

THÈSE

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE

par

Agnès de Massol

Présentée et soutenue publiquement le 14 Octobre 2019

Comprendre les freins et les leviers à la mise en œuvre des missions d'éducation du patient par le pharmacien d'officine : recherche qualitative dans le département des Alpes-Maritimes.

Président : M. Gaël GRIMANDI, Doyen de la faculté de Pharmacie de Nantes

Membres du jury : Mme Anne LE RHUN, Médecin de Santé publique,
Unité Promotion et Education pour la Santé – CHU Nantes
Mme Anne LAUTREDOU, Pharmacien Enseignante,
IA – Formation à Nantes
M. Jean-François HUON, Pharmacien Assistant Hospitalo-
Universitaire, département Santé publique et Pharmacie Clinique -
CHU de Nantes
M. Flavian BRASSART, Pharmacien d'officine à Chaumes-en-Retz

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements,

A Madame Anne Le Rhun, Médecin de santé publique, membre du PromES, Unité Promotion Education Santé,

Pour avoir accepté d'être ma directrice de thèse, pour m'avoir orientée, guidée dans cette voie de la recherche qualitative en santé. Pour votre inconditionnel soutien, votre patience et votre bienveillance durant ce chemin long et complexe. Pour m'avoir fait découvrir la fabrique créative de santé, les cafés philosophiques et la communication non violente.

A Monsieur Gaël Grimandi, Doyen de la faculté de Pharmacie de Nantes, Professeur Universitaire et Praticien Hospitalier,

Pour nous avoir fait l'honneur d'accepter d'être Président du jury de cette thèse. Pour vos enseignements pratiques et théoriques tout au long du cursus, votre engagement dans la formation des pharmaciens. Pour votre discours d'envoi à notre gala de promotion.

A Madame Anne Lautrédou, Pharmacien enseignant auprès des préparateurs en pharmacie,

Pour avoir accepté d'être membre du jury. Pour l'exemple professionnel de pharmacien engagé dans la formation officinale. Pour votre accompagnement en troisième année sur la réflexion d'un projet d'orientation professionnel.

A Monsieur Jean-François Huon, Pharmacien Assistant Hospitalo-Universitaire,

Pour avoir accepté d'être membre du jury. Pour m'avoir initié à la Pharmacie Clinique. Pour vos enseignements en santé publique de qualité, pédagogique et dynamique.

A Monsieur Flavian Brassart, Docteur en pharmacie,

Pour avoir accepté d'être membre du Jury. Pour avoir vécu un premier temps d'échange et de collaboration à Ligné chez Madame Rousseau.

Aux pharmaciens participants de ma thèse,

Pour avoir consacré du temps pour répondre à l'entretien de recherche proposé.

Au corps professoral, à tous mes maitres de stage et « chef-titulaires »,

Pour m'avoir transmis les compétences nécessaires à l'exercice de la profession.

A ma famille et particulièrement tante Catherine, mes grand-mères, mes parents, Jeanne et Roland. A tous mes oncles et tantes de même profession particulièrement Isabelle.

A mes amis et particulièrement Charlotte, Melchior, Florence, Aude, Rémy, Sixtine, Mathilde, Margot, Clémence, Jean-Louis, Claire, Laura, Carine, Amos et Miguel.

A Marie-Laure et la promotion du DU Méditation, Relations Thérapeutiques et Soins de Nice.

Table des matières

Table des matières	2
Liste des Abréviations	6
Liste des Figures	7
Liste des Tables	8
Introduction	9
Première partie : Le cadre conceptuel de la recherche : les missions d'éducation du pharmacien d'officine.....	10
I-A Education et accompagnement du patient par le pharmacien d'officine	10
A.1. Education, éducation pour la santé, éducation thérapeutique et accompagnement du patient.....	10
A.1.1. L'éducation.....	10
A.1.2. L'Education Pour la Santé (EPS)	14
A.1.3. L'Education Thérapeutique du Patient (ETP)	16
A.1.4. L'Accompagnement du patient	22
A.2. Les composantes de l'éducation et de l'accompagnement du patient.....	23
A.2.1. L'explication et l'information	24
A.2.2. Le conseil et la discussion	25
A.2.3. La sensibilisation	25
A.2.4. La prévention.....	25
A.2.5. Le soutien psychosocial.....	26
A.3. Les méthodes et outils propres à l'éducation du patient à l'officine.....	26
A.3.1. Les méthodes d'éducation du pharmacien	26
A.3.2. Outils pour l'éducation du patient par le pharmacien	29
A.3.3. La communication interpersonnelle Pharmacien-patient	31
A.3.4. La posture et attitude éducative	31
I - B. Définition des missions par la Loi HPST « Hôpital, Patient, santé et Territoire » en 2009 et déclinaison des pratiques éducatives du pharmacien d'officine.....	32
B.1 Loi HPST et missions du pharmacien	32
B.1.1. Ouverture vers l'évolution du métier.....	32
B.1.2. Descriptifs législatifs des missions du pharmacien relatif à l'éducation et la prévention.....	32

B.2. Déclinaison des pratiques éducatives sur la base des missions identifiées du pharmacien.....	33
B.2.1. Acte pharmaceutique de délivrance avec conseils associés	33
B.2.2. Action et information en Santé publique.....	33
B.2.3. Entretien Pharmaceutique (EP) et Bilan de médication partagé (BMP).....	33
Deuxième partie : Objet de la recherche et Problématique	36
II - A. Travail exploratoire.....	36
A.1. Exploration : Lancement d'un projet de thèse, recherche de type exploratoire.....	36
A.2. Participation et présentation du projet de thèse.....	37
II - B. Objet et question de la recherche	37
B.1. L'objet de la recherche	37
B.2. La question de la recherche	38
II – C. Problématisation.....	38
C.1. Elaboration, définition et formulation de la problématique	38
C.2. Enjeux de la recherche	38
Troisième partie : Matériel et Méthodologie de la recherche	39
III – A. La Méthodologie de l'étude.....	39
A.1. Le type d'étude.....	39
A.1.1. Définition de la Méthode.....	39
A.1.2. Choix de la méthode qualitative	39
A.1.3. Design de l'étude.....	40
A.2. La population de l'étude.....	40
A.2.1. Conditions d'un échantillon varié	40
A.2.2. Choix des caractéristiques sociodémographiques	41
A.3. L'outil de l'étude.....	41
A.3.1. Définition d'un outil d'observation et d'expérimentation de la recherche.....	41
A.3.2. Choix et caractéristiques de l'entretien	42
A.3.3. Elaboration du guide d'entretien	42
III - B. La réalisation de l'étude.....	43
B.1. Organisation, recrutement et planification	43
B.1.1. Organisation.....	43
B.1.2 Recrutement.....	43
B.1.3. Planification de l'étude	44
B.2. Recueil des données	44

B.2.1. Préparation à l'entretien.....	44
B.2.2. Réalisation théorique de l'entretien	44
B.3. Retranscription des données et relecture	46
B.3.1. Outils informatiques de retranscription	46
B.3.2. Révision des données.....	46
B.3.3. Préparation à l'analyse.....	46
III – C. L'analyse des entretiens	47
C.1. Choix et description de la méthode d'analyse.....	47
C.1.1. Choix de la méthode d'analyse.....	47
C.1.2. Description de l'analyse retenue	47
C.2. Orientations de l'analyse	47
C.2.1. Caractéristiques de l'analyse	47
C.2.2. Objet de l'analyse	48
C.3. Déroulé des opérations analytiques.....	48
C.3.1. Cadre temporel	48
C.3.2. Les niveaux de codage.....	48
Quatrième partie : Résultats et discussions	50
IV – A. Résultats	50
A.1. Description de l'échantillon	50
A.1.1. Modalités de recrutement et d'inclusion des pharmaciens-participants.....	50
A.1.2. Description quantitative des données sociodémographiques	51
A.2. Déroulement des entretiens	55
A.2.1. Lieu de rencontre et localisation.....	55
A.2.2. Durée de l'entretien	56
A.2.3. Gestion du recrutement.....	56
A.2.4. Autres caractéristiques des participants.....	56
A.3. Présentation des résultats qualitatifs de l'analyse thématique de contenu	58
A.3.1 Les pratiques éducatives des pharmaciens	58
A.3.2. Les leviers pour mettre en œuvre les missions d'éducation.....	65
A.3.3 Les freins des pharmaciens dans l'éducation	68
A.3.4. Tensions ressenties par les pharmaciens dans l'éducation du patient	70
IV-B : Discussion	73
B.1. Discussion sur la méthode.....	73
B.1.1. Limites et choix de la méthodologie de recherche	73

B.1.2. Limites et recueil des données.....	73
B.1.3. Discussion sur le choix de la population	74
B.2. Discussion sur la validité de l'analyse	75
B.2.1. La validité intercodeur.....	76
B.2.2. Les informations relatives au chercheur.....	76
B.2.3. L'usage possible d'un logiciel d'analyse spécialisée	76
B.3. Discussion sur les résultats.....	76
B.3.1. Discussion sur la synthèse d'analyse thématique	76
B.4 Perspectives de la recherche.....	79
B.4.1. Les défis favorisant l'éducation à l'officine.....	79
B.4.2. Ouverture sur la réflexion de la posture éducative du pharmacien et de l'équipe officinale.....	79
B.4.3. Ouverture à d'autres projets de recherche	80
B.4.4. Vers un dispositif d'accompagnement du pharmacien dans ses pratiques éducatives	81
Conclusion.....	82
Bibliographie	83
Annexes	88
Annexe 1 : <u>Fiche métier du Pharmacien d'officine - CNO</u>	88
Annexe 2 : <u>Présentation du projet de thèse</u>	89
Annexe 3 : <u>Test d'observance de Girerd – sécurité sociale</u>	90
Annexe 5 : <u>Canevas d'entretien phénoménologique, semi-dirigé et qualitatif</u>	92
Annexe 6 : <u>Schémas de la démarche d'analyse thématique de contenu (51)</u>	95
Annexe 8 : <u>Fiches de préconisation Pharmacien officine (57)</u>	97
Annexe 9 : <u>Fiche de préconisation organisme de formation initiale (57)</u>	98
Annexe 10 : <u>Fiche de préconisation organisme de formation continue 1/2 (57)</u>	99
Annexe 11 : <u>Analyse thématique de contenu de l'étude (Document de 61 pages)</u>	101

Liste des Abréviations

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

AOD : Anticoagulants Oraux d'action Directe

ATC : Analyse Thématique de Contenu

AVK : AntiVitamine K

BMP : Bilan de médication partagé

BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNOP : Conseil de l'Ordre National des Pharmaciens

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

DGS : Direction Générale de la Santé

DMP : Dossier Médical Partagé

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHESP : Ecoles des Hautes Etudes en Santé Publique

EP : Entretien Pharmaceutique

EPS : Education Pour la Santé

ETP : Education Thérapeutique du Patient

GROUM'F : GROupe Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut Nationale de Prévention et d'Education pour la Santé

LEPS : Laboratoire Éducatifs et Pratiques de Santé

LP : Libération prolongée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PromES : Unité Promotion Education Santé

SFPC : Société Française de pharmacie clinique

SFSP : Société Française de Santé Publique

SP : Santé Publique

UTT : Unité de Transplantation Thoracique

UTET : Unité Transversale d'Education Thérapeutique

Liste des Figures

Figure 1: Le Modèle pédagogique selon Houssaye (2014).....	11
Figure 2 : Liste des compétences d'autosoins et d'adaptation – HAS	18
Figure 3: Les quatre phases de l'Education thérapeutique du patient – HAS.....	19
Figure 4 : Répartition de l'échantillon selon l'âge et le sexe	52
Figure 5 : Répartition du choix de filière dans le cursus initiale de l'échantillon	53
Figure 6: Répartition de l'échantillon selon la formation continue de l'échantillon (EP, ETP et BMP)	54
Figure 7 : Répartition de l'échantillon selon les données propre à l'officine.....	54
Figure 8 : Répartition de l'échantillon selon le lieu de l'entretien	55
Figure 9 : Répartition de l'échantillon selon la durée de l'entretien (en minutes)	56

Liste des Tables

Tableau 1 : Référentiel de compétences pour dispenser l'ETP.....	20
Tableau 2: Proposition de référentiel de compétences pour dispenser l'ETP.....	21
Tableau 3 : Exemples de démonstration d'appareil en fonction du cas patients.....	28
Tableau 4 : Les défis majeurs de la pharmacie d'officine (57).....	79

Introduction

Professionnels de santé, les pharmaciens d'officine remplissent aujourd'hui plusieurs missions, dont l'une essentielle, qui est l'éducation du patient. Les pratiques d'éducation du patient observées par les étudiants en pharmacie au cours de leurs nombreux stages et dans les premières années de leur vie professionnelle ont un spectre tellement large, qu'elles peuvent facilement susciter l'intérêt et l'envie d'approfondir le sujet.

Ces dernières décennies, avec l'ère du digitale et de la rapidité de la transmission des informations, des évolutions sociétales et consuméristes, les pratiques et les missions des pharmaciens d'officine ont profondément été transformées. C'est aujourd'hui une période charnière importante, tant sur le modèle économique, la gestion et le fonctionnement de l'officine, que sur son rôle accru dans le système de soin, dans l'éducation, l'accompagnement des patients et la promotion de la santé. Le métier est donc en profonde reconversion.

En effet, la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire, qui vient de fêter ses 10 ans, est à l'origine de cette reconversion. Elle énonce et redéfinit les missions du pharmacien d'officine dans le parcours de soin. Elle a offert de nouvelles ressources aux pharmaciens pour qu'ils puissent s'engager et affirmer leur place parmi les autres professionnels de santé, dans les soins coordonnés du parcours de soin du patient.

Certains pharmaciens s'investissent dans la réalisation de ces nouvelles missions d'éducation avec la mise en œuvre d'entretiens pharmaceutiques, de bilans de médication partagés. Cependant, comme toute nouvelles pratiques, le chemin n'est pas sans embuches. De ce fait, il est intéressant aujourd'hui dans ce contexte d'aller les explorer, les comprendre.

Comment les pharmaciens vivent-ils leurs missions d'éducation du patient à l'officine ?

La problématique s'est ainsi focalisée sur la compréhension des freins et aussi des leviers du pharmacien à la mise en œuvre de ces nouvelles pratiques.

Afin de répondre à cette problématique, il est proposé le plan suivant en quatre parties. En premier lieu, il sera défini le cadre conceptuel, les fondements théoriques de la recherche. En deuxième lieu, il sera exposé l'exploration de la recherche vers sa problématisation. Puis en troisième lieu, la méthode de recherche sera énoncée et décrite selon la démarche d'une étude qualitative, inductive et phénoménologique. Et enfin, en quatrième lieu, il sera exposé les résultats sous forme d'une synthèse d'analyse thématique de contenu suivi de la discussion globale de l'étude, du retour sur sa réflexion/problématisation et l'émergence de pistes relatives à cette étude.

Première partie : Le cadre conceptuel de la recherche : les missions d'éducation du pharmacien d'officine

I-A Education et accompagnement du patient par le pharmacien d'officine

A.1. Education, éducation pour la santé, éducation thérapeutique et accompagnement du patient

A.1.1. L'éducation

a) Etymologie du mot

Le mot « **éduquer** » comporte une double racine latine.

D'une part « **ex/ducere** » qui signifie littéralement « conduire hors de », « tirer hors » ou encore « faire éclore », ce qui renvoie à une conception dans laquelle l'éducation a pour but premier d'aider la personne à se découvrir, à s'épanouir, à utiliser au mieux ses potentialités (1).

D'autre part « **ed/ducare** » qui signifie « nourrir » ou encore « élever ». De part ces sources étymologiques, « on déduit que l'éducation a pour objectif de renforcer les compétences d'un sujet afin qu'il puisse faire face (« affronter »), de façon autonome, aux différentes situations rencontrées dans sa vie personnelle ou sociale. On comprend également que l'éducation vient nécessairement « de l'extérieur » (2).

b) Définition

D'après **S.Berthon** « éduquer c'est d'abord aider à apprendre ... » (3)

L'éducation peut être définie comme l'action de former une personne, de l'initier à un champ de connaissances et/ou à une activité encore méconnus ou non acquis.

C'est « l'art de former une personne, spécialement un enfant ou un adolescent, en développant ses qualités [...] de façon à lui permettre d'affronter sa vie personnelle et sociale avec une personnalité suffisamment épanouie » comme décrit par le **Centre Nationale de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL)** créé en 2005 par le **Centre Nationale de la Recherche Scientifique (CNRS)**

Pour aller plus loin, le **dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation** définit l'éducation comme « l'ensemble des actions et des influences exercées volontairement par un être humain sur un autre être humain, en principe par un adulte sur un jeune, et orientées vers un but qui consiste en la formation, dans l'être jeune, des dispositions de toute espèce, correspondant aux fins auxquelles, parvenu à maturité, il est destiné » (4).

La définition de l'éducation par l'**Organisation Mondiale de la Santé (OMS)** vient compléter cette première définition. Elle précise que c'est « l'action ou processus facilitant la formation et le développement d'aptitudes et de caractéristiques physiques, intellectuelles, motrices, sensorielles et affectives d'une personne » (5).

c) La pédagogie dans l'éducation

La pédagogie est l'art d'éduquer.

Le terme pédagogie « désigne les méthodes et pratiques d'enseignement et d'éducation ainsi que toutes les qualités requises pour transmettre un savoir quelconque. Faire preuve de pédagogie signifie enseigner un savoir ou une expérience par des méthodes adaptées à un individu ou un groupe d'individus »(6).

Le triangle pédagogique tiré du livre du même nom de J. Houssaye (2), (7) illustre et précise les différentes relations au savoir :

- La **relation d'apprentissage** se construit entre l'apprenant et le savoir dans sa démarche pour apprendre.
- La **relation didactique** est le rapport entretenu par l'enseignant avec le savoir et qui lui permet d'enseigner.
- La **relation pédagogique** lie l'enseignant à l'apprenant pour former ce dernier

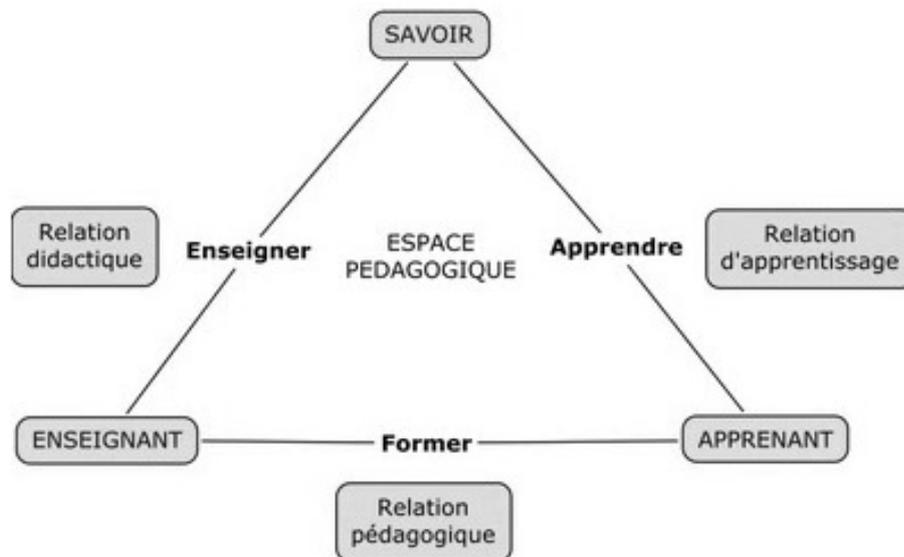


Figure 1: Le Modèle pédagogique selon Houssaye (2014)

d) Les conditions pour exercer l'éducation

Elles sont décrites par **J.Wacquez** (éducateur dans le secteur de la santé mentale, formateur au Centre de Formation Educationnel Liégeois, Haute Ecole Libre Mosane, SUISSE)(8) comme les suivantes :

- La **demande** :

« Il faut qu'il y ait une demande qui justifie l'intervention de l'éducateur. Cette demande peut émaner du bénéficiaire lui-même, de ses parents, d'une instance institutionnelle etc. A partir de cette demande, c'est l'option de la coopération qui allègera la pression issue de l'asymétrie des positions ». Ainsi, il propose de créer une coopération et qu'elle puisse être mise en œuvre pour rétablir l'asymétrie que l'on estime préexistante dans la relation Educateur/Interlocuteur. Il est tout à fait possible de faire un parallèle avec la relation Soignant/Soigné ou encore la relation Pharmacien/Patient.

- Les **compétences** de l'éducateur :

« Il est fondamental que l'éducateur ait certaines compétences, qu'il maîtrise savoirs, savoir-faire et savoir-être lui permettant d'intervenir avec professionnalisme. Il doit « savoir y faire en situation ».

Ainsi, les compétences et aptitudes de l'éducateur sont multiples. Elles nécessitent d'être réfléchies, travaillées, vécues puis évaluées.

- La **finalité** :

Elle est énoncée par cet auteur comme « légitime », l'éducation a une finalité sociale. Pour autant, ce dernier se questionne quant à la finalité d'être éducateur : « Quelle est la valeur reconnue ? Qu'est-ce qui oriente notre action d'éducation ? ». Pour tout professionnel de santé, y compris les pharmaciens, cette « valeur reconnue » serait le maintien et l'amélioration de l'état de santé du patient ainsi que sa qualité de vie. C'est évalué et approché par de multiples indicateurs tels que la douleur perçue, la consommation de toxiques (alcool, tabac etc.) et l'alimentation (9).

- Les **cadres** :

Ils sont multiples, le cadre peut être soit **juridique**, soit **physique**.

Le premier cadre juridique s'impose à l'éducateur par « une série de dispositions légales encadrant la relation éducative : la déclaration des droits de l'homme, de l'enfant, la loi sur l'assistance à personne en danger, etc... » et d'autres dispositions légales telles que le secret professionnel (relevant du code pénal) ou la responsabilité civile (relevant du code civil), etc.

J. Wacquez précise « qu'il a bien un ensemble de textes de loi, de niveaux et de valeurs différentes qui concernent plus particulièrement les métiers relationnels » et par conséquent les métiers où l'éducation est au cœur (8). En ce qui concerne le pharmacien, la relation de soin avec le patient est encadrée par l'existence d'un code de déontologie de la profession qui s'impose à ces professionnels de santé (10).

Le deuxième cadre est **physique**, dans le sens du lieu de la rencontre soignant-soigné, soit à l'hôpital ou en ambulatoire, soit au cabinet pour les médecins et aux comptoirs de la pharmacie pour le pharmacien.

e) L'éducateur

L'éducateur est la personne en charge de « conduire », « de sortir hors de » au sens étymologique, d'éduquer une autre personne. Dans le soin, le soignant, qui a une fonction par définition curative, peut s'engager et devenir éducateur pour le soigné ou un groupe de patients.

L'éducateur accompagne une personne « vers la construction d'un être social et libre » pour cela il « aide à l'affirmation et au renforcement de la capacité à faire des choix » (2).

Les **objectifs** de l'éducateur sont multiples : former, accompagner etc. Deux exemples sont ici offerts par Philippe MERIEUX « Il se donne pour fin l'émancipation des personnes qui lui sont confiées, la formation progressive de leur capacité à décider d'elles-mêmes de leur propre histoire » (11).

Les métiers d'éducateurs, quels qu'ils soient, touchent « par nature à un travail au cas par cas, impliquant une approche singulière » tant « ce travail est complexe » (8).

f) Qu'en est-il du pharmacien : pharmacien éducateur / pédagogue en santé ?

Voir **Annexe 1 : Fiche métier pharmacien d'officine - Conseil de l'Ordre National des Pharmaciens (CNOP) (12).**

Dans l'article Education pour la santé : reconnaître les « nouveaux rôles des médecins et pharmaciens (2005), **A. Deccache**, Pr. Emérite de la Faculté de Médecine UCL à Bruxelles, se questionne sur le rôle éducatif et/ou préventif du pharmacien.

Il affirme que l'éducation des patients « consiste, dans le cadre de l'officine, **à expliquer** les prescriptions et les posologies des médicaments, les risques d'effets secondaires de même que les avantages, observables ou non, que le patient retirera de son traitement », il ajoute que l'éducation par le pharmacien consiste aussi « **à promouvoir** le bon usage des médicaments et produits pharmaceutiques, **à expliquer et informer** sur la maladie et les traitements » mais aussi « **soutenir et accompagner** humainement le patient » et enfin, il termine son propos par le fait que plus largement, il existe d'autres missions apparentées à l'éducation telles que « **informer, promouvoir** le dépistage, les vaccinations et **orienter** vers des comportements plus favorables à la santé. » (13).

Expliquer, informer, promouvoir, soutenir, accompagner, orienter ; cette liste d'actions compose ensemble l'éducation thérapeutique du patient par les soignants, incluant donc le pharmacien (Voir Partie A.2)

Cependant, ce même auteur déclare que le rôle éducatif « ne peut être abordé de la même manière que celui des autres soignants ». En effet « le statut socioprofessionnel et le fonctionnement des pharmaciens en font des professionnels de santé à part, en raison des enjeux financiers et de l'image « commerçant » qui leur est associée, à tort ou à raison. » (13).

Ainsi, **A. Deccache** insiste sur « le moment de la délivrance » à l'officine, moment privilégié et propice, selon lui pour pratiquer l'éducation du patient.

C'est donc au pharmacien de se saisir de cette occasion. Il ajoute dans son argumentaire que les pharmaciens jouent avant tout un rôle préventif important (13).

g) Importance de l'éducation dans le domaine de la santé

« L'éducation du patient est nécessaire **au succès d'une thérapie** ou tout simplement pour aider les gens à avoir des **comportements compatibles avec une bonne santé**. » d'après **F. Gatto** (14), chercheur en santé publique, enseignant en pédagogie et en éducation à la santé, Institut des cadres de santé de Montpellier.

Ainsi, si l'on parle d'éducation en santé on se réfère donc à deux vraies disciplines qui sont **l'éducation pour la santé** et **l'éducation thérapeutique du patient**.

A.1.2. L'Education Pour la Santé (EPS)

a) Définition

L'EPS s'adresse à tout humain, individuellement ou en collectivité.

Nous retrouvons sa définition approfondie et justifiée dans le glossaire de **l'OMS** comme "tout ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à **vouloir** être en bonne santé, à **savoir** comment y parvenir, à **faire** ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à **recourir** à une aide en cas de besoin". Par ailleurs, l'OMS précise que cela « concerne non seulement la **communication d'informations**, mais également le **développement de la motivation**, des **compétences** et de la **confiance en soi** nécessaires pour agir en vue d'améliorer sa santé » (15).

Pour **A. Deccache**, la Santé* est définie par l'OMS comme « la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci ». La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie.

Ainsi, la satisfaction des besoins de santé de la personne correspond à des besoins de santé globale : **physiques** (santé physique), **psychologiques** (santé mentale et sociale), et **cognitifs** (santé spirituelle). Il s'agit de besoins de santé considérés de manière objective (normes définies par les soignants) et subjective (normes de santé construites par la personne) (16).

Les besoins de santé sont individuels, nombreux et complexes. Ils sont contradictoires et soumis aux contraintes de l'environnement. La satisfaction de ces besoins de santé est le résultat du « processus de santé* ».

- Le *« processus de santé » est essentiellement « le maintien d'un équilibre de besoins » (16).

b) Enjeux

L'EPS des personnes et des collectivités s'inscrit dans une politique et démarche de **promotion de la santé***. Elle s'inscrit par conséquent dans la politique plus large de **Santé Publique*** (SP).

- La *promotion de la santé est définie par les **écoles des hautes études en santé publique** (EHESP) comme le concept qui inclut « la promotion des modes de vie aussi bien que l'amélioration des conditions de vies, des facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent la santé » (17)(18), (19).
- La *santé publique : « Approche collective et administrative des problèmes de santé d'une population, sous ses aspects politiques, économiques, réglementaires, institutionnels » (20).

L'EPS est par ailleurs « une condition de réussite des autres mesures de santé publique telles que les campagnes de dépistage, la protection de l'environnement, l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins » (21).

c) Objectifs

Comme le soin, l'action d'éducation pour la santé a comme « objectif explicite d'améliorer la santé de la personne ou d'une population » (13).

L'EPS a pour autre but plus « élaboré », que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les **compétences et les moyens** qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie* ainsi que celles de la collectivité (21).

- La *qualité de vie est un concept qui prend en compte : la capacité physique, émotionnelle, mentale et intellectuelle du patient, ses possibilités fonctionnelles au travail, dans les situations sociales ou au sein de la famille, la perception de ses propres capacités et la satisfaction que le patient en retire (22).

C'est un « processus créant avec les personnes et les groupes les **conditions du développement de leurs capacités vis-à-vis de la santé**, valorisant leur autonomie* et leur **responsabilité**. Il s'agit d'une éducation « pour » la santé de la personne elle-même, telle que celle-ci la conçoit et telle qu'elle choisit de la construire, et non pas seulement telle que la projette les professionnels ou les autorités extérieures » (23).

- L'*autonomie est définie par la banque de données des **EHESP** comme « l'ensemble des habiletés sociales permettant à une personne de s'adapter et de s'intégrer au niveau social, familial et professionnel » (18), (19).

Ce principe d'autonomie du patient se retrouve dans **l'éducation thérapeutique des patients** (Voir Sous-partie A.1.3) qui sont atteints de maladie chronique*.

- Le concept de *maladie chronique fait qu'une pathologie soit de longue durée et très souvent évolutive (18), (19).

La maladie chronique diffère de la maladie aiguë, principalement par l'existence de traitements. Ce principe fut exploré par **A.Deccache** dans sa thèse de doctorat en santé publique (1994)

Il décrit ses traitements chroniques comme **complexes**, plus que médicaux (alimentation, hygiène de vie, surveillance des symptômes, etc) ; de **durée plus longue** (traitement de fond) ; souvent **quasi-préventifs** (pour les phases asymptomatiques de la maladie) ; interférant avec les habitudes et les projets de vie (aide à la mise en place et au maintien) et de la responsabilité du patient lui-même (d'où une éducation et un apprentissage indispensable) (24), (13).

d) La place et le rôle du pharmacien d'officine dans l'éducation pour la santé

La place du pharmacien dans l'éducation pour la santé est indéniable. Les pharmaciens « sont des acteurs-clés de l'éducation pour la santé » (25).

La première des raisons est le fait que c'est un **soignant accessible** : « Ils sont plus consultés, voient parfois plus souvent les patients que les autres soignants. » (13).

Une autre raison est que ce sont des **professionnels de santé formés, experts dans leur domaine**. Ils sont donc connus pour rendre service, à leur mesure, dans de nombreux champs qui très souvent vont au-delà de l'acte pharmaceutique de délivrance (voir Sous-partie A.1.4).

Dans le dossier Quelle est la place de l'éducation pour la santé en pharmacie d'officine (2002), les deux auteurs D. Doumont et F. Libion questionnent, eux, la place et le rôle que le pharmacien a à jouer dans l'EPS. Ils évoquent et confirment que le pharmacien mène des activités d'information et d'éducation pour la santé et ce à différents niveaux et de différentes manières. Elles sont très souvent structurées autour de problématiques de santé précises telles que retrouvées dans des pathologies chroniques (diabète, asthmes) ou encore des comportements addictifs et à risque (alcool, tabac) etc. (26).

e) De l'éducation pour la santé à l'éducation thérapeutique du patient

Les chercheurs **F. Lagrange, R. Gagnayre** et **J.F. d'Ivernois** du Laboratoire Éducatifs et Pratiques de Santé (LEPS EA 3412) évoquent dans leur ouvrage intitulé Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique, qu'éduquer le patient représente aujourd'hui « une pratique indissociable de la thérapeutique » (27).

A.1.3. L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)

a) Contexte et philosophie de l'ETP

Le **Contexte** de l'ETP est récent, est et sera en constante évolution. Ces deux dernières décennies, il s'est opéré bon nombre de changements concernant les mentalités et les pratiques de soin et d'accompagnement du patient mais aussi les questions de responsabilités ou de rôle du soignant et du soigné.

Dans ce contexte est né l'ETP, une discipline de santé en elle-même. Elle « représente un champ de pratiques au carrefour de la médecine, du soin et de l'éducation », (28) et entre aussi dans le champ de la recherche et de la formation.

Ce type d'éducation s'adresse donc aux sujets porteurs de maladies chroniques qui ont pour particularité de ne pas guérir même si, pour certaines d'entre elles, on parle de « rémission » ou de « stabilisation ». Les maladies chroniques nécessitent des soins continus ayant pour objectifs d'en contrôler, d'en ralentir l'évolution, voire d'en éviter les complications (28).

La **philosophie** de l'ETP tient en une phrase : « l'éducation thérapeutique conduit la personne à grandir, à se dépasser » (27). Ce dépassement concerne aussi bien les soignants, qui s'y forment et l'exercent, que les patients qui en sont les premiers bénéficiaires et deviennent acteurs au sein de ces programmes d'éducation.

b) Définitions officielles

Selon l'**OMS** (5), « L'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ».

Selon **A. Deccache**, l'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, intégré aux soins, et centré sur le patient. Ce chercheur énonce aussi les composantes éducatives citées par l'OMS : « l'ETP comprend des activités organisées de **sensibilisation, information, apprentissage et d'accompagnement psychosocial** concernant **la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées, et les comportements de santé et de maladie du patient** » (29).

c) Objectifs de l'ETP

Suite à la définition de l'OMS, **A. Deccache** précise les objectifs de l'ETP : « aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sagement possible, et maintenir ou aménager la qualité de sa vie ». Il ajoute « Par ailleurs, l'ETP devrait rendre le patient capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de façon optimale sa vie avec la maladie » (29).

Deux grandes finalités émises par la **Haute Autorité de Santé (HAS)** sont à retenir concernant l'ETP. Elle participe à l'amélioration de la santé du patient (biologique, clinique) et à l'amélioration de sa qualité de vie et à celle de ses proches (30).

Cette instance ajoute que les objectifs spécifiques de l'éducation thérapeutique sont :

- L'acquisition et le maintien par le patient de **compétences d'autosoins** :

Les compétences d'autosoins* sont définies par l'OMS comme « les décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé » (15).

- La mobilisation ou l'acquisition de **compétences d'adaptation** :

Les compétences d'adaptation* sont définies par l'OMS comme « les compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent aux personnes de maîtriser et de diriger leur existence, et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci. Les compétences d'adaptation s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales » (15).

Les compétences d'autosoins

- Soulager les symptômes.
- Prendre en compte les résultats d'une autosurveillance, d'une automesure.
- Adapter des doses de médicaments, initier un autotraitement.
- Réaliser des gestes techniques et des soins.
- Mettre en œuvre des modifications à son mode de vie (équilibre diététique, activité physique, etc.).
- Prévenir des complications évitables.
- Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie.
- Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.

Les compétences d'adaptation

- Se connaître soi-même, avoir confiance en soi.
- Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress.
- Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique.
- Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles.
- Prendre des décisions et résoudre un problème.
- Se fixer des buts à atteindre et faire des choix.
- S'observer, s'évaluer et se renforcer.

Figure 2 : Liste des compétences d'autosoins et d'adaptation – HAS

L'HAS précise que les modalités d'acquisition de ces compétences doivent être considérées avec souplesse par les patients et les soignants, et tenir compte des besoins spécifiques de chaque patient.

d) Déroulement de l'ETP

Après avoir proposé puis intégré un patient (selon le critère de maladie chronique énoncé plus-haut) dans un programme d'ETP existant, une coordination des acteurs de santé se met en place, acteurs qui graviteront autour de ce patient. Ensuite, l'ETP se met en place avec le patient avec son accord par la planification.

La démarche d'ETP se planifie en 4 étapes.

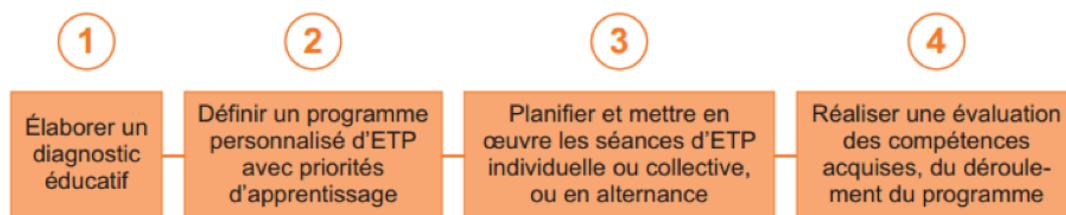


Figure 3: Les quatre phases de l'Education thérapeutique du patient – HAS

1) La première étape, le **diagnostic éducatif** est « un temps essentiel de clarification des intentions et des rôles de chaque partenaire. Il contribue à aider les patients à s'autodéterminer et à renforcer la dimension éducative du soin » (31). Elle permet aussi « de connaître le patient, identifier ses besoins, ses attentes et sa réceptivité à l'ETP » (30).

2) La deuxième étape constitue **l'alliance thérapeutique**, où le soignant et le patient se mettent d'accord sur ce qu'ils vont faire. Ils formulent les compétences à acquérir au regard du projet du patient et de la stratégie thérapeutique.

3) La troisième étape est la **sélection** du contenu du programme d'ETP, des méthodes et techniques d'apprentissages puis la **réalisation des séances éducatives**. Elles peuvent être individuelles ou collectives.

4) La quatrième et dernière étape est **l'évaluation** avec le patient du cheminement parcouru. Il est fait le point avec le patient de ce qu'il sait, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire et appliquer et ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir.

A chacune de ces étapes, la personne atteinte de maladie chronique est **actrice**. Le soignant est vigilant à s'accorder avec le patient, à réfléchir et prendre des décisions avec lui.

e) Les conditions à réunir pour pratiquer l'ETP

Il est important de distinguer plusieurs niveaux de pratiques :

- « **l'état d'esprit ETP** » qui correspond aux grands principes en jeu en ETP. Les soignants se sentent en accord avec cet accompagnement éducatif.
- « **la posture ou l'attitude éducative** » qui correspond déjà à une manière d'être en relation avec les patients. La disponibilité, l'ouverture, l'humilité des soignants en sont des exemples.
- « **les pratiques éducatives** » qui correspondent aux pratiques d'éducation de la démarche en 4 étapes.
- « **les différentes composantes de l'ETP** » : sensibilisation, information, apprentissage, soutien psychosocial. Ce sont des composantes intégrées aux pratiques

éducatives. Elles ne s’inscrivent pas forcément dans un programme d’ETP validé et autorisé par l’ARS

- « **les programmes d’ETP** » qui correspondent à une organisation bien définie des pratiques éducatives. Des critères de qualité précis ont été définis en 2010 (loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoire » **HPST**) : l’équipe doit être pluridisciplinaire avec au moins 1 médecin impliqué ; des temps de coordinations sont prévus ; les éducateurs doivent tous être formés aux 40 heures en ETP etc. Un cahier des charges présente l’ensemble de ces critères pour autoriser un programme.

➤ Equipe pluridisciplinaire *

D’après **B. Hinnekens**, éducatrice, travaillant depuis 30 ans dans le domaine de l’arriération mentale, citée par J. Wacquez, il faut distinguer **pluri et transdisciplinaire**.

Elle définit la **pluridisciplinarité** par une équipe d’ « intervenants (éducateur, logopède, kiné, psycho- motricien, médecin généraliste ou spécialiste, psychologue, assistant social, infirmier, **pharmacien** etc.) qui travaillent chacun avec leur bagage. Ils partagent leurs observations et leurs moyens d’interventions. Ils transmettent et apportent un savoir. » (8). Dans la **transdisciplinarité**, ces mêmes intervenants « partagent leur vécu en accueillant la parole de l’autre comme source de recherche, de questionnement. » (8).

« Les **compétences soignantes** » requises pour dispenser et coordonnées l’ETP, décrites dans des décrets et arrêtés du ministère des solidarités et de la santé (32), (33) et dans les tableaux ci dessous :

A - Compétences techniques	B - Compétences pédagogiques et relationnelles	C - Compétences organisationnelles
A1 - Compétences liées aux connaissances techniques et biomédicales → Orienter les patients vers des sources fiables d’information → Tenir à disposition des patients les informations liées à la maladie et au traitement → Tenir à disposition des patients les informations en fonction de leurs particularités	B1 - Compétences liées à l’écoute et la compréhension → Pratiquer l’écoute active et bienveillante → Pratiquer l’empathie → Comprendre les ressorts psychologiques des personnes	C1 - Compétences liées à la prise de recul et à l’évaluation → Se questionner et délimiter son rôle → Apprécier pour ajuster
A2 - Compétences liées aux techniques de gestion et d’information → Renseigner les outils de suivi et d’organisation	B2 - Compétences liées à l’échange et l’argumentation → Echanger et informer → S’accorder et convenir de l’action à mener → Construire des partenariats	C2 - Compétences liées à l’organisation et la coordination → Planifier les actions liées à l’ETP → Coordonner les acteurs → Conduire un projet
A3 - Compétences liées à la pédagogie (méthodes, techniques, outils) → Utiliser des techniques et des outils pédagogiques → Choisir et adapter les méthodes aux différents publics	B3 - Compétences liées à l’accompagnement → Construire une relation de confiance → Co-construire un projet → Construire une alliance thérapeutique	C3 - Compétences liées au pilotage → Évaluer/prioriser
A4 - Compétences liées à la prise en compte de l’environnement → Mesurer des enjeux → Situer l’environnement lié à l’ETP → Réaliser une veille liée à l’ETP	B4 - Compétences liées à l’animation et la régulation → Construire une alliance thérapeutique → Favoriser l’interactivité → Favoriser les apprentissages mutuels → Optimiser la production au sein d’un groupe	

Tableau 1 : Référentiel de compétences pour dispenser l’ETP

INPES

R.Raymond au cours de ses travaux de thèse pour son doctorat de science de l'éducation propose dans sa thèse (2) un modèle à 4 volets de compétences incluant la **compétence émotionnelle** que l'on retrouve dans le tableau suivant :

Nature de la compétence	Type de compétence
Compétences techniques	Compétences liées aux connaissances techniques et biomédicales
	Compétences liées aux techniques de gestion et d'information
	Compétences liées à la pédagogie (méthodes, techniques outils)
	Compétences liées à la prise en compte de l'environnement
Compétences pédagogiques et relationnelles	Compétences liées à l'écoute et à la compréhension
	Compétences liées à l'échange et à l'argumentation
	Compétences liées à l'accompagnement
	Compétences liées à l'animation et à la régulation
Compétences organisationnelles	Compétences liées à la prise de recul et à l'évaluation
	Compétences liées à l'organisation et à la coordination
	Compétences liées au pilotage
Compétences émotionnelles★	Compétences liées à l'identification des émotions
	Compétences liées à la maîtrise des émotions



Compétences modélisées par **R.Raymond**

Tableau 2: Proposition de référentiel de compétences pour dispenser l'ETP

f) Développement de l'ETP

Des leviers d'actions et des pistes de développement de l'ETP ont été proposés lors du colloque intitulé « Accompagnement et éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques : Quels enjeux ? Quelles perspectives de développement ? » organisé par la **Société Française de Santé Publique (SFSP)** en juin 2008 (34).

- La **formation** à l'ETP : les **pratiques** formatives et les **enjeux** de la formation
- Le **financement** de l'ETP : en ville et à l'Hôpital
- L'**organisation** et **évaluation** de l'éducation thérapeutique : dispositif d'appui

g) Le rôle et la place du pharmacien d'officine dans l'ETP

Le terme thérapeutique dans ETP ne peut laisser le pharmacien indifférent.

En effet, un des objectifs de l'ETP cité précédemment est de rendre plus autonome le patient dans divers champs et notamment sur son traitement et l'observance* de celui-ci sur le long cours. Le pharmacien est le soignant de référence de la thérapeutique. Ainsi c'est un intervenant clé de l'ETP.

- * Observance L'observance est un comportement, c'est-à-dire l'acte de suivre le traitement prescrit. Il s'agit de la partie visible, objectivable et mesurable de cette pratique de soin. Pour évaluer l'observance, il existe des méthodes directes et indirectes (35).

Les pharmaciens hospitaliers, cliniciens, eux ont pris leur place dans les programmes d'ETP, retrouvés dans certains services hospitaliers ou encore de réseaux.

Les pharmaciens d'officine quant à eux, ont aussi toute leur place dans les programmes d'ETP. La loi du 21 juillet 2009 HPST a formalisé le rôle clé du pharmacien en matière d'éducation sanitaire, en déclarant notamment que les pharmaciens d'officine « peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients »(36).

Néanmoins la question sera aussi de savoir comment impliquer concrètement les pharmaciens d'officine et sous quelles conditions.

Il est rappelé ici à nouveau le rôle du pharmacien à multiple facettes dans ce cadre : sensibiliser et informer, promouvoir la prévention et le dépistage, aider le patient à la compréhension de sa maladie et de ses traitements, promouvoir le bon usage du médicament, notamment pour ceux nécessitant une technique d'administration particulière, aider le patient dans l'apprentissage de l'auto-surveillance de sa maladie.

h) Le lien étroit entre éducation thérapeutique et accompagnement

En conséquence, l'éducation thérapeutique s'affirme comme un réel accompagnement du patient par les équipes soignantes, dans le développement des compétences du patient pour renforcer sa capacité à gérer et vivre avec sa maladie.

A.1.4. L'Accompagnement du patient

a) Etymologie

La sémantique même du verbe « accompagner » est intéressante. Issue du latin, ac-cum-pagnis, ac(vers), cum(avec), pagnis(pain), signifiant ainsi à la fois « être avec » et « aller vers ».

Par conséquent, l'accompagnement propose une double dimension de **relation** et de **cheminement**, sur la base d'une valeur symbolique, celle du **partage**. L'accompagnement dans le soin est intimement lié à l'éducation du patient et plus encore dans l'ETP. En effet, éduquer et accompagner sont deux démarches vécues très souvent simultanément (34).

L'accompagnement du patient se retrouve surtout dans le **soutien psychosocial**, une approche globale. Il existe également un accompagnement éducatif qui vise à renforcer les ressources et lever les freins des patients à l'apprentissage.

L'accompagnement suppose l'engagement réciproque de la part du soignant et du soigné. C'est être avec le patient, à ses côtés, dans l'apprentissage, le suivi de sa santé. La philosophie de l'accompagnement du patient a été bien décrite dans les situations de fin de vie en unité de soins palliatifs, situations où la médecine rencontrait ses limites à l'intervention médicale conventionnelle.

b) L'accompagnant

L'accompagnant peut être éducateur comme soignant.

L'accompagnant « ne fait pas le chemin de la personne... ». Il cherche à connaître l'accompagné par l'observation, et l'évaluation. Il suggère des pistes, il alerte, il prend en compte le temps, il entretient le sens, il veille sur la motivation de l'accompagné (37). Dans le soin, l'accompagnant laisse le patient décider où il veut aller quel que soit le chemin choisi.

Ainsi l'accompagnant apporte : « de l'écoute, des méthodes, des points de vue » à l'accompagné (37). C'est en effet, l'attitude et la démarche que l'on peut retrouver dans l'ETP.

c) Le pharmacien, un « compagnon de santé » pour le patient

L'Accompagnement du patient par le pharmacien à l'officine s'opère à tout âge, dans toutes les situations de vie, pour toutes personnes quelles qu'elles soient :

- Des maux aigus ou « de saison » à la pathologie lourde et chronique.
- Dans les situations extrêmes de la vie l'accompagnement de futurs parents ou l'accompagnement d'un patient en fin de vie et ses proches

Par ailleurs, le pharmacien « doit faire preuve du même dévouement envers toutes les personnes qui ont recours à son art », directive provenant de l'Art.4235-6 du code de déontologie des Pharmaciens (10).

A.2. Les composantes de l'éducation et de l'accompagnement du patient

On retrouve de multiples composantes telles que **l'information, la sensibilisation, la prévention**, définissant ensemble l'éducation, à la fois dans l'EPS, l'ETP et l'accompagnement du patient.

En revanche, chacune de ces composantes, seule ne définit aucunement une éducation thérapeutique du patient. Ceci est rappelé par l'HAS : « une information orale ou écrite, un conseil, un message de prévention, peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions (par exemple lors d'une consultation, d'un acte de soins, de la délivrance de médicaments, d'un séjour en établissement de soins, de l'installation d'un matériel de soins, etc.), mais n'équivalent pas à une éducation thérapeutique du patient» (38).

Dans un premier temps, la description de chaque composante est étudiée selon le système de couple « verbe/terme ». Les définitions proviennent du CNRTL (39).

Puis dans un deuxième temps, pour éclairer ces composantes, nous les illustrerons simplement avec l'exemple suivant : le cas de comptoir d'un patient avec une lombalgie aiguë ou Lumbago. Le patient a consulté et a reçu une ordonnance avec un traitement antalgique.

La présentation du contenu de l'ordonnance est très simplifiée : ici, les médicaments sont prescrits en Dénomination Commune Internationale (DCI). Par ailleurs, les doses exactes et les posologies importent peu dans cette mise en situation. Ce qui nous intéresse ici c'est la démarche éducative du pharmacien usant de ces composantes les unes imbriquées dans les autres.

Traitement de fond : Kétoprofène Libération prolongée (LP) 2 prises par jour matin et soir sur 5 jours

Traitement de crise : Paracétamol 3 prises par jours sur 5 jours si besoin.

A.2.1. L'explication et l'information

Les deux composantes sont liées et complémentaires, entre faire comprendre et faire savoir.

*Expliquer : faire comprendre, éclaircir quelque chose par un développement, une démonstration écrite, orale ou gestuelle.

- **L'explication** est donc le développement ou la démonstration que l'on fait.
- Cas de comptoir : Le pharmacien, dans cette mise en situation de douleur lié à un Lumbago, peut expliquer au patient :
 - A quoi servent le kétoprofène (anti-inflammatoire) et le paracétamol (antalgique).
 - Pourquoi la prescription simultanée de ces deux molécules, l'utilité
 - La différence entre le traitement de fond (par le kétoprofène) et traitement de crise (par le paracétamol). Il explique par la même occasion ce que LP signifie vulgairement avec des mots simples.

*Informé : faire savoir, porter à la connaissance quelque chose à quelqu'un, porter quelque chose à la connaissance de quelqu'un.

- **L'information** est donc l'action d'une ou plusieurs personnes qui font savoir quelque chose, qui renseignent sur quelqu'un, sur quelque chose.
- Cas de comptoir : Le pharmacien peut informer le patient concernant sa prise en charge médicamenteuse :
 - De la posologie de chaque molécule et de l'importance de la respecter, anticiper la douleur en cas de crise
 - De la possible survenue d'effet indésirable (EI) concernant le Kétoprofène (Gastrite : acidité de l'estomac augmentée → douleur et « crampes » d'estomac)
De la marche à suivre en prévention d'EI ou en traitement symptomatique en cas de survenue de l'EI (protection gastrique)

Le pharmacien peut par ailleurs informer que la prise en charge de la douleur du patient peut aussi se faire par des techniques et traitements complémentaires tels que :

- La prise de compléments alimentaires et/ou phytothérapeutiques pour les articulations douloureuses par exemple.
- Exemple du port par le patient d'une ceinture lombaire de maintien en phase aiguë.

A.2.2. Le conseil et la discussion

*Conseiller : engager quelqu'un à faire ou à ne pas faire quelque chose, recommander telle ou telle chose ou encore proposer, suggérer à quelqu'un des règles, des principes, des solutions pour conduire son action.

- Le **conseil** est donc un avis donné à quelqu'un pour l'aider à diriger sa conduite

Le conseil est le propre du **service pharmaceutique**. Il comprend l'information et l'explication. De plus, il procure des compétences et méthodes pour que le patient puisse optimiser l'usage et les effets de la médication. L'objectif éducatif est que le patient par les conseils reçus, sache gérer et s'adapter à sa maladie et son traitement. Le conseil du pharmacien permet d'établir une relation de confiance avec le patient (40).

A.2.3. La sensibilisation

* Sensibiliser : rendre sensible, réceptif, attentif quelqu'un à quelque chose.

- La **sensibilisation** est donc l'action, le fait de susciter l'intérêt, la curiosité de quelqu'un sur le résultat de cette action. Elle peut venir toucher la composante émotionnelle/ subjective de la personne.

A.2.4. La prévention

*Prévenir : Aller au-devant d'une chose pour en hâter l'accomplissement ou à l'inverse prendre des précautions pour limiter la portée, les conséquences d'une chose fâcheuse

- La **prévention** est donc l'ensemble de mesures destinées à éviter un événement qu'on peut prévoir et dont on pense qu'il entraînerait un dommage pour l'individu ou la collectivité.

De manière générale le pharmacien joue un grand rôle dans la prévention et la sensibilisation en santé : Campagne de vaccination, de lutte contre les dépendances (« mois sans tabac »), la sensibilisation aux semaines/journées nationales concernant une pathologie donnée etc.

- Cas de comptoir : le pharmacien peut faire de la prévention concernant les récurrences du Lumbago. Cela est possible en fonction du terrain du patient. Il annonce les bonnes pratiques d'activités physiques et d'hydratation par exemple en lien avec la problématique actuelle.

A.2.5. Le soutien psychosocial

*Soutenir : Empêcher (quelqu'un) de défaillir en (lui) procurant des forces

- **Le soutien est donc** l'action d'aider à la réalisation de quelque chose ou d'aider quelqu'un en vue de lui permettre de réussir à mener à bien quelque chose.

Il est question ici dans la relation soignant-soigné du soutien **psychosocial**.

Les facteurs psychosociaux sont décrits dans la thèse d'exercice en médecine sur l'accompagnement psychosocial dans l'éducation thérapeutique de **A. Le Rhun** (16).

Le pharmacien prend en compte, du mieux qu'il peut, certains facteurs tels que les représentations de la santé, les croyances de santé et les paramètres perçus : le stress, le contrôle sur sa santé, la qualité de vie, le soutien social, le sentiment d'efficacité personnel, etc.

- Cas de comptoir : Dans ce cas de douleur aiguë, le pharmacien doit manifester son soutien par son écoute et son empathie. Le pharmacien peut encourager verbalement le patient à exprimer ses préoccupations et ses sentiments quant à sa situation. En montrant son implication le pharmacien aide le patient à être moins anxieux et plus ouvert à l'évolution de son état de santé.

A.3. Les méthodes et outils propres à l'éducation du patient à l'officine

L'usage de méthodes et d'outils est parfois bien défini (à disposition) ou à définir. Cet usage a pour objectif l'apprentissage du patient et permet de s'adapter à ses besoins.

Le pharmacien dans son exercice doit s'approprier et suivre au mieux ces consignes, ces bonnes pratiques, ces méthodes d'éducation.

A.3.1. Les méthodes d'éducation du pharmacien

Le pharmacien peut donc employer de multiples méthodes allant de l'exposé ou conseil isolé (style traditionnel de présentation des informations vu plus-haut), à l'entretien conseil ou encore la démonstration des pratiques techniques.

Voici la description en a) et b) de protocoles, plus ou moins normés, qui néanmoins restent ordonnés et que le pharmacien peut apprendre, prendre pour modèle dans l'idée de pratiquer une démarche éducative de qualité.

- a) La formulation de « l'entretien conseil » avec le patient

Qu'est-ce que **l'entretien conseil** ?

Tout d'abord, c'est ce qui se passe au comptoir. C'est un entretien réalisé avec ou sans délivrance d'ordonnance.

C'est un temps de rencontre et de discussion entre le patient et le pharmacien sur une problématique que le patient « apporte ». Ce n'est pas une leçon unilatérale donnée par le pharmacien. Il y a un échange d'informations, de perceptions, de croyances, de valeurs et d'idées comme n'importe quelle autre conversation entre deux personnes (40).

Ainsi pour un entretien conseil de qualité, il convient de respecter **5 grandes phases formelles**, comme décrites par **M. Rantucci**, auteur du livre le dialogue pharmacien-patient (36) :

- 1) La discussion d'**accueil** :

C'est l'introduction, la présentation personnelle, l'échange de phrases banales possibles, Le pharmacien explique le but de l'entretien de conseil.

- 2) La discussion pour recueillir les **renseignements** et préciser/identifier les **besoins** :

Le pharmacien s'adapte entre nouveau patient/patient connu, nouvelles prescriptions /renouvellement de prescription et demande ouverte/automédication.

Il se renseigne sur l'historique de traitement médicamenteux du patient (voir usage du DP dans les outils), ce que le patient connaît déjà sur le traitement, les problèmes potentiels...

- 3) La discussion pour établir le **programme** de prise en charge et résoudre les **problèmes**

Le pharmacien recueille du patient les problèmes existants et les problèmes potentiels. Ils se mettent d'accord sur les alternatives. Ils définissent un programme de prise en charge autour de la demande. C'est ce que l'on pourrait appeler le « service pharmaceutique ». Un échange autour des objectifs et de la surveillance de l'état de santé est aussi nécessaire.

- 4) La discussion pour dispenser l'information et **éduquer**

Pour cette quatrième partie, comme la partie 2 cela dépendra de la situation du patient. Est-ce pour une nouvelle prescription, un renouvellement de prescription ou des médicaments non prescrits ?

- 5) La discussion de fin, de **conclusion**

Le pharmacien récapitule, fait éventuellement reformuler le patient. Il pose ses dernières questions, tente d'obtenir un retour. Il confirme aussi la surveillance de suivi.

Cela s'apparente de près aux 4 phases de la démarche éducative de l'ETP décrite plus-haut.

b) La Démarche A.C.R.O.P.O.L.E :

Cette méthode concerne plus précisément l'accueil du pharmacien ou le « service pharmaceutique » des patients sans ordonnance. Pour autant elle s'applique dans tous les cas. Elle est complémentaire à la méthode a) et donc imbriquée dans l'« entretien conseil » décrit plus-haut par **M. Rantucci**.

L'acronyme **ACROPOLE** pour **A**ccueillir, **C**ollecter, **R**echercher, **O**rdonner, **P**réconiser, **O**ptimiser, **L**ibeller, **E**ntériner.

Cette méthode, d'après **T. Wable**, enseignant sur la communication pharmacien-patient à la faculté de pharmacie de Rouen doit « permettre au pharmacien d'ajuster sa démarche et sa communication à un patient précis selon ses besoins, ses attentes. Il peut utiliser tout ou partie de cette méthode, qui reste flexible » (41).

c) La démonstration pratique de techniques

Cela concerne les médicaments ou dispositifs médicaux qui exigent une technique d'administration particulière.

Dans ces cas-là, la démonstration par le pharmacien est une démarche importante et nécessaire. C'est une méthode d'éducation qui peut avoir lieu au comptoir ou bien encore lors d'un temps d'éducation plus approprié, tels que les Entretiens Pharmaceutiques (EP), par exemple, lors d'EP Asthmes (cf partie B.2).

Le pharmacien doit garder à l'esprit que c'est une méthode primordiale d'éducation du patient à l'officine. La démonstration reste simple d'application, si et seulement si, le pharmacien reste à jour et formé sur les techniques actuelles d'usages des dispositifs.

Exemples avec différents cas pathologiques ou physiologiques :

Tests – Dispositifs – Appareils	Cas patients
Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) et appareils d'automesure	Test capillaire d'évaluation de la glycémie pour les patients diabétiques
Autotest	Test de dépistage du VIH par exemple
Dispositifs médicamenteux d'inhalation, matériel d'aérosolthérapie, spiromètre	Dépistage et le traitement des affections respiratoires type Asthmes, Broncho-pneumopathie (BPCO) ou encore Mucoviscidose
Appareil à tire-lait	Pour la mère allaitante

Tableau 3 : Exemples de démonstration d'appareil en fonction du cas patients

L'illustration ou la démonstration de ces appareils de mesure, qu'ils soient curatifs ou préventifs, s'effectue consciencieusement par le pharmacien au comptoir dès la première délivrance. Cependant, il est préférable de renouveler par principe cette démonstration lors du renouvellement de l'ordonnance. Le pharmacien s'adapte au réel besoin du patient, en ajustant ses explications et démonstrations. En effet, le patient exprime parfois son besoin de consolider son apprentissage et donc d'en revoir la technique et l'usage. Le pharmacien s'y adapte.

Par ailleurs, le pharmacien se doit de placer le mieux possible le patient au centre de la démonstration, de la « prise en main » du dispositif, en lui donnant l'occasion de pratiquer la technique. Ainsi, il lui offre la possibilité d'être acteur pour améliorer sa santé.

En effet, le patient par ce biais intègre, apprend « en action » et par conséquent acquiert simultanément des compétences d'auto-soins. C'est l'un des objectifs de l'ETP. L'étude réalisée en 1987 par le département de médecine familiale et l'université d'Ontario au Canada avec l'usage d'inhalateurs doseurs placebo a en effet confirmé ce postulat et donc l'intérêt de solliciter le patient (42).

Selon **M. Rantucci**, « cette approche clarifie les procédures, puisqu'elle est plus facile à suivre qu'une instruction verbale seule » et elle ajoute que si « l'on donne l'occasion au patient de pratiquer une technique, il peut alors acquérir la compétence qu'elle exige » (40).

A.3.2. Outils pour l'éducation du patient par le pharmacien

Les outils, quels qu'ils soient, sont conçus pour apporter une aide, un nouveau schéma de pensée tant pour le pharmacien que pour le patient. Les outils sont indispensables à la démarche éducative.

Le pharmacien peut donc, comme tout autre soignant, prendre support sur des outils pour éduquer le patient. Ils ne sont pas toujours connus, ni recherchés si le pharmacien n'est pas sensibilisé à cette façon de travailler. Il faut savoir saisir l'occasion de présenter l'outil pédagogique.

Le patient quant à lui saura où et sur quoi se référer pour intégrer les nouveaux savoirs et les nouvelles compétences dont il a besoin pour gérer son traitement et sa maladie.

❖ **Outils avec supports audiovisuels**

Usage de supports vidéo ou de diapositives

L'exemple et le cas des cartes situations employées par les pharmaciens cliniciens/hospitaliers dans les programmes d'ETP

- La Carte situation nommée **Xavier** :

C'est un **outil d'éducation du patient** sur l'observance des médicaments antirejet principalement. L'usage de cet outil se fait dans le cadre du programme ETP du patient nouvellement greffé cœur et/ou poumons de l'Unité de transplantation thoracique UTT du CHU Laennec de Nantes (*Connaissance et usage professionnel*)

❖ **Outils avec supports papiers**

Comme pour le support visuel, l'idée est de laisser une trace écrite à laquelle le patient peut se référer.

- **Plan de posologies**

C'est un plan de recommandation proposé au patient. Il est construit en fonction des médicaments à prendre que ce soit par voie orale ou non. Il permet donc de guider et d'éclairer le patient sur la posologie de son traitement, mais aussi sur l'indication, le mode d'administration, les précautions d'emploi et toutes autres données jugées utiles par le pharmacien et le patient. L'objectif étant que le patient puisse se l'approprier au quotidien et tende à la correcte observance thérapeutique de son traitement.

- **Carnet de bords**

Ils sont à destination de patients atteints de pathologies chroniques, par exemple le carnet de suivi des médicaments anticoagulants Antivitamines K (AVK) crée et édité par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et par la Fédération française de cardiologie et par le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française. Le pharmacien doit penser à le proposer dès l'instauration du traitement ou pendant le traitement.

D'autres carnets de bord existent, par exemple sur le diabète (la surveillance glycémique), sur l'hypertension artérielle ou encore la migraine (la notification des crises migraineuses).

- **Jeu pédagogique**

Il existe des jeux pédagogiques qui sont outils utilisés pour l'éducation thérapeutique du patient. Ils sont très souvent retrouvés dans des programmes hospitaliers d'ETP. Concernant l'officine, des jeux pédagogiques pourraient aussi être utilisés.

Soit ici, deux exemples d'outils créés et réalisés au cours des travaux de thèse de doctorat en pharmacie :

Concernant l'ETP du patient avec une maladie cardiovasculaire

- Comment impliquer le pharmacien d'officine dans l'éducation thérapeutique du patient atteint d'insuffisance cardiaque ? Création et diffusion d'un outil de diagnostic éducatif - Fanny Simon, Nantes (2014)

Concernant les entretiens pharmaceutiques proposés pour les patients asthmatiques

- Les entretiens du pharmacien avec son patient asthmatique : un jeu qui enseigne
Claire Favreau, Nantes (2017)
- **Flyers pédagogiques / Flyers d'informations**

Cela vient, bien sûr, en supplément des notices nécessairement associées au médicament ou produit de santé conseillé ou délivré.

- **Piluliers proposés en milieu hospitalier et en pharmacie d'officine**

Lorsque le traitement est conséquent, l'usage d'un pilulier ajusté, simple d'utilisation, est parfois nécessaire. De ce fait, le choix du modèle doit être orienté par le pharmacien en fonction du réel besoin du patient.

Il est vrai que le traitement sera préparé par le patient lui-même bien souvent ou bien l'infirmier.

Au fil des années, l'officine développe ses moyens techniques et se dirige de plus en plus vers les objets de santé connectés.

A.3.3. La communication interpersonnelle Pharmacien-patient

La communication interpersonnelle est un moyen d'éduquer. En effet, on la retrouve à chaque étape de l'éducation et pour chaque composante de l'explication à l'approche psychosociale des patients. La communication interpersonnelle dans la relation pharmacien-patient :

Les capacités en communication sont les suivantes : faciliter l'expression, ne pas anticiper les réponses, employer un langage flexible, contrôler son langage non verbal, savoir écouter. L'écoute active se décompose en trois éléments : prêter l'attention, vérification de la perception et le feed-back (43).

Cette attitude communicative permet la fidélisation de la clientèle, patientèle de la pharmacie d'officine (44).

A.3.4. La posture et attitude éducative

C'est dans un sens ce qui permet d'intégrer l'éducation dans sa pratique de professionnel de santé. Cela se résume en un état, une attitude de « respect des valeurs humaines, être dévoué, accepter le patient, être objectif », et faire preuve de patience (43).

Quatre composantes sont indispensables : soutenir, écouter, reconforter, et rassurer.

Des compétences et stratégies doivent être adoptées, travaillées, et acquises : empathie, écoute, et reformulation.

I - B. Définition des missions par la Loi HPST « Hôpital, Patient, santé et Territoire » en 2009 et déclinaison des pratiques éducatives du pharmacien d'officine

B.1 Loi HPST et missions du pharmacien

B.1.1. Ouverture vers l'évolution du métier

Cette loi réforme les missions du pharmacien, en incluant de nouvelles missions relatives à l'éducation du patient, qui implique l'acquisition de compétences, de reflexes et une nouvelle logistique au sein de l'officine.

B.1.2. Descriptifs législatifs des missions du pharmacien relatif à l'éducation et la prévention

La loi HPST, est le texte législatif qui définit à l'article 38, les 8 grandes missions qui incombent au pharmacien d'officine dans le système de santé en France (36).

Parmi ces missions, il est décrit les missions rattachées à la démarche éducative du pharmacien décrite ci-avant et nous retiendrons les suivantes :

- Prévention des maladies, traumatismes, incapacités, amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et dépendantes,
- L'information et l'éducation à la santé de la population et organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires,
- L'identification et la réduction des risques liés à des facteurs d'environnement, de conditions de travail de transport, d'alimentation,
- L'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps.

Le décret n° 2018-841 du 3 octobre 2018 relatif aux conseils et prestations pouvant être proposés par les pharmaciens d'officine dans le but de favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes, précise les actions de suivi et d'accompagnement pharmaceutique et la participation à la coordination des soins en collaboration avec l'ensemble des professionnels de santé.

B.2. Déclinaison des pratiques éducatives sur la base des missions identifiées du pharmacien

B.2.1. Acte pharmaceutique de délivrance avec conseils associés

C'est la délivrance de l'ordonnance selon les bonnes pratiques de dispensation, les composantes et méthodes d'éducation décrites plus-haut. C'est l'acte au cœur du métier du pharmacien.

B.2.2. Action et information en Santé publique

Le pharmacien sensibilise au quotidien au comptoir sur des sujets de santé publique divers et variés lorsque l'occasion se présente.

Par ailleurs, des journées ou périodes de sensibilisation organisées par le ministère de la santé sur différents thèmes, aide le pharmacien à délivrer des messages de santé publique. Voici deux exemples remarquables : le mois sans tabac, la journée du diabète.

B.2.3. Entretien Pharmaceutique (EP) et Bilan de médication partagé (BMP)

a) Les entretiens pharmaceutiques

Dans le cadre d'un accord de la convention pharmaceutique n°11 signé par les syndicats de pharmacien d'officine et la **Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)**, le pharmacien peut proposer depuis 2009 un accompagnement thérapeutique aux patients de sa pharmacie, nommé « **Entretien pharmaceutique** ». Les patients éligibles sont ceux avec prescription de corticoïdes inhalés (de plus de 6 mois) dans le cadre du traitement de l'asthme. Ou encore les patients avec la prescription de plus de 6 mois d'un traitement anticoagulant soit d'un Antivitamine K (AVK) soit d'un Anticoagulants Oraux d'action Directe (AOD).

L'EP constitue l'un des principaux moyens permettant aux pharmaciens d'assurer la prise en charge personnalisée et optimale du patient (article 10-2 de la convention nationale). Il doit notamment permettre :

- de renforcer les rôles de conseil, **d'éducation** et de prévention du pharmacien auprès des patients ;
- de **valoriser l'expertise du pharmacien** sur le médicament ;
- **d'évaluer la connaissance par le patient** de son traitement ;
- de **rechercher l'adhésion thérapeutique du patient** et **l'aider à s'approprier** son traitement ;
- **d'évaluer, à terme, l'appropriation par le patient de son traitement**

Depuis le 1er janvier 2018, la rémunération des entretiens pharmaceutiques a augmenté. L'entretien est désormais rémunéré **50 euros la première année d'adhésion du patient** qui correspond à un entretien d'évaluation et au moins deux entretiens thématiques et **30 euros les années suivantes** avec soit au moins deux entretiens thématiques. Pour être payé, le pharmacien devra avoir réalisé l'ensemble des étapes décrites ci-dessus sur une année civile de référence. Chaque étape devra être déclarée via Espace pro. La rémunération perçue pour un patient est limitée à une seule officine, après enregistrement des étapes requises (45).

b) Les bilans de médication partagés

Concernant le **bilan de médication partagé**, cette nouvelle mission additionnelle est initiée depuis novembre 2017 avec le 12eme avenant à la convention pharmaceