données, l'important était d'aller au-delà des données brutes pour donner y un sens et permettre de répartir les extraits d'entretien dans les différents thèmes (34). En dernier lieu, les thèmes ont été affinés pour permettre de faire émerger les divergences et les liens entre eux et ainsi répondre à la question de recherche (35).

3.9. CRITERES DE QUALITE

Plusieurs contrôles de qualité ont été réalisés afin de répondre à une validité interne et externe. Dans un premier temps, l'étude a utilisé la liste COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) comme modèle pour améliorer la rigueur, l'exhaustivité et la crédibilité des entretiens (36).

D'autres critères de qualité ont été mobilisés. Par exemple, celui de la transférabilité qui signifie que le chercheur a adopté une position éthique et à distance des jugements personnels ; celui de la crédibilité également qui empêche la contamination, par le chercheur, des données recueillies et qui veille à ce que celles-ci soient en accord avec la réalité. Le chercheur a enregistré chaque entretien pour permettre une analyse des données brutes. Lors des entretiens, celui-ci a réalisé des reformulations de réponses pour s'assurer d'une bonne compréhension de celles-ci (37).

4. RESULTATS

4.1. POPULATION ETUDIEE

Cette recherche a recueilli l'avis de sept pharmaciens et huit médecins. Le tableau récapitulatif ci-dessous résume les informations sociodémographiques et professionnelles des personnes interrogées. La diversité de leur profil a contribué à la qualité de l'étude et a permis d'enrichir la recherche.

Tableau 1. Profil socioprofessionnel des personnes interrogées

<i>Age (années)</i>	<i>Profession</i>	<i>Genre</i>	<i>Type d'entretien</i>	<i>Lieu d'activité</i>
Médiane (min-max) 42,5 (21 – 62)	Pharmacien (n=7) Médecin (n=8)	Homme (n=5) Femme (n=10)	Face à face (n=10) Lifesize (n=2) Téléphone (n=3)	Pharmacie (n=7) Maison médicale (n=8)
N = 15				

4.2. THEMES

Cinq grands thèmes ont été identifiés à la suite de l'analyse des entrevues avec les professionnels de la santé. Ces thèmes ont été définis en fonction de la question de recherche et des objectifs de l'étude. Plusieurs sous-thèmes, découlant des thèmes principaux, ont été peu à peu dégagés. Les verbatims qui illustraient au mieux les catégories ont été sélectionnés. Au sein des thèmes, des divergences entre les discours, des freins concernant la collaboration interprofessionnelle au sein des CMP et des leviers à une collaboration de qualité ont pu être mis en évidence.

4.2.1. L'association des professions médecin-pharmacien

Les prestataires rencontrés étaient conscients de l'intérêt de la complémentarité de leurs professions car le médecin et le pharmacien voient une facette différente du patient. Leur complémentarité apporte une vue globale sur la médication du patient. Plusieurs professionnels pensaient que combiner les professions au sein de concertations pourrait permettre le changement de paradigme au sein de la profession de médecin et une évolution du métier. Certains ont retenu que la combinaison des professionnels d'une même région permettrait de cibler la même patientèle.

Le pharmacien reste le spécialiste du médicament et détient l'exhaustivité de la médication. Le médecin, quant à lui, reste le prescripteur. Un médecin a souligné l'intérêt de collaborer avec le pharmacien car celui-ci, grâce à sa formation, apporte des connaissances pharmacologiques et une plus-value pour une prise en charge de qualité. Un pharmacien a insisté sur son rôle dans la révision médicamenteuse du traitement des patients, puisqu'il attire l'attention du médecin sur des interactions ou des problèmes de compliance de la part du patient.

Médecin : « Par contre, au niveau connaissances pharmaco-médicales, ils sont supérieurs à moi. Les classiques, je les connais, mais je me rends compte qu'il y a tout un aspect des soins que les pharmaciens pratiquent déjà en amont ou en aval et pour ça, on a intérêt à se parler pour reconnaître cette partie du travail et que ça se passe bien. Par exemple, à l'éducation de puff pour BPCO, je pense que le pharmacien a son rôle. »

Pharmacien : « Ça a vraiment une valeur ajoutée car on peut agir d'une part, à la suppression de certains médicaments qui n'ont plus d'utilité, je pense à des antidépresseurs prescrits depuis trop longtemps ou à l'addition de médicaments que l'on a oubliés. Je pense à la vaccination de la grippe, où souvent le médecin peut passer à côté car le médecin est surchargé et quand c'est des traitements saisonniers, ce ne sont pas des traitements habituels et on peut passer à côté, tout comme nous, pharmaciens, c'est l'occasion, lorsqu'on fait une révision médicamenteuse, de revoir et de passer en revue le traitement et voir s'il est bien adapté. »

4.2.1.1. Un intérêt commun, le patient

D'après les acteurs rencontrés, les deux professionnels ont un intérêt commun, le patient, au centre de leur prise en charge. La collaboration interprofessionnelle apporte une plus-value dans sa compliance au traitement du patient.

Pharmacien : « Oui je pense que ça peut apporter un plus, le fait d'être une équipe de trois, pour que le patient soit bien soigné et soit compliant, car la compliance n'est pas toujours facile. Il ne prend pas toujours son traitement et le fait que le médecin et le pharmacien soient sur la même longueur d'onde cela peut améliorer la compliance du patient. »

4.2.1.2. *Pas d'intérêt à la collaboration interprofessionnelle*

Cependant, un médecin et deux pharmaciens ne partageaient pas l'avis des autres prestataires et pensaient qu'une collaboration interprofessionnelle active n'apporterait rien à leurs professions. Ils trouvaient les contacts ponctuels suffisants. Un médecin rencontré ne percevait pas l'intérêt que peut apporter la collaboration avec les pharmaciens dont le but est de réaliser la révision médicamenteuse avec l'utilisation de l'outil STOPP/START. Il trouvait la collaboration entre médecins importante mais il n'a pas besoin de l'avis du pharmacien. La collaboration au sein des concertations ne lui avait pas permis d'avoir un regard sur le travail quotidien du pharmacien en lien avec ses prescriptions. Un pharmacien pensait que collaborer avec un médecin, pour la révision du traitement d'un patient précis, n'était pas concevable et qu'il est impossible d'y consacrer un temps sur sa journée. Le second pharmacien ne comprenait pas l'intérêt des réunions et comment celles-ci pourraient l'aider dans sa pratique. Il ne ressentait pas le besoin de collaborer davantage.

Médecin : « En maison médicale, on est déjà en collaboration avec les autres intervenants, cela fait partie de notre pratique de faire des réunions de collaboration quand c'est nécessaire. J'en vois du sens pour les médecins plus ensellés mais pas spécialement en lien étroit avec les intervenants de première ligne. Voir la tête du pharmacien et parler avec eux, faire des STOPP/START, je ne suis pas sûr que les pharmaciens soient indispensables. Ce qui est intéressant au sein de la réunion, c'est reprendre le cas du patient et réévaluer l'intérêt de chaque médicament, je n'ai pas besoin d'un pharmacien pour faire ça. Par contre, l'avis de mes autres collègues médecins, je trouve ça intéressant. »

Pharmacien : « En tout cas, si un médecin fait la demande, on y répondra car c'est notre rôle mais j'ai du mal à me dire que telle personne mérite que l'on s'arrête sur son cas et prendre contact avec le médecin, je vous réponds très honnêtement. »

4.2.2. **Changement dans la pratique professionnelle à la suite des CMP**

Plusieurs questions du guide d'entretien portaient sur la collaboration et la complémentarité des professions de médecin et de pharmacien. D'autres questions ciblaient leurs avis et ressentis à propos des concertations. Le but était d'identifier les changements au sein de la collaboration interprofessionnelle à la suite des CMP.

Pour la plupart des répondants, les CMP permettent un changement dans la collaboration et celle-ci ne s'arrête plus à des appels ponctuels mais crée davantage une relation de confiance. Les concertations amènent une remise en question de la pratique quotidienne. Par exemple, un médecin a exprimé qu'il avait ressenti une satisfaction à supprimer un certain nombre de médicaments inutiles dans le traitement de certains de ces patients. Les acteurs de la santé interrogés ont ressenti parfois des *a priori* et des peurs à contacter le médecin ou le pharmacien, les réunions permettent d'oser partager leurs points de vue et maintenir le contact en dehors des réunions. Un médecin a mis en évidence le changement dans sa pratique quotidienne. Les CMP ont apporté une ouverture d'esprit et ont permis de savoir si les informations étaient bien intégrées par les patients. Plusieurs prestataires ont insisté sur leur remise en question et leur réflexion sur leurs pratiques professionnelles.

Médecin : « Je trouve ça bien, je trouve que c'est intéressant, les réunions apportent un plus à la collaboration. Je pense que ça va permettre de plus oser appeler un pharmacien ou un médecin, vous mettez ce médicament là mais n'oubliez pas qu'il a de l'Asaflow®. De s'être rassemblés une fois, cela nous permettra d'être plus à l'aise avec le fait d'appeler ces pharmaciens-là et d'être dans une même région, se connaître, on voit les mêmes patients donc la prise en charge est meilleure. »

Médecin : « Lors des CMP, on a repris des dossiers de patients et je trouve ça riche d'avoir la vision de quelqu'un d'autre sur le patient et ça permet de voir si l'information est bien passée ou si on doit calibrer notre discours en consultation et sur la justesse du traitement. Le pharmacien a un regard sur ce que le patient consomme réellement. »

Un pharmacien interrogé a eu une réflexion plus poussée et a signalé que la collaboration avec les médecins valorise le métier et apporte une satisfaction dans sa profession.

Pharmacien : « Une meilleure collaboration est une satisfaction personnelle de la valorisation de son métier, on a l'impression, lorsqu'on fait une CMP, qu'on peut adapter un traitement, on a l'impression d'une plus-value et que les compétences scientifiques peuvent être mises en avant et servir la collectivité. »

Cependant, une minorité de professionnels interviewés ne voyaient pas l'intérêt de ces réunions car ils pensaient qu'il serait plus intéressant de collaborer directement avec le pharmacien ou le médecin qui prend en charge le patient avec un problème de médication.

Selon eux, faire des STOPP/START, pour des patients qui ne les concernent pas, n'apportait pas d'avantage dans leur pratique.

4.2.2.1. L'importance du contact humain

Plusieurs des répondants ont insisté sur l'importance du contact humain entre les prestataires. Une confiance réciproque se crée et facilite les échanges une fois le contact créé.

Pharmacien : « Déjà de rencontrer physiquement les médecins ce qui n'arrive jamais ! D'avoir une personne en face de soi et peut être, à force, il y aura une facilité qui pourrait s'installer et ils nous contacteraient plus facilement. Les échanges ça n'a été qu'une soirée mais ça a été très très riche ! ».

4.2.2.2. La condition de climat de confiance

La condition de climat de confiance est primordiale pour une collaboration interprofessionnelle efficace. Plusieurs médecins ont ressenti la peur d'exposer leurs dossiers médicaux aux autres prestataires. Les professionnels doivent se sentir en confiance pour apporter leurs savoirs et permettre une remise en question.

Médecin : « Pour moi, la condition de sécurité est vitale, c'est impossible de se « déshabiller » devant quelqu'un en qui on n'a pas confiance, il faut un climat de sécurité. Prendre ça sur un aspect purement technique, je n'y crois pas du tout. Le but est de construire un savoir qui est plus complexe, plus nuancé, mais s'il n'y a pas ce cadre, ce climat de confiance et de respect, c'est pour moi impossible. »

Médecin : « J'ai quand même vu de la part des médecins plus que ce que je ne pensais, une pudeur quand on a dû faire l'exercice avec des cas précis, je voyais que les médecins n'avaient pas trop envie que l'on regarde leurs dossiers médicaux. Ce n'est pas si simple que ça d'être indirectement évalué par des pairs, y compris pour moi. J'ai plaisanté avec un pharmacien ce jour-là, je n'étais pas fier à 100% de ce que je disais car je me suis rendu compte que j'ignorais une partie. »

4.2.2.3. Changement de la représentation de la profession du médecin/pharmacien

En général, d'après les interviewés, les pharmaciens et les médecins ne collaborent pas de manière active. Ils s'en tiennent à des problèmes de prescription ou à des appels ponctuels.

Ces deux professions restent cloisonnées et n'ont pas été formées à collaborer ensemble à travers leurs études. Les rencontres par le biais des CMP ont permis un changement dans la représentation de la profession de chacun.

Médecin : « Je trouve que ces CMP sont un bel outil. L'image que j'ai des pharmaciens, peut-être erronée, est une profession très fermée sur leur profession, je n'ai pas l'impression qu'il soit naturel ou culturel de lier des liens avec des pharmaciens, des infirmiers. Qu'ici où je travaille, dans une maison médicale, c'est l'essence même du travail. L'aspect pluridisciplinaire est plus naturel et est plus permis. »

4.2.3. L'utilisation de l'outil STOPP/START

L'utilisation de l'outil STOPP/START diffère en fonction des professionnels. Le pharmacien est désavantagé car il n'a pas d'accès au dossier médical du patient et le médecin ne sait pas ce que le patient achète réellement à la pharmacie. L'intérêt et l'efficacité de l'outil ne sont pas remis en question mais plutôt son utilisation au quotidien.

Les prestataires interrogés ont exprimé le besoin d'un outil systématisé dans leurs logiciels pour un accès et une application efficace. L'outil en format papier reste un frein à son utilisation quotidienne. Un pharmacien a confié que l'utilisation de l'outil STOPP/START, lors des réunions, est un point positif. Cependant, il y voyait peu d'intérêt dans sa pratique quotidienne. Plusieurs professionnels ont confié que les CMP imposent un temps de réflexion sur la révision médicamenteuse et un temps de familiarisation à l'outil STOPP/START.

Médecin : « J'ai déjà utilisé l'outil mais de façon épisodique et aléatoire car ça prend énormément de temps de le faire et il faut un dossier extrêmement bien tenu avec les médicaments à jour et les antécédents à jour pour savoir quel médicament est prescrit et pour quelle raison. Il faut vérifier avec le patient ou le pharmacien ce qu'il prend réellement et puis revoir molécule par molécule ce qui est intéressant et voir avec le patient ce qu'il accepterait de changer, ce qui est dans son intérêt, donc tout ça prend énormément de temps. Je l'ai déjà fait une ou deux fois. Je le fais notamment, par exemple, quand mes patients entrent en maison de repos ou en sortie d'une hospitalisation. »

4.2.4. La communication interprofessionnelle

Des freins à la communication étaient bien présents au sein de la collaboration médecin-pharmacien, notamment, la peur de déranger le prestataire ou de fausses croyances. Grâce aux CMP, plusieurs « barrières » sont tombées et ont permis de faciliter la communication interprofessionnelle et d'amener un renforcement positif du travail collectif. Plusieurs médecins ont pris conscience que les pharmaciens souhaitaient collaborer davantage et apporter leurs connaissances. Les pharmaciens, quant à eux, ont pris conscience que les médecins étaient ouverts à la réflexion à propos d'un changement de traitement.

Un médecin a mis en évidence l'importance de la communication entre les prestataires pour permettre une prise en charge globale du patient et une bonne compliance envers son traitement. Lors du suivi d'un patient à la situation plus complexe, une communication efficace entre les professionnels est essentielle.

Médecin : « De connaître les pharmaciens personnellement, de les rencontrer une fois, ça change déjà tout au niveau de la communication. Et aussi le fait que les pharmaciens étaient demandeurs qu'on leur téléphone. On se disait, on ne va leur téléphoner alors qu'ils sont demandeurs et de leur côté, ils se sont rendus compte qu'on était ouvert à revoir notre traitement si eux voyaient une aberration. Ils se disaient « non, on ne peut pas interpellier le médecin, il va mal le prendre ». Ce sont des problèmes de communication alors que chacun est finalement ouvert à collaborer. »

Médecin : « Je pense que discuter enrichit la pratique, que ce soit avec des collègues ou des partenaires du réseau. Par rapport à l'efficacité liée à la situation individuelle d'un patient, je pense que le contact direct avec le pharmacien concerné est sans doute le plus intéressant et c'est ce que je vis le plus souvent au quotidien. Les CMP amélioreraient la compréhension entre les intervenants. Quand la communication est plus fluide, ce qui percole jusqu'au patient est plus efficace et ça peut impacter sur la compliance. Ça permet de se mettre en accord et ne pas avoir un pharmacien qui dit : « qu'est-ce qu'il a fait votre docteur là ?! ». Ça donne un renforcement positif du travail ensemble. »

4.2.5. Les freins

4.2.5.1. *La crainte du changement*

Les prestataires rencontrés sont ancrés dans leur pratique quotidienne et dans leurs habitudes. Ajouter des réunions régulières à leur travail peut paraître complexe. La plupart des intervenants sont convaincus des bénéfices apportés par les réunions et la collaboration médecin-pharmacien, en théorie. Cependant, la pratique est plus compliquée car la nouveauté les effraie. Plusieurs pharmaciens n'imaginent pas contacter un médecin pour remettre ses prescriptions en question même si, selon eux, les médecins participant aux réunions seront probablement plus accessibles. Une fois l'intérêt de la collaboration interprofessionnelle démontré, les professionnels y voient une plus-value.

Un pharmacien pense que, une fois les boucliers tombés, les CMP peuvent valoriser le métier. Un autre pharmacien a pour opinion qu'un bénéfice sera directement apporté au patient.

Pharmacien : « Pour être franc, je pense que c'est comme ça dans tous les métiers. La théorie elle est très belle, la pratique me semble plus compliquée mais quand ça sera mis en place, on trouvera le temps et l'énergie pour le faire. Je pense que c'est parce que c'est nouveau, c'est comme pour tout. Je pense que dès que quelque chose est nouveau dans une profession, on a des boucliers qui se lèvent alors qu'en fait, c'est une amélioration de notre travail, donc je suis sûr que c'est une bonne chose pour la valorisation du métier de pharmacien, j'en suis sûr. »

Médecin : « C'est clair que moi, c'est parce que je n'ai pas pris l'habitude, dès le départ, de le faire régulièrement que je ne le fais pas régulièrement. C'est une habitude, c'est difficile de mettre en place une nouvelle habitude quand cela fait déjà plusieurs années de pratique sans. Si on m'avait appris, dès le moment où j'ai commencé à pratiquer la médecine, si à chaque moment ou en sortie d'hospitalisation, il faut utiliser l'outil STOPP/START, ce serait plus facilement acquis que de maintenant essayer de trouver le temps. Je pense que beaucoup de professionnels travaillent de manière cloisonnée donc ça changerait la manière de travailler. »

4.2.5.2. *Les changements dû au COVID*

La crise du COVID a stoppé le déroulement des réunions, avec un impact direct sur la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les pharmaciens, et la création d'une relation de confiance. Ces derniers ont été mis à l'épreuve et supportent actuellement une

charge de travail importante. Le contact humain étant primordial, les moyens alternatifs tels que la visioconférence semblent constituer un frein pour certains et entraver la création d'une relation de confiance. Cependant, plusieurs acteurs y trouvent des aspects positifs en permettant à chaque professionnel de rester dans son cabinet ou dans son officine.

Pharmacien : « Forcément, on est dans une période particulière, on ne s'est pas vu assez pour créer une relation solide. Peut-être que si les réunions avaient été maintenues, la relation aurait été différente. Les circonstances ont tout stoppé et nous sommes pressés. On ne s'appelle que pour des choses urgentes. »

Médecin : « La visioconférence est un frein. Même si je suis contente de rester chez moi mais il y a toujours une partie du groupe qui reste passif. Se voir en réunion, ça permet de se voir de façon informelle, ça crée un lien. En « visio », quand c'est fini, on se déconnecte et ça s'arrête là. »

5. DISCUSSION ET PERSPECTIVE

Cette étude avait pour question de recherche : « *En quoi la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les pharmaciens va-t-elle être modifiée par l'action des projets pilotes de soins intégrés en vue de réviser le traitement médicamenteux à l'aide de l'outil STOPP/START ?* ». Pour y répondre, le choix d'une étude qualitative s'est imposé comme le plus pertinent. Quinze médecins et pharmaciens ont été interrogés. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la collaboration interprofessionnelle au sein des CMP dans le cadre des projets pilotes en vue de la révision médicamenteuse à l'aide de l'outil STOPP/START du traitement des patients âgés et polymédiqués atteints de maladies chroniques.

Le tableau ci-dessous reprend l'ensemble des leviers et des freins, soit partagés par la plupart des acteurs, soit les plus significatifs rencontrés par les professionnels interviewés.

Tableau 2 : Ensemble des leviers et freins identifiés

Thèmes	Leviers et facteurs motivationnels	Freins et critiques
1) Association des professions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vue plus globale du patient et de sa médication ▪ Complémentarité des connaissances médicales et pharmacologiques ▪ Amélioration de la compliance au traitement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas d'intérêt dans la pratique quotidienne
2) Changement dans la pratique à la suite des CMP	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relation de confiance et climat de sécurité entre les professionnels ▪ Remise en question des pratiques ▪ Application de la révision médicamenteuse ▪ Changement dans la représentation de la profession de médecin/pharmacien ▪ Maintien du contact entre les acteurs de santé ▪ Satisfaction personnelle dans sa profession ▪ Contact humain primordial 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de changement à la suite des CMP ▪ Pas de collaboration avec le professionnel concerné par son patient
3) Outil STOPP/START	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impose un temps de réflexion sur la RM ▪ Efficacité de l'outil 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisation contraignante en termes de temps et en raison de sa version papier ▪ Pas intégré dans les logiciels utilisés par les professionnels
4) Communication interprofessionnelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apport d'un renforcement positif dans son travail ▪ Ouverture au dialogue et à la collaboration ▪ Amélioration de la compliance au traitement 	
5) Freins		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peur du changement, de la nouveauté ▪ Manque de temps ▪ Crise du COVID qui empêche le contact humain

5.1. CONFRONTATION AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE

5.1.1. Le modèle de collaboration interprofessionnelle de Rathbone

Le guide d'entretien a, en partie, été construit à l'aide du modèle de collaboration interprofessionnelle de Rathbone (26). Celui-ci identifie quatre grands thèmes pour étudier une collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens.

- 1) *La fréquence des contacts* : les contacts doivent être réguliers pour permettre une collaboration réussie et augmenter l'adhérence des patients à leurs traitements. Au cours de cette étude, les professionnels ont insisté sur l'importance de prévoir des réunions plusieurs fois par an pour maintenir une collaboration efficace.
- 2) *La collaboration* : adopter une vision commune et comprendre l'importance d'une collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens. Les CMP permettent la création d'une relation de confiance mutuelle et dissipent les *a priori* et les peurs de chacun, afin de favoriser la collaboration interprofessionnelle.
- 3) *La méthode de communication* : cette catégorie comprend les méthodes telles que le contact téléphonique, le contact en face à face, le courrier électronique etc. Il est prouvé que le contact en face à face améliore la collaboration entre les prestataires. Durant cette recherche, les professionnels ont signalé que le contact humain lors des réunions était important pour créer une relation de confiance et une collaboration durable de qualité. Le contact téléphonique n'est pas suffisant pour parvenir à cet objectif.
- 4) *Le type de communication* : la communication peut être dite « réactive », c'est-à-dire un contact en réaction à un problème ou « proactive », qui signifie un contact par des réunions. Celles-ci facilitent la collaboration en raison de leur nature sociale et du contact humain. L'intérêt des CMP est donc démontré, comme l'ont expliqué la plupart des professionnels.

5.1.2. Les différents paramètres influençant la collaboration interprofessionnelle

L'implication du patient dans la révision médicamenteuse se révèle être essentielle pour une bonne compliance au traitement. Il est considéré comme un acteur important au sein de la collaboration entre le médecin et le pharmacien (38) (39). Les projets pilotes incluent le patient. Il doit donner son accord pour le partage de ses données. Cependant, les patients ne sont pas conviés au sein des CMP.

Plusieurs articles scientifiques insistent sur l'importance des contacts entre les prestataires, en face à face, pour établir une relation de confiance et faciliter la révision médicamenteuse (38)(39). Les acteurs de santé rencontrés ont identifié le contact humain comme un levier à la collaboration. Plusieurs paramètres entrent en compte pour une collaboration efficace

agissant sur la gestion du traitement des patients comme l'attitude envers la collaboration, la certitude des avantages de celle-ci, la confiance et le respect envers les autres professionnels.

Une étude faite à l'Université de Louvain (38) décrit la mise en œuvre d'un portail d'information sur la santé et le bien-être, qui s'adresse aux personnes âgées fragiles et inclus le dossier de santé partagé. Il est considéré comme un outil de communication multidisciplinaire sécurisé. Plusieurs prestataires de la recherche ont mentionné la difficulté de partage de données entre les professionnels et le décrivent comme un frein à la collaboration.

Une revue systématique française (40) définit la collaboration comme une relation d'interdépendance qui nécessite la reconnaissance du rôle complémentaire de chacun. Une interdépendance entre le pharmacien et le médecin apporte une interaction plus fréquente et diversifiée dans la gestion du traitement.

5.1.3. L'utilisation de l'outil STOPP/START

Une étude sur l'utilisation de STOPP/START par les médecins généralistes a montré une sous-utilisation de l'outil, avec seulement un médecin de l'échantillon qui l'utilisait de manière régulière. La révision médicamenteuse est considérée comme essentielle mais insuffisamment réalisée (41). Cette recherche a, en outre, identifié plusieurs freins tels que le temps demandé pour utiliser l'outil et la difficulté d'implémentation. Des pistes d'amélioration ont été mentionnées, comme une formation des médecins généralistes ou la collaboration avec d'autres professionnels de la santé, mais également la création d'une version informatisée (41).

Durant notre recherche de mémoire, les médecins généralistes et les pharmaciens ont identifié des points similaires. Un médecin signale que l'utilisation de l'outil STOPP/START pousse à la réflexion sur les traitements de ses patients et empêche de reproduire les mêmes erreurs au cours des prescriptions médicamenteuses. Les professionnels sont pratiquement à l'unanimité d'accord de la complémentarité de leurs métiers et de l'intérêt de leur collaboration dans la révision médicamenteuse. Ils regrettent que l'outil ne soit pas informatisé et inclus au sein des logiciels systématisés. Les réunions sont un levier à la formation à l'outil et permettent d'imposer un temps à la révision médicamenteuse et à la collaboration interprofessionnelle.

5.2. ANALYSE DES LIMITATIONS ET DES BIAIS

Plusieurs biais ont été recensés à travers la recherche. Dans un premier temps, le biais d'échantillonnage a été mis en évidence. La population sélectionnée était représentée par des médecins et pharmaciens ayant participé aux concertations médico-pharmaceutiques. Les médecins interrogés faisaient tous partie d'une maison médicale. Ceci représente une limite de cette l'étude. Pour enrichir les données, il aurait été intéressant de s'entretenir également avec des médecins isolés. Les médecins des maisons médicales collaborent au quotidien avec d'autres prestataires, contrairement aux médecins isolés.

Le biais de désirabilité sociale était pratiquement inévitable. Ce biais correspond à un intervenant qui veut donner une image positive de lui-même à l'enquêteur ou, à l'inverse, omet les choses positives, ne mettant en avant que le négatif. Pour limiter ce biais, la multiplication des entretiens et des personnes a permis d'apporter des points de vue variés. L'enquêteur a adopté une attitude neutre à chaque interview.

Une autre limite était le codage des données. Le codage a été réalisé par le chercheur, soit une seule et même personne. Pour augmenter la validité de l'étude, le codage aurait dû être accompli par plusieurs personnes, mais pour des raisons de faisabilité, il était impossible de le réaliser au cours de cette recherche. L'utilisation de la liste COREQ (36) a permis d'augmenter la validité de la recherche.

Le COVID représente aussi une limite majeure de cette étude. La crise sanitaire et les restrictions gouvernementales ont entravé le déroulement des réunions. Seulement quelques CMP ont eu lieux.

Au début de cette recherche, l'observation de la collaboration des professionnels était prévue au cours des réunions. Cette technique de collecte aurait permis d'enrichir les résultats et d'augmenter la validité interne de l'étude, à l'aide de la triangulation par méthode de collecte (42). Le COVID a également entravé la réalisation des entretiens ; ceux-ci devaient tous être réalisés en présentiel mais l'organisation a dû être revue et plusieurs entrevues se sont déroulées par téléphone ou en visioconférence. L'augmentation de la charge de travail pour les médecins et les pharmaciens a compliqué le bon déroulement de la collecte des données. Les médecins recevaient le chercheur entre deux consultations ; les pharmaciens en fin de journée ou sur le temps de midi ; ce qui cloisonnait la durée des entretiens. Il est même arrivé

que certains professionnels n'aient simplement pas de temps à accorder à une entrevue. Pour contrer ce biais, les méthodes d'entrevue ont été multipliées. Les professionnels ont été interrogés par téléphone, visioconférence ou en face à face.

Un autre élément important à préciser est que la saturation des données a tenté d'être atteinte au cours de cette étude. Les entretiens ont été analysés au fur et à mesure de leur enregistrement. La population concernée par cette étude était représentée par les professionnels ayant participé aux CMP, la liste n'était pas exhaustive. Malgré tout, le guide d'entretien a été revu au fil des interviews et trois entrevues ont été réalisées plus tard pour permettre d'atteindre la saturation des données. D'autres entrevues auraient probablement permis de compléter l'analyse, même si les données analysées se sont déjà avérées très similaires. Les facteurs de temps et de non-réponse à la participation à l'étude étaient aussi des facteurs limitants. Cependant, des thèmes ont émergé avec des exemples pertinents et des généralités (30).

5.3. PERSPECTIVE D'AVENIR

L'étude a été entravée par la crise sanitaire. L'interruption des CMP n'a pas permis d'évaluer les différences dans la collaboration interprofessionnelle avant et après leur déroulement. Malgré tout, les quelques réunions qui ont eu lieu ont été riches en termes d'échange entre les professionnels. Il serait intéressant, une fois la crise du COVID terminée, de mener une recherche sur la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les pharmaciens, quand les CMP seront bien ancrés, dans leur pratique pour étudier les différences entre leurs moyens de communication, d'échange et le déroulement des réunions.

Il serait également intéressant d'inclure les médecins généralistes isolés pour connaître leur ressenti et leur vision de la collaboration interprofessionnelle.

5.4. CONCLUSION

Les médecins généralistes des maisons médicales rencontrés sont ouverts à la collaboration avec les pharmaciens de la région et réciproquement. Ils reconnaissent leur complémentarité et l'intérêt que chacun peut apporter dans la révision médicamenteuse du traitement d'un patient. Lors des entretiens, les professionnels rencontrés déclarent avoir déjà collaboré entre eux bien avant les réunions mais la collaboration s'en tient à des contacts ponctuels. La

majorité téléphone régulièrement pour des problèmes de prescription médicale. Le contact est harmonieux entre les deux professions mais les prestataires ont parfois des représentations erronées de l'autre profession. Cependant, les acteurs de santé interrogés lors de l'étude ont mis en évidence la richesse des échanges lors des réunions. La plupart reconnaissent l'importance du contact humain et la création d'une relation de confiance entre eux. Les CMP aident à parvenir à une meilleure communication et permettent aux professionnels de collaborer plus facilement par la suite.

Malgré leur charge de travail élevée, ils sont prêts à accorder de leur temps pour participer à des réunions plusieurs fois par an, si celles-ci sont organisées à l'avance. Plusieurs pharmaciens confient ressentir une valorisation de leur métier et un changement dans le contact avec les médecins.

La plupart des professionnels perçoivent le bénéfice que cette collaboration apporte à leurs patients malgré la détention d'informations différentes par chaque intervenant. Les médecins connaissent les maladies, les comorbidités, le traitement et les antécédents du patient tandis que les pharmaciens ont connaissance des médicaments délivrés. Une collaboration entre les médecins et les pharmaciens apporte une vue globale et intégrée du patient.

Cependant, plusieurs freins ont été décelé ; le COVID a entravé le déroulement des CMP et augmente la charge de travail des professionnels. Le manque de temps dans leur quotidien représente le frein principal. Le temps demandé pour participer aux réunions peut paraître comme une contrainte pour certains. Le manque de temps est aussi signalé pour l'utilisation de l'outil STOPP/START.

L'outil STOPP/START étaient connu des participants à cette recherche mais une minorité l'utilise. Pour une utilisation régulière, cet outil demande une bonne connaissance de son fonctionnement mais également un dossier complet du patient.

Le STOPP/START est disponible en version papier et plusieurs professionnels regrettent que celui-ci ne soit pas inclus dans leurs logiciels systématisés.

Pour conclure, cette étude a permis d'avoir une représentation plus précise de la collaboration interprofessionnelle au sein des projets pilotes, de récolter des avis de professionnels sur l'utilisation de l'outil STOPP/START et d'analyser le ressenti des professionnels sur la collaboration dans leurs pratiques quotidienne. L'intérêt des CMP a

démontré avoir un effet sur la révision médicamenteuse du traitement de patients polymédiqués et atteints de maladies chroniques.

Mes observations pour le déroulement des CMP, après avoir mené cette recherche et m'être entretenue avec les prestataires ayant participé aux réunions, sont que plusieurs ont regretté de ne pas collaborer et réviser le traitement de patients ciblés directement avec le médecin ou le pharmacien concerné. Pourquoi ne pas élargir l'invitation aux CMP à des médecins plus isolés et ne faisant pas partie de maisons médicales. J'ai également remarqué que plusieurs professionnels ne connaissaient pas vraiment les projets pilotes. Une information plus large et importante sur l'intérêt des projets pilotes pourrait sensibiliser ceux-ci à en faire partie et intégrer leurs patients.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. CIM, Conférence interministérielle de la Santé. Des soins intégrés pour une meilleure santé. 2015;1-68. Disponible sur: <https://www.integreo.be/fr%0Ahttp://www.schattauer.de/index.php?id=1214&doi=10.15265/IY-2016-020>
2. Van der Heyden J. Affections Chroniques - Institut Scientifique de Santé Publique. 2008;282.
3. Paulus D, Van den Heede K, Mertens R. Position paper: Organisation des soins pour les maladies chroniques en Belgique. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé (KCE). 2012. KCE Reports 190Bs. D/2012/10. 273/83;
4. Conf B. Conférence nationale Soins aux malades chroniques 28 novembre 2013 Note d'orientation Une vision intégrée des soins aux malades chroniques en Belgique. 2013;
5. De Winter M. Towards Integrated Care for Chronic Patients in Belgium: The Pilot Project, an Instrument Supporting the Emergence of Collaborative Networks. Societies. 2019;9(2):28.
6. Schaffler-Schaden D, Pitzer S, Schreier M, Dellinger J, Brandauer-Stickler B, Lainer M, et al. Improving medication appropriateness in nursing home residents by enhancing interprofessional cooperation: A study protocol. J Interprof Care [Internet]. 2018;32(4):517-20. Disponible sur: <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1448372>
7. J. De Cock. Polymédication chez les personnes âgées. Service des soins de santé de l'INAMI. Bruxelles. Infospot. 2014. D/2014/0401/15. INAMI;
8. Somers A, Robays H, Vander Stichele R, Van Maele G, Bogaert M, Petrovic M. Contribution of drug related problems to hospital admission in the elderly. J Nutr Heal Aging. 2010;14(6):477-82.
9. Hill-Taylor B, Walsh KA, Stewart SA, Hayden J, Byrne S, Sketris IS. Effectiveness of the STOPP/START (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment) criteria: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. J Clin Pharm

- Ther. 2016;41(2):158-69.
10. Blenkinsopp A, Bond C, Raynor DK. Medication reviews. *Br J Clin Pharmacol.* 2012;74(4):573-80.
 11. Service des soins de santé de l'INAMI. Recommandations actuelles en matière de prescription des médicaments de première ligne; juin 2015;
 12. Dalleur O, Mouton A, Marien S, Boland B. Stopp/start.v2: Un outil à jour pour la qualité de la prescription chez les patients âgés de 65 ans et plus. *Louv Med.* 2015;134(5):219-21.
 13. Lang PO, Montchoisi C De, Csajka C. et quel outil ? 2017;(January).
 14. Bjerre LM, Ramsay T, Cahir C, Ryan C, Halil R, Farrell B, et al. Assessing potentially inappropriate prescribing (pip) and predicting patient outcomes in Ontario's older population: A population-based cohort study applying subsets of the stopp/start and beers' criteria in large health administrative databases. *BMJ Open.* 2015;5(11):1-12.
 15. Smith SM, O'Kelly S, O'Dowd T. GPs' and pharmacists' experiences of managing multimorbidity: A « Pandora's box ». *Br J Gen Pract.* 2010;60(576):285-94.
 16. Caughey GE, Hillen JB, Bacon S, Bullock N, Bullock V, Kalisch Ellett L. Implementation of medication-related indicators of potentially preventable hospitalizations in a national chronic disease management program for older patients with multimorbidity. *Int J Qual Heal Care.* 2019;31(2):133-9.
 17. Wang-Hansen MS, Wyller TB, Hvidsten LT, Kersten H. Can screening tools for potentially inappropriate prescriptions in older adults prevent serious adverse drug events? *Eur J Clin Pharmacol.* 2019;75(5):627-37.
 18. Michot P, Catala O, Supper I, Bouliou R, Zerbib Y, Colin C, et al. [Cooperation between general practitioners and pharmacists: a systematic review]. *Sante Publique.* 2013;25(3):331-41.
 19. Asmar MK, Wacheux F. Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire To cite this version : HAL Id : halshs-00170357. 2007;
 20. Löffler C, Koudmani C, Böhmer F, Paschka SD, Höck J, Drewelow E, et al. Perceptions of

- interprofessional collaboration of general practitioners and community pharmacists - a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):1-7.
21. Se C, Les D, Pharmaciens LES, Generalistes ET. Concertation generalistes - pharmaciens : resultats enquête. 2012;
 22. Bergman H, Béland F, Lebel P, Contandriopoulos AP, Tousignant P, Brunelle Y, et al. Care for Canada's frail elderly population: Fragmentation or integration? *Cmaj.* 1997;157(8):1116-21.
 23. Finalit P, Ann S. Essai d'implémentation de l'outil STOPP / START auprès de médecins généralistes dans deux maisons de repos et de soins de la province de Namur : freins et opportunités Essai d'implémentation de l'outil STOPP / START auprès de médecins généralistes. 2019;
 24. Laubscher T, Evans C, Blackburn D, Taylor J, McKay S. Collaboration between family physicians and community pharmacists to enhance adherence to chronic medications: Opinions of Saskatchewan family physicians. *Can Fam Physician.* 2009;55(12):69-75.
 25. Goderis G, Colman E, Irusta LA, Van Hecke A, Pétré B, Devroey D, et al. Evaluating large-scale integrated care projects: The development of a protocol for a mixed methods realist evaluation study in Belgium. *Int J Integr Care.* 2020;20(3):1-15.
 26. Rathbone AP, Mansoor SM, Krass I, Hamrosi K, Aslani P. Qualitative study to conceptualise a model of interprofessional collaboration between pharmacists and general practitioners to support patients' adherence to medication. *BMJ Open.* 2016;6(3):1-9.
 27. Korstjens I, Moser A. Series: Practical guidance to qualitative research. part 2: Context, research questions and designs. *Eur J Gen Pract [Internet].* 2017;23(1):274-9. Disponible sur: <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375090>
 28. Fusch PI, Ness LR. Are we there yet? Data saturation in qualitative research. *Qual Rep.* 2015;20(9):1408-16.
 29. Guest G, Bunce A, Johnson L. How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field methods.* 2006;18(1):59-82.

30. Morse JM. Data were saturated... Qual Health Res. 2015;25(5):587-8.
31. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. Acad Med. 2014;89(9):1245-51.
32. Carter N, Bryant-Lukosius D, Dicenso A, Blythe J, Neville AJ. The use of triangulation in qualitative research. Oncol Nurs Forum. 2014;41(5):545-7.
33. Jones PG, Hopfer RL, Elting L, Jackson JA, Fainstein V, Bodey GP. Semiquantitative cultures of intravascular catheters from cancer patients. Diagn Microbiol Infect Dis. 1986;4(4):299-306.
34. Blais M, Ph D. L ' analyse inductive générale : Description d ' une démarche visant à donner un sens à des données brutes L ' analyse inductive générale : description d ' une démarche visant à donner un sens à des données brutes. 2015;26(January 2006):1-18.
35. Morse JM. Analytic Strategies and Sample Size Qual Health Res. 2015;25(10):1317-8.;
36. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Heal Care. 2007;19(6):349-57.
37. Proulx J. Recherches qualitatives et validités scientifiques. Rech Qual. 2019;38(1):53.
38. Robben SH, Huisjes M, van Achterberg T, Zuidema SU, Olde Rikkert MG, Schers HJ, et al. Filling the Gaps in a Fragmented Health Care System: Development of the Health and Welfare Information Portal (ZWIP). JMIR Res Protoc. 2012;1(2):e10.
39. Kwint HF, Bermingham L, Faber A, Gussekloo J, Bouvy ML. The relationship between the extent of collaboration of general practitioners and pharmacists and the implementation of recommendations arising from medication review: A systematic review. Drugs and Aging. 2013;30(2):91-102.
40. Bardet JD, Vo TH, Bedouch P, Allenet B. Physicians and community pharmacists collaboration in primary care: A review of specific models. Res Soc Adm Pharm. 2015;11(5):602-22.
41. Dalleur O, Feron J, Spinewine A, Dalleur O, Feron J, Spinewine A. Views of general

practitioners on the use of STOPP & START in primary care : a qualitative study Views of general practitioners on the use of STOPP & START in primary care : a qualitative study. 2014;3286.

42. Meijer PC, Verloop N, Beijaard D. Multi-method triangulation in a qualitative study on teachers' practical knowledge: An attempt to increase internal validity. Qual Quant. 2002;36(2):145-67.

7. ANNEXES

Annexe 1 : Version traduite en français du STOPP/START (Lang & Boland 2015)

Annexe 1. STOPP/START.v2, adaptation en langue française (suite)

H5 Une corticothérapie pour douleur d'arthrose, par voie orale ou locale (injections intra-articulaires admises) – (risque d'effets secondaires systémiques de la corticothérapie)

H6 Un AINS ou la colchicine au long cours (> 3 mois) pour le traitement de fond d'une goutte, en l'absence d'un inhibiteur de la xanthine-oxydase (allopurinol ou febuxostat) sauf si ce dernier est contre-indiqué – (un inhibiteur de la xanthine-oxydase est le premier choix pour la prévention des crises de goutte)

H7 Un AINS ou un inhibiteur sélectif de la COX-2, en présence d'une maladie cardiovasculaire non contrôlée (angine de poitrine, HTA sévère) – (risque accru d'infarctus du myocarde ou de thrombose cérébrale)

H8 Un AINS en présence d'une corticothérapie sans traitement préventif par IPP – (risque accru d'ulcère gastroduodénal)

H9 Un bisphosphonate par voie orale en présence d'une atteinte actuelle ou récente du tractus digestif supérieur (dysphagie, œsophagite, gastrite, duodénite, ulcère peptique ou saignement digestif haut) – (risque de récurrence ou de majoration de l'atteinte digestive haute)

Section I : Système urinaire

I1 Un médicament à effets anticholinergiques en présence d'une démence, d'un déclin cognitif chronique – (risque d'une majoration de la confusion, d'agitation), d'un glaucome à angle fermé – (risque d'exacerbation du glaucome) ou d'un prostatesme persistant – (risque de globe vésical)

I2 Un alpha-1-bloquant (tamsulosine, térazosine) en présence d'une hypotension orthostatique symptomatique ou de syncope postmictionnelle – (risque de syncopes récurrentes)

Section J : Système endocrinien

J1 Une sulphonylurée à longue durée d'action (glibenclamide, chlorpropamide, glibépiride, gliclazide à libération prolongée) pour un diabète de type 2 – (risque d'hypoglycémies prolongées)

J2 Une thiazolidinédione (rosiglitazone, pioglitazone) en présence d'une décompensation cardiaque – (risque de majoration de la décompensation cardiaque)

J3 Un bêtabloquant en présence d'un diabète avec fréquents épisodes hypoglycémiques – (risque de masquer les symptômes d'hypoglycémie. Envisager une diminution du traitement hypoglycémiant pour ramener l'HbA1c entre 7,5 et 8,5% (59 et 69 mmol/mol) chez les patients âgés fragiles)

J4 Des œstrogènes en présence d'un anticécédent de cancer du sein ou d'épisode thromboembolique veineux – (risque accru de récurrence)

J5 Des œstrogènes par voie orale ou transdermique sans progestatif associé chez une patiente non hystérectomisée – (risque de cancer endométrial)

J6 Des androgènes en l'absence d'un hypogonadisme confirmé – (risque de toxicité aux androgènes; absence de bénéfice prouvé en dehors de l'hypogonadisme)

Section K : Médicaments majorant le risque de chutes

K1 Une benzodiazépine dans tous les cas – (effet sédatif, trouble de proprioception et d'équilibre)

K2 Un neuroleptique dans tous les cas – (effet sédatif, dyspraxie de la marche, symptômes extrapyramidaux)

K3 Un vasodilatateur (alpha-1-bloquant, inhibiteur calcique, dérivé nitré de longue durée d'action, IEC, ARA II) en présence d'une hypotension orthostatique persistante (diminution récurrente de la pression artérielle systolique \geq 20 mmHg ou diastolique \geq 10 mmHg lors de la verticalisation) – (risque de syncopes, de chutes)

K4 Un hypnotique Z (zopiclone, zolpidem, zaleplon) – (risque de sédation, d'ataxie)

Section L : Antalgiques

L1 Un opiacé fort en première ligne d'une douleur légère (par voie orale ou transdermique; morphine, oxycodone, fentanyl, buprénorphine, diamorphine, méthadone, tramadol, pethidine, pentazocine) – (non-respect de l'échelle OMS de la douleur)

L2 Un opiacé en traitement de fond (c'est-à-dire non à la demande) sans la prescription concomitante d'un traitement laxatif – (risque de constipation sévère)

L3 Un opiacé de longue durée d'action en cas de pics douloureux, en l'absence d'un opiacé à action immédiate – (risque de persistance des pics douloureux)

Section N : Charge anticholinergique

N1 Une utilisation concomitante de plusieurs (\geq 2) médicaments à effets anticholinergiques (antispasmodique vésical ou intestinal, antidépresseurs tricycliques, antihistaminique de première génération...) – (risque de toxicité anticholinergique)

Liste non exhaustive de médicaments à activité anticholinergique élevée:

- amitriptyline, clomipramine, doxépine, imipramine;
- hydroxyzine, meclizine, prométhazine;
- clozapine, levomepromazine;
- bipéridane, procyclidine, trihexyphénydyle;
- fésotérodine, flavoxate, oxybutynine, propivéridine;
- solifénacine, toltérodine;
- ipratropium;
- butylhyoscine, tizanidine, scopolamine.

Principaux effets anticholinergiques centraux: sédation, altération cognitive, délirium (confusion aiguë), désorientation, hallucinations visuelles, agitation, irritabilité, agressivité.

Principaux effets anticholinergiques périphériques: trouble de l'accommodation visuelle, mydriase, sécheresse buccale, sécheresse oculaire, tachycardie, nausées, constipation, dysurie, rétention vésicale.

Screening Tool to Alert to Right Treatment, version 2 (START.v2)

Les traitements médicamenteux proposés ci-après doivent être envisagés lorsqu'ils sont omis sans justification clinique valide chez une personne âgée de 65 ans et plus, hors situation de fin de vie. Le prescripteur aura vérifié toutes les contre-indications spécifiques de ces traitements médicamenteux avant de les recommander aux patients âgés.

Section A : Système cardiovasculaire

A1 En présence d'une fibrillation atriale (paroxystique, persistante ou permanente), un anticoagulant oral (antivitamine K, inhibiteur de la thrombine ou inhibiteur du facteur Xa). En cas de fibrillation atriale induits par une cardiopathie valvulaire mitrale ou par un syndrome coronarien aigu ou récent, seule l'antivitamine K est recommandée – (risque cardio-embolique élevé)

A2 En présence d'une fibrillation atriale et d'une contre-indication majeure à l'anticoagulation, de l'aspirine (75 mg à 160 mg/jour) – (risque cardio-embolique élevé)

A3 En présence d'une athérosclérose au niveau coronarien, cérébrovasculaire ou périphérique, un antiagrégant plaquettaire

Annexe 1. STOPP/START.v2, adaptation en langue française (suite)

(aspirine, clopidogrel, prasugrel, ticagrelor) – (réduction des événements ischémiques)

A4 En présence d'une hypertension artérielle persistante (systolique > 160 mmHg et/ou diastolique > 90 mmHg), un antihypertenseur. Pour les patients diabétiques, les seuils de 140 mmHg pour la systolique et de 90 mmHg pour la diastolique sont préférés – (réduction de la morbi-mortalité cardiovasculaire)

A5 En présence d'une athérosclérose au niveau coronarien, cérébrovasculaire ou périphérique chez un patient de moins de 85 ans, une statine – (réduction des événements ischémiques)

A6 En présence d'une insuffisance cardiaque systolique ou/et d'une maladie coronarienne, un IEC – (réduction de la morbi-mortalité cardiaque)

A7 En présence d'une cardiopathie ischémique, un bêtabloquant – (réduction de la morbi-mortalité cardiaque)

A8 En présence d'une insuffisance cardiaque systolique stable, un traitement bêtabloquant validé (bisoprolol, nebivolol, métoprolol, carvedilol) – (réduction de la morbi-mortalité cardiaque)

Section B: Système respiratoire

B1 En présence d'un asthme ou d'une BPCO de stade léger à modéré, l'inhalation régulière d'un agoniste bêta2-adrénérgique ou d'un antimuscarinique bronchodilatateur (ipratropium, tiotropium) – (contrôle des symptômes)

B2 En présence d'un asthme ou d'une BPCO de stade modéré à sévère, lorsque le volume expiratoire forcé durant la première seconde (VEF1) est < 50% ou lorsque des exacerbations nécessitent une corticothérapie orale, la prise régulière d'un corticostéroïde inhalé – (contrôle des symptômes, diminution des exacerbations)

B3 En présence d'une hypoxie chronique documentée ($pO_2 < 60$ mmHg ou < 8 kPa, ou $SpO_2 < 89\%$ à l'air ambiant), une oxygénothérapie de longue durée – (augmentation de l'espérance de vie)

Section C: Système nerveux central et œil

C1 En présence d'une maladie de Parkinson de forme idiopathique confirmée, responsable d'un retentissement fonctionnel significatif, de la L-dopa ou un agoniste dopaminérgique – (premier choix pour le contrôle des symptômes)

C2 En présence de symptômes dépressifs majeurs persistants, un antidépresseur non tricyclique – (amélioration des formes sévères de dépression)

C3 En présence d'une maladie d'Alzheimer à un stade léger à modéré (donepezil, rivastigmine, galantamine) ou une maladie à corps de Lewy (rivastigmine), un inhibiteur de l'acétylcholinestérase – (amélioration limitée des fonctions cognitives)

C4 En présence d'un glaucome primaire à angle ouvert, un traitement topique par analogue des prostaglandines, de la prostamide ou un bêtabloquant – (diminution de la pression intra-oculaire)

C5 En présence d'une anxiété sévère persistante, un ISRS. En cas de contre-indication aux ISRS, un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, ou la prégabaline – (médicaments plus appropriés que les benzodiazépines pour un traitement prolongé)

C6 En présence d'un syndrome des jambes sans repos, après avoir écarté une carence martiale et une insuffisance rénale sévère, un agoniste dopaminérgique (ropinirole, pramipexole, rotigotine) – (amélioration des symptômes, de la qualité du sommeil et de la qualité de vie)

Section D: Système digestif

D1 En présence d'un reflux gastro-œsophagien sévère ou d'une sténose peptique nécessitant une dilatation, un IPP – (contrôle des symptômes)

D2 En présence d'une maladie diverticulaire associée à une histoire de constipation chronique, une supplémentation en fibres (son, ispaghula, méthylcellulose, sterculiacée) – (contrôle des symptômes)

Section E: Système musculosquelettique

E1 En présence d'une polyarthrite rhumatoïde active et invalidante, un traitement de fond par un inducteur de rémission (méthotrexate, hydroxychloroquine, minocycline, leflunomide, tocilizumab, etanercept, adalimumab, anakinra, abatacept, infliximab, rituximab, certolizumab, golimumab) – (ralentissement de l'évolution de la maladie)

E2 En cas de corticothérapie systémique au long cours (> 3 mois), une supplémentation en Vitamine D et calcium et un traitement par bisphosphonates – (prévention de l'ostéoporose cortico-induite)

E3 En présence d'une ostéoporose confirmée (densitométrie osseuse: T-score < -2,5 DS) ou d'un antécédent de fracture de fragilité (spontanée ou par traumatisme à basse énergie), une supplémentation en Vitamine D (cholécalférol 800-1000 UI/jour) et calcium (1-1,2 g/jour) – (prévention de fractures osseuses)

E4 En présence d'une ostéoporose confirmée (densitométrie osseuse: T-score < -2,5 DS) ou d'un antécédent de fracture de fragilité (spontanée ou par traumatisme à basse énergie), un traitement inhibiteur de la résorption osseuse ou anabolique osseux – (prévention des fractures osseuses)

E5 En présence d'un confinement au domicile, de chutes ou d'une ostéopénie (densitométrie osseuse: -2,5 < T-score < -1 DS), une supplémentation en vitamine D (cholécalférol 800-1000 UI/jour) – (prévention de l'ostéoporose)

E6 En présence de goutte clinique (crises, arthropathie, tophus) ou radiographique, un traitement de fond par un inhibiteur de la xanthine oxydase (allopurinol, febuxostat) – (prévention des crises de goutte)

E7 En cas de traitement par méthotrexate, une supplémentation en acide folique – (prévention des effets indésirables gastro-intestinaux et hématologiques)

Section F: Système endocrinien

F1 En présence d'un diabète compliqué d'une néphropathie (protéinurie à la bandelette urinaire ou micro-albuminurie > 30 mg/24 heures), avec ou sans insuffisance rénale biologique, un IEC. En cas d'intolérance aux IEC, un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II – (protection glomérulaire)

Section G: Système urogénital

G1 En présence d'un prostatisme symptomatique lorsqu'une résection de la prostate n'est pas justifiée, un alpha1-bloquant – (diminution des symptômes)

G2 En présence d'un prostatisme symptomatique lorsqu'une résection de la prostate n'est pas justifiée, un inhibiteur de la 5 α -réductase – (diminution du risque de rétention urinaire aiguë et de résection prostatique)

G3 En présence d'une vaginite atrophique symptomatique, des œstrogènes locaux (crème, ovule, anneau, pessaire) – (diminution des symptômes)

Annexe 1. STOPP/START.v2, adaptation en langue française (suite)

Section H: Antalgiques

H1 En présence de douleurs modérées à sévères, des agonistes opioïdes forts doivent être proposés lorsque le paracétamol, les AINS, les opiacés faibles sont inadéquats à la sévérité des douleurs ou ont été inefficaces – (contrôle de la douleur permettant d'éviter anxiété, dépression, troubles du comportement, du sommeil et de la mobilité)

H2 Chez une personne recevant des opiacés de façon régulière, un traitement laxatif – (prévention de la constipation induite par les opiacés)

Section I: Vaccinations

I1 Une vaccination annuelle contre la grippe, au début de l'automne – (prévention d'hospitalisations et de la mortalité liées au virus Influenza)

I2 Une vaccination contre le pneumocoque par le vaccin conjugué 13-valent ou/et le vaccin polysaccharidique 23-valent, sans moment de préférence durant l'année – (prévention des infections invasives à pneumocoques)

Annexe 2 : Version 2 simplifiée de l'outil STOPP/START (Dalleur et al. 2015)

Table 1a. Liste complète des critères STOPP.v2 (Screening Tool of Older Person's Prescriptions, version 2), regroupés par médicaments

STOPP.v2 : médicament		& situation suivante → potentiellement inapproprié (> 65 ans) : envisager son arrêt
	médicament sans indication, de durée trop longue, dupliqué (2 de même classe)	Dans tous les cas
N E U R O P S Y C H I A T R I E	benzodiazépine	Dans tous les cas a fortiori si > 4 semaines pour insomnies ou anxiété (à diminuer progressivement) si insuffisance respiratoire
	Z-drug (somnifère)	Dans tous les cas (zolpidem, zopiclone)
	neuroleptique	Dans tous les cas a fortiori si prostatisme/ globe vésical & effet anticholinergique modéré à marqué syndrome parkinsonien ou démence à corps de Lewy (sauf pour clozapine et quétiapine) symptômes psycho-comportementaux (sauf si sévères et échec non-pharmacologique) insomnies (sauf si dues à psychose ou démence) phénothiazine comme neuroleptique de 1 ^{ère} ligne
	antidépresseur tricyclique	& dépression, en 1 ^{ère} ligne
	vu effet anticholinergique	& démence, glaucome angle aigu, trouble de conduction, ou prostatisme/globe vésical
	antidépresseur ISRS	& hyponatrémie (Na ⁺ < 130mmol/l) concomitante ou récente
	inhib. acétylcholinestérase	& asthme, bradycardie, bloc de conduction cardiaque, ou syncopes inexplicables
	L-dopa / agoniste dopamine	& tremblements essentiels bénins
	opiacé fort	& douleur légère, en 1 ^{ère} ligne
	aspirine	& à dose > 160 mg/j & antécédent d'ulcère gastroduodénal sans IPP & anticoagulant oral pour une fibrillation atriale & clopidogrel en prévention 2 ^{ème} de l'AVC (sauf si syndrome coronarien aigu concomitant, stent coronarien depuis < 12 mois, ou sténose carotidienne serrée symptomatique)
H E M O S T A S E	antiagrégant plaquettaire dont aspirine	& risque hémorragique significatif * & anticoagulant oral, si artériopathie stable Dans tous les cas, la ticlopidine
	anticoagulant oral	& risque hémorragique significatif* & TVP/EP: > 6 mois pour 1er épisode TVP; >12 mois pour 1er épisode d'EP dabigatran & insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/min) rivaroxaban, apixaban & insuffisance rénale terminale (DFG < 15 ml/min)
	digoxine	& décompensation d'une insuffisance cardiaque avec FEVG conservée & dose ≥ 250 µg/j si insuffisance rénale sévère (DFG < 30ml/min)
C A R D I O V A S C U L A I R E	amiodarone	& tachy-arythmie supra-ventriculaire, en 1 ^{ère} ligne
	β-bloquant	& asthme sous bronchodilatateur si β-bloquant non-cardiosélectif (carvedilol, sotalol) & anticalcique bradycardisant (vérapamil ou diltiazem) & bradycardie (< 50 bpm), bloc AV (2 ^e ou 3 ^e degré) & diabète avec fréquents épisodes hypoglycémiques
	diltiazem/vérapamil	& décompensation cardiaque de classe III ou IV
	IECA ou ARA II	& antécédent d'hyperkaliémie
	antagoniste de l'aldostérone	& épargne potassique (IECA, ARA II, amiloride, triamterène) sans suivi de la kaliémie
	diurétique thiazidique	& trouble électrolytique (K ⁺ < 3,0 mmol/l ; Na ⁺ < 130mmol/l ; ou Ca ⁺⁺ corrigé > 2,65mmol/l) & arthrite microcristalline (goutte, chondrocalcinose)
	diurétique de l'anse	& hypertension artérielle, en 1 ^{ère} ligne, ou en présence d'une incontinence urinaire & OMI d'origine périphérique (pas d'insuffisance cardiaque, hépatique, rénale)
	antihypertenseurs centraux	& absence d'intolérance/inefficacité des autres classes d'antihypertenseurs
	sildénafil/tadalafil/vardénafil	& décompensation cardiaque sévère avec hypotension ou angor traité par nitrés
	vasodilatateur	& hypotension orthostatique persistante (anti-calcique, α ₁ -bloquant, nitré)
E N D O C	metformine	& insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/min)
	sulphonylurée à longue durée	Dans tous les cas de diabète type 2 (glibenclamide, chlorpropamide, glimépiride, gliclazide)
	thiazolidinédione	& décompensation cardiaque
	oestrogènes (voie orale ou transdermique)	& antécédent de cancer de sein ou d'épisode thromboembolique veineux & utérus présent, sans traitement progestatif
	androgènes	& hypogonadisme non-confirmé

STOPP.v2 : médicament		& situation suivante → potentiellement inapproprié (> 65 ans) : envisager son arrêt
D I G	IPP	& dose max > 8 semaines pour œsophagite ou ulcère gastroduodénal non-complicé
	fer	& dose > 200 mg/j de Fer élémentaire par voie orale
	métoclopramide	& syndrome parkinsonien
R H U M A T O	médicament à effet constipant	& constipation chronique, lorsque des alternatives existent
	AINS	& insuffisance rénale modérée (DFG < 50 ml/min) & hypertension artérielle sévère ou insuffisance cardiaque sévère & ischémie cardiaque non-contrôlée & anticoagulant oral ; ou antiagrégant plaquettaire sans IPP & antécédent d'ulcère gastroduodénal/saignement digestif, sans IPP ou anti-H2 & corticothérapie sans IPP & arthrose, plus de 3 mois, en 1 ^{ère} ligne & goutte, plus de 3 mois, sans inhibiteur de la xanthine-oxydase (allopurinol, febuxosol)
	biphosphonate (voie orale)	& atteinte du tractus digestif supérieur (inflammation, ulcère, ...)
	colchicine	& insuffisance rénale terminale (DFG < 10 ml/min) & goutte, plus de 3 mois, sans allopurinol ou febuxosol
	corticothérapie	& douleur d'arthrose (par voie orale ou locale) (injection intra-articulaire admise) & polyarthrite rhumatoïde, en monothérapie, plus de 3 mois
	corticothérapie	& BPCO modérée à sévère, au long cours, par voie systémique plutôt que par voie inhalée
	théophylline	& BPCO, en monothérapie
	bronchodilatateur	& glaucome à angle aigu
	anticholinergique	& obstacle à la vidange de la vessie
	antihistaminique 1 ^{ère} gén.	Dans tous les cas
R E S P I	anticholinergique (bronchodilatateur, antiH ₁ , antispasmodique,...)	& démence, délirium, prostatisme, glaucome à angle fermé & effets extrapyramidaux induits par un neuroleptique ≥ 2 en même temps

Table 1b. Liste des critères START.v2 (Screening Tool to Alert to Right Treatment, version 2), regroupés par situations médicales

START.v2 : situation médicale		→ médicament : envisager de le débiter
L O C O M	chutes, ostéopénie, confinement	→ vitamine D (minimum 800 à 1000 /j)
	ostéoporose ± fracture de fragilité	→ vitamine D + calcium + inhibiteur de la résorption osseuse /anabolique osseux
	corticothérapie systémique (>3mois)	→ vitamine D + calcium + biphosphonate
	polyarthrite rhumatoïde active	→ inducteur de rémission (méthotrexate, rituximab, étanercept...)
	méthotrexate	→ acide folique
C A R D I O	goutte clinique ou radiographique	→ inhibiteur de la xanthine oxydase, en traitement de fond
	hypertension persistante (>160/90)	→ antihypertenseur, à initier ou majorer
	fibrillation auriculaire	→ anticoagulant oral (si CI majeure: aspirine 75 à 160 mg/jour)
	athérosclérose clinique	→ antiagrégant plaquettaire + statine si < 85 ans
	cardiopathie ischémique	→ IECA + β-bloquant
	insuffisance cardiaque systolique	→ IECA + β-bloquant si stabilisée (bisoprolol, nébivolol, métoprolol, carvedilol)
	diabète avec néphropathie	→ IECA (si intolérance aux IECA : ARAII)
	anxiété sévère persistante	→ ISRS [pas une benzodiazépine] (si CI aux ISRS : duloxetine, venlafaxine, ou prégabaline)
	symptômes dépressifs majeurs	→ antidépresseur (non-tricyclique), si symptômes persistants
	maladie de Parkinson	→ L-DOPA ou agoniste dopaminergique
N E U R O	maladie d'Alzheimer, légère-moderée	→ inhib. acétylcholinestérase (donepézil, rivastigmine, galantamine)
	maladie à corps de Lewy	→ rivastigmine
	syndrome des jambes sans repos	→ agoniste dopaminergique, si pas de carence martiale ni d'IR sévère
	opiacés régulièrement	→ laxatif
R E S P I D I G U G	douleurs modérées à sévères	→ agonistes opioïdes forts, si échec des autres antidouleurs
	pics douloureux non-couverts	→ opiacé à action rapide
	glaucome primaire à angle ouvert	→ traitement topique (analogue des prostaglandines, prostamide ou β-bloquant)
	asthme ou BPCO	→ bronchodilatateur (β2-adrénérique ou anti-muscarinique) si léger à modéré → corticostéroïde inhalé de manière régulière si modéré à sévère
	hypoxie chronique	→ oxygénothérapie
	vaccination	→ anti-grippe, chaque début d'automne + anti-pneumocoque
	reflux/sténose œsophagien sévère	→ IPP
	maladie diverticulaire	→ si constipation chronique: supplémentation en fibres
	vaginite atrophique symptomatique	→ oestrogènes locaux
	prostatisme symptomatique	→ α1-bloquant & inhib. de la 5α-réductase, si résection de prostate non-justifiée

Annexe 3 : Réponse du Collège des Enseignants

 **RE: Avis comité des enseignants** 11 AOUT 2020 9:51

Expéditeur : Master en Sciences de la Santé publique - ULiège

À : marie adam

 2017-2018_-_for...eignants_Signé.pdf (315 ko) [Télécharger](#) | [Supprimer](#)

Bonjour,

Suite à l'analyse de votre demande d'avis au Comité d'éthique dans le cadre des mémoires des étudiants du Département des Sciences de la Santé publique, le Collège restreint des Enseignants vous invite à envoyer la demande d'avis que vous nous avez fait parvenir (voir pièce jointe) au Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège via l'adresse e-mail suivante : ethique@chu.ulg.ac.be. N'oubliez pas de bien stipuler dans votre e-mail, que vous demandez un avis au Comité d'éthique en vue d'une publication.

Bonne continuation.

Bien à vous,

Le Collège restreint des Enseignants

Annexe 4 : Demande d'avis au Collège des Enseignants

Demande d'avis au Comité d'Ethique dans le cadre des mémoires des étudiants du Master en Sciences de la Santé publique

(Version finale acceptée par le Comité d'Ethique en date du 06 octobre 2016)

Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à mssp@uliege.be. Si l'avis d'un Comité d'Ethique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l'avis reçu au présent formulaire.

1. Etudiant (prénom, nom, adresse courriel) : Marie Adam marie.adam@student.uliege.be

2. Finalité spécialisée : Gestion des institutions de soins

3. Année académique : 2020-2021

4. Titre du mémoire : Mise en œuvre de la révision médicamenteuse à l'aide de l'outil STOPP/START au sein des concertations médico-pharmaceutiques : comment les professionnels collaborent-ils ?

5. Promoteur(s) (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :

a. _Docteur en sciences politiques et sociales, Nathan Charlier, chercheur en DSSP, ncharlier@uliege.be, Université de Liège.

b. Docteur en sciences de la Santé Publique, Marie Epicum, Conseiller à la Direction Médicale du CHU de Liège, marie.epicum@uliege.be,

6. Résumé de l'étude

a. Objectifs

L'objectif principal est d'évaluer la collaboration interprofessionnelle au sein des concertations médico-pharmaceutiques dans le cadre des projets pilotes en vue de la révision médicamenteuse à l'aide de l'outil STOPP/START du traitement des patients âgés et polymédiqués atteints de maladies chroniques.

b. Protocole de recherche (design, sujets, instruments,...) (+/- 500 mots)

L'étude s'inscrit dans un raisonnement inductif, la recherche consiste à étudier comment les médecins généralistes et les pharmaciens collaborent-ils en vue de revoir le traitement des patients à l'aide de l'outil STOPP/START. Cette recherche se déroule au sein des projets pilotes liégeois, RĒLIAN et Chronicopôle, lors des concertations médico-pharmaceutiques. Dans ce contexte spécifique, une étude qualitative permettra de comprendre et d'approfondir la dynamique de collaboration entre ces deux professions qui ne partagent pas leurs pratiques habituellement, elle permettra de mettre en évidence les difficultés de collaboration, leurs retours d'expérience sur l'utilisation de l'outil STOPP/START mais également leurs ressentis et

perceptions sur la relation médecin-pharmacien. Ce design d'étude permettra de faire émerger la réalité du terrain et sera basé sur le discours et l'expérience des professionnels.

La population étudiée comprend les médecins et les pharmaciens faisant partie des concertations médico-pharmaceutiques en région liégeoise. 157

Les outils de collecte utilisés seront : l'observation lors des concertations médico-pharmaceutiques ; celle-ci permettra d'observer la communication entre les professionnels, comment ils collaborent pour réviser le traitement de leurs patients mais également cet outil permettra de comprendre la dynamique de collaboration entre les prestataires, l'utilisation de l'outil STOPP/START mais aussi la motivation des professionnels à partager avec leurs confrères. Une grille d'observation sera créée pour garder une structure et donner un sens aux informations fournies. Ensuite, des entretiens semi-directifs seront réalisés en individuel avec les pharmaciens et les médecins généralistes à l'aide d'un guide d'entretien, pour évaluer leurs perspectives à propos du rôle de chacun et de la crédibilité de la collaboration interprofessionnelle mais également leurs retours d'expérience à ce changement de pratique. Cette méthode permettra aussi d'évaluer la volonté des prestataires à utiliser l'outil et à favoriser la révision médicamenteuse. Suite à l'entretien, j'aimerais mettre en évidence les freins perçus à la collaboration interprofessionnelle mais également si les projets pilotes favorisent la collaboration par le biais des concertations médico-pharmaceutiques.

7. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Ethique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes :

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? Oui
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? Non
3. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc...) ? Non
4. L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ? Non
5. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ? Non
6. Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux,...) ? Non
7. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc...) ? Non
8. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks,

gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins,...) ? Non

9. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? Non

10. S'agit-il d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ? Non

Si les réponses aux questions 1 à 6 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

Si les réponses aux questions 7 à 10 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude ne devra pas être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

En fonction de l'analyse du présent document, le Collège des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique vous informera de la nécessité ou non de déposer le protocole complet de l'étude à un Comité d'Ethique, soit le Comité d'Ethique du lieu où la recherche est effectuée soit, à défaut, le Comité d'Ethique Hospitalo-facultaire de Liège.

Le promoteur sollicite l'avis du Comité d'Ethique car :

- cette étude rentre dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine.
- cette étude est susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine car elle concerne des patients. Le Promoteur attend dès lors l'avis du CE sur l'applicabilité ou non de la loi.
- cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, mais un avis du CE est nécessaire en vue d'une publication.

Date : 06/07/2020 Nom et signature du promoteur : Nathan Charlier



Annexe 5 : Réponse de l'avis du comité d'éthique

Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 07/10/2020

Madame **Mme A-F. DONNEAU**
Monsieur **N. CHARLIER**
Madame **M. ERPICUM**
Service des **SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE**
CHU

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique
Notre réf: 2020/304

"Mise en oeuvre de la révision médicamenteuse à l'aide de l'outil STOPP/START au sein des concertations médico-pharmaceutiques : comment les professionnels collaborent-ils ? "
Protocole : **version 1**

Cher Collègue,

Le Comité constate que votre étude n'entre pas dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Le Comité d'Ethique n'émet pas d'objection à la réalisation de cette étude.

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Prof. V. SEUTIN
Président du Comité d'Ethique

C.H.U. Sart Tilman, Domaine Universitaire du Sart Tilman – B35, 4000 LIEGE 1
Président : Professeur V. SEUTIN
Vice-Président : Professeur J. DEMONTY
Secrétaire exécutif : Docteur G. DAENEN
Secrétariat administratif : R. CHANET – A. ZANZEN - Coordinatrice scientifique : E. RUBENS
Tel : 04 366 83 10 – Fax : 04 366 74 41 - Mail : ethique@chu.ulg.ac.be
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

Monsieur le Professeur **Vincent SEUTIN**
Pharmacologue, membre extérieur au CHU

Président

Monsieur le Professeur **Jean DEMONTY**
Interniste, CHU

Vice Président

Monsieur le Docteur **Guy DAENEN**
Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU

Secrétaire exécutif

Monsieur **Resmi AGIRMAN**
Représentant des volontaires sains

Monsieur le Docteur **Etienne BAUDOUX**
Expert en Thérapie Cellulaire, CHU

Madame le Professeur **Adélaïde BLAVIER**
Psychologue, membre extérieur au CHU

Madame le Professeur **Florence CAEYMAEX**
Philosophe, membre extérieur au CHU

Madame **Marie Noëlle ENGLEBERT**
Juriste, membre extérieur au CHU

Monsieur le Professeur **Pierre FIRKET**
Généraliste, membre extérieur au CHU

Madame **Isabelle HERMANS**
Assistante sociale, CHU

Monsieur le Professeur **Maurice LAMY**
Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU

Madame le Docteur **Marie LEJEUNE** / Madame le Docteur **Sophie SERVAIS** (suppléante)
Hématologues, CHU

Monsieur **Pierre LISENS** / Madame **Viviane DESSOUROUX** (suppléante)
Représentant (e) des patients

Madame **Patricia MODANESE**
Infirmière chef d'unité, CHU

Madame le Professeur **Anne Simone PARENT**
Pédiatre, CHU

Monsieur le Professeur **Marc RADERMECKER**
Chirurgien, CHU

Monsieur le Professeur **Régis RADERMECKER**
Expert en méthodologie de la recherche clinique, CHU

Madame **Isabelle ROLAND**
Pharmacie, CHU

Madame le Docteur **Isabelle RUTTEN**
Radiothérapeute, membre extérieur CHU

Madame **Carine THIRION**
Infirmière chef d'unité, CHU

Lettre d'information

Mémoire : Mise en œuvre de la révision médicamenteuse à l'aide de l'outil STOPP/START au sein des concertations médico-pharmaceutiques : comment les professionnels collaborent-ils ?

Présentation de l'étude

A vous, médecin, pharmacien,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études en sciences de la Santé Publique, j'ai pu prendre connaissance des projets pilotes, RÉLIAN et Chronicopôle travaillant ensemble en faveur des maladies chroniques et des soins intégrés, ciblé dans la région de Liège et Seraing. Ces deux projets ont pour mission de développer la collaboration entre les pharmaciens et les médecins généralistes en les formant à l'utilisation de l'outil STOPP/START pour lutter contre la polymédication et favoriser l'adhérence du patient à son traitement.

Il me semble intéressant de comprendre et d'approfondir par une approche qualitative comment la collaboration s'effectue entre les médecins généralistes et les pharmaciens deux professions, en vue de revoir le traitement des patients à l'aide de l'outil STOPP/START. Cette recherche concerne les professionnels participants aux comités médico-pharmaceutiques se déroulant au sein des projets pilotes liégeois, RÉLIAN et Chronicopôle. Cette étude a pour but de comprendre comment la collaboration fonctionne entre ces deux professions mais également leurs retours d'expérience vis-à-vis de l'outil. Ce design d'étude permettra de faire émerger la réalité du terrain et sera basé sur le discours et l'expérience des professionnels.

Dans ce cadre, je vous invite à participer à cette recherche qui s'inscrit dans un projet de mémoire en Santé Publique spécialisée en gestion des institutions de l'Université de Liège.

Comment ?

Par le biais d'une interview ou d'un entretien en répondant à une série de questions à la suite d'un rendez-vous préalablement établi. Avec votre consentement éclairé, j'enregistrerai l'échange et la retranscription de celui-ci sera anonyme.

Votre participation est précieuse pour la concrétisation de l'étude !

Marie ADAM,

Sous la révision du Dr Nathan Charlier

Annexe 7 : Formulaire de consentement relatif à la participation à la recherche



Université de Liège

Lettre d'INFORMATION

Mise en œuvre de la révision médicamenteuse à l'aide de l'outil STOPP/START au sein des concertations médico-pharmaceutiques : comment les professionnels collaborent-ils ?

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité à participer à ce projet de recherche réalisé par Adam Marie. Le promoteur de cette recherche est Monsieur Nathan Charlier. La recherche est réalisée dans le cadre d'un mémoire en Sciences de la Santé publique à finalité gestion des institutions de soins à l'Université de Liège. La présente lettre vise à vous apporter l'ensemble des informations relatives à l'étude elle-même, à son déroulement et à votre participation.

Présentation :

Lors de cette étude, nous aimerions évaluer votre expérience relative au projet pilote RÉLIAN et Chronicopôle qui ont pour but de lutter contre la polymédication par la mise en place de l'outil STOPP/START via une collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les pharmaciens.

Déroulement de l'étude et participation du sujet

Au travers cette étude, nous souhaitons faire émerger la réalité du terrain et comprendre comment la collaboration interprofessionnelle fonctionne entre les médecins et les pharmaciens suite à l'action des projets pilotes. Cette recherche étudiera vos retours d'expérience vis-à-vis de l'utilisation de l'outil STOPP/START. Elle se base sur le discours des professionnels à la suite d'un entretien semi-dirigé, qui consiste à répondre à une série de questions ouvertes. Avec votre consentement éclairé, j'enregistrerai l'échange et la retranscription de celui-ci sera anonyme.

Evidemment il vous sera possible de mettre fin à l'entretien ou de refuser de répondre à certaines questions.

Votre participation est précieuse pour la concrétisation de l'étude !

Marie Adam
Etudiante en Sciences de la Santé Publique,
Université de Liège.

Formulaire de consentement relatif à la participation à la recherche

*Mise en œuvre de la révision médicamenteuse à l'aide de l'outil
STOPP/START au sein des concertations médico-pharmaceutiques :
comment les professionnels collaborent-ils ?*

Je, soussigné(e)déclare :

- Avoir reçu, lu et compris une présentation écrite de la recherche dont le titre et le chercheur responsable figurent ci-dessus.
- Avoir pu poser des questions sur cette recherche et reçu toutes les informations que je souhaitais.

Je sais que :

- Je peux à tout moment mettre un terme à ma participation à cette recherche sans devoir motiver ma décision ni subir aucun préjudice que ce soit ;
- Je peux contacter le chercheur pour toute question ou insatisfaction relative à ma participation à la recherche ;
- Les données recueillies seront strictement confidentielles et il sera impossible à tout moment de m'identifier.
- En vertu de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine, le promoteur assume, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant ou à ses ayants-droit, dommage lié de manière directe ou indirecte à l'expérimentation. Il a contracté une assurance à cet égard.

Je donne mon consentement libre et éclairé pour participer en tant que sujet à cette recherche.

Nous vous remercions d'apposer la mention « lu et approuvé ».

.....
Signature du sujet

.....
Date (jour/mois/année)

Annexe 8 : Formulaire de consentement relatif aux traitements de données à caractères personnels



Université de Liège

Formulaire de consentement relatif aux traitements de données à caractère personnel

Mise en œuvre de la révision médicamenteuse à l'aide de l'outil STOPP/START au sein des concertations médico-pharmaceutiques : comment les professionnels collaborent-ils ?

Ce travail a pour objectif d'évaluer comment s'effectue la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les pharmaciens participants aux comités médico-pharmaceutiques des projets pilotes de RÉLIAN et Chronicopôle dont le but est de réduire la polymédication des patients par l'application de l'outil STOPP/START.

Ce document a pour but de vous fournir toutes les informations relatives au traitement de vos données à caractère personnel dans le cadre de cette étude.

Responsable(s) du projet de recherche

Le promoteur de ce travail de fin d'étude est : Dr Nathan Charlier. ncharlier@uliege.be

L'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude est : Marie Adam marie.adam@student.uliege.be

Description de l'étude

Au travers cette étude, nous souhaitons faire émerger la réalité du terrain et comprendre comment la collaboration interprofessionnelle fonctionne entre les médecins et les pharmaciens suite à l'action des projets pilotes. Cette recherche étudiera le retour d'expérience des professionnels vis-à-vis de l'utilisation de l'outil STOPP/START. Elle se base sur le discours des professionnels à la suite d'un entretien semi-dirigé, qui consiste à répondre à une série de questions ouvertes. Un consentement éclairé sera nécessaire pour permettre l'enregistrement de l'échange et la retranscription de celui-ci sera anonyme.

Protection des données à caractère personnel

Le ou les responsables du projet prendront toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données à caractère personnel (ou de celles de la personne dont vous avez la responsabilité légale), conformément au *Règlement général sur la protection des données* (RGPD – UE 2016/679) et à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

1. Qui est le responsable du traitement ?

Le Responsable du Traitement est l'Université de Liège, dont le siège est établi Place du 20-Août, 7, B- 4000 Liège, Belgique.

2. Quelles seront les données collectées ?

Il s'agit de retours d'expérience et de discours des médecins et pharmaciens participants aux comités médico-pharmaceutiques des projets pilotes RÉLIAN et Chronicopôle.

Les données seront récoltées à la suite d'un entretien semi-directif composé de questions ouvertes posées par l'enquêteur. Les données seront enregistrées et retranscrites de manière anonyme.

Types de données :

- Expérience et le vécu des sujets
- Le changement dans la pratique professionnelle
- L'utilisation de l'outil STOPP/START
- Les représentations des professionnels

3. À quelle(s) fin(s) ces données seront-elles récoltées ?

Les données à caractère personnel récoltées seront conservées jusqu'à la réalisation et la validation par le jury du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Ces données seront exclusivement conservées par l'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude, sous la direction de son promoteur.

4. Combien de temps et par qui ces données seront-elles conservées ?

Les données à caractère personnel récoltées seront conservées par la chercheuse (Adam Marie) jusqu'à la réalisation et la validation par le jury du travail d'étude présenté ci-dessus.

5. Comment les données seront-elles collectées et protégées durant l'étude ?

La collecte des données sera réalisée par le biais d'entretiens semi-directifs en présentiel ou à l'aide d'un programme informatique, lifesize ou skype si la crise sanitaire ne permet pas de rencontrer les professionnels. Les données seront enregistrées à l'aide d'un dictaphone, elles resteront confidentielles. Les fichiers seront effacés dès que le transfert dans un fichier zip de l'ordinateur aura été fait.

L'ordinateur n'est utilisé que par le chercheur et protégé par un mot de passe et un antivirus.

6. Ces données seront-elles rendues anonymes ou pseudo-anonymes ?

Les données seront anonymisées lors de la retranscription.

7. Qui pourra consulter et utiliser ces données ?

Seulement l'étudiant réalisant la recherche, ses promoteurs et les membres du jury du mémoire auront accès aux données.

8. Ces données seront-elles transférées hors de l'Université ?

Non, ces données ne feront l'objet d'aucun transfert ni traitement auprès de tiers.

9. Sur quelle base légale ces données seront-elles récoltées et traitées ?

La collecte et l'utilisation de vos données à caractère personnel reposent sur votre consentement écrit. En consentant à participer à l'étude, vous acceptez que les données personnelles exposées au point 2 puissent être recueillies et traitées aux fins de recherche exposées au point 3.

10. Quels sont les droits dont dispose la personne dont les données sont utilisées ?

Comme le prévoit le RGPD (Art. 15 à 23), chaque personne concernée par le traitement de données peut, en justifiant de son identité, exercer une série de droits :

- obtenir, sans frais, une copie des données à caractère personnel la concernant faisant l'objet d'un traitement dans le cadre de la présente étude et, le cas échéant, toute information disponible sur leur finalité, leur origine et leur destination;
- obtenir, sans frais, la rectification de toute donnée à caractère personnel inexacte la concernant ainsi que d'obtenir que les données incomplètes soient complétées ;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, l'effacement de données à caractère personnel la concernant;

- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, la limitation du traitement de données à caractère personnel la concernant;
- obtenir, sans frais, la portabilité des données à caractère personnel la concernant et qu'elle a fournies à l'Université, c'est-à-dire de recevoir, sans frais, les données dans un format structuré couramment utilisé, à la condition que le traitement soit fondé sur le consentement ou sur un contrat et qu'il soit effectué à l'aide de procédés automatisés ;
- retirer, sans qu'aucune justification ne soit nécessaire, son consentement. Ce retrait entraîne automatiquement la destruction, par le chercheur, des données à caractère personnel collectées ;
- introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@and-oba.be).

Comment exercer ces droits ?

Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser au(x) responsable(s) du projet de recherche

(marie.adam@student.uliege.be) ou au Délégué à la protection des données de l'Université, soit par courrier électronique (dpo@uliege.be), soit par lettre datée et signée à l'adresse suivante :

Université de Liège
M. le Délégué à la protection des données,
Bât. B9 Cellule "GDPR",
Quartier Village 3,
Boulevard de Colonster 2,
4000 Liège, Belgique.

Coûts, rémunération et dédommagements

Aucun frais direct lié à votre participation à l'étude ne peut vous être imputé. De même, aucune rémunération ou compensation financière, sous quelle que forme que ce soit, ne vous sera octroyée en échange de votre participation à cette étude.

Retrait du consentement

Si vous souhaitez mettre un terme à votre participation à ce projet de recherche, veuillez en informer Marie Adam, chercheuse à l'adresse mail suivante : marie.adam@student.uliege.be. Ce retrait peut se faire à tout moment, sans qu'une justification ne doive être fournie. Sachez néanmoins que les traitements déjà réalisés sur la base de vos données personnelles ne seront pas remis en cause. Par ailleurs, les données déjà collectées ne seront pas effacées si cette suppression rendait impossible ou entravait sérieusement la réalisation du projet de recherche. Vous en seriez alors averti.

Questions sur le projet de recherche

Toutes les questions relatives à cette recherche peuvent être adressées à Adam Marie, chercheuse du projet à l'adresse mail suivante : marie.adam@student.uliege.be

Je déclare avoir lu et compris les 4 pages de ce présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire signé par les personnes responsables du projet. Je comprends la nature et le motif de ma participation (ou de celle d'un de mes proches dont j'ai la responsabilité légale) au projet et ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles j'ai reçu une réponse satisfaisante. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet ou que la personne dont j'ai la responsabilité légale participe au projet.

Nom et prénom :

Date :

Signature :

Nous déclarons être responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Nom et prénom :

Date :

Signature :

Guide d'entretien

QUESTIONS

1. Pour débiter, accepteriez-vous de vous présenter ? Pouvez-vous m'expliquer votre implication au sein des projets pilotes ?
2. A quelle fréquence entretenez-vous des contacts avec les pharmaciens/ médecins ? Les CMP apportent-ils un changement ?
3. Comment cela se passe en pratique, par quel moyen communiquez-vous ?
4. Quelles sont les raisons pour lesquelles vous entrez en contact dans votre pratique ?
5. Quelles sont les difficultés et obstacles que vous avez rencontrés personnellement dans la collaboration médecin/ pharmacien ?
6. Qu'apportent les concertations médico-pharmaceutiques dans votre pratique ? Et dans votre collaboration avec d'autres prestataires ?
7. Avez-vous utilisé l'outil STOPP/START ? Qu'en avez-vous pensé ?
8. La collaboration interprofessionnelle et les concertations médico-pharmaceutiques ont-elles un effet sur la prise en charge de vos patients ?
9. La révision médicamenteuse a-t-elle une incidence sur la collaboration interprofessionnelle ?
10. Quelles seraient vos besoins, en tant que pharmacien/ médecin pour une collaboration efficace ?
11. Les projets pilotes favorisent-ils votre collaboration interprofessionnelle ?
12. Que pensez-vous de l'objectif des projets pilotes de lutter contre la polymédication par le biais de l'outil STOPP/START ?
13. Voudriez-vous ajouter quelque chose, qui n'a pas été abordé lors de l'entretien ?

Je vous remercie d'avoir donné de votre temps et d'avoir participé à cette étude. Je vous propose un retour des résultats à la fin de cette recherche, par mail si cela vous intéresse.

Guide d'entretien n°2

1. Pour débiter, accepteriez-vous de vous présenter ? Pouvez-vous m'expliquer votre implication au sein des projets pilotes ?
2. Comment cela se passe en pratique, quelles sont les raisons pour lesquelles vous entrez en contact avec les médecins/pharmaciens ? Souhaiteriez-vous être contacté pour d'autres raisons ?
3. Pensez-vous que les contacts sont suffisants ?
4. Que pouvez-vous me dire sur la relation médecin-pharmacien ? (*à approfondir*)
5. Avez-vous déjà rencontré personnellement des obstacles dans votre collaboration avec un médecin/pharmacien ?
6. Qu'apportent les concertations médico-pharmaceutiques dans votre pratique ? Y trouvez-vous des avantages ?
7. Les CMP peuvent-elles apporter un changement dans votre collaboration ? (*CMP peut-il être utilisé comme un outil de collaboration et quel changement cela peut-il apporter ?*)
8. A quoi pourrait servir de se voir plus souvent ? (*il y a-t-il un impact sur la prise en charge de des patients ?*)
9. Auriez-vous des suggestions pour améliorer la collaboration interprofessionnelle ?
10. En tant que pharmacien avez-vous des craintes/ hésitations dans le fait d'émettre un avis sur le traitement d'un patient ? // En tant que médecin, quel serait votre sentiment si un pharmacien donnait un avis sur vos prescriptions ?
11. Avez-vous déjà utilisé l'outil STOPP/START ? Qu'en pensez-vous ?
12. L'utilisation de la révision médicamenteuse a-t-elle une incidence sur la collaboration interprofessionnelle ?
13. Que pensez-vous de l'objectif des projets pilotes de lutter contre la polymédication par le biais de l'outil STOPP/START ?
14. Durant votre formation, la collaboration interprofessionnelle a-t-elle été abordée ? Si non, pensez-vous que celle-ci devrait être favorisée ?
15. Voudriez-vous ajouter quelque chose, qui n'aurait pas été abordé lors de l'entretien ?

Je vous remercie d'avoir donné de votre temps et d'avoir participé à cette étude. Je vous propose un retour des résultats à la fin de cette recherche, par mail si cela vous intéresse.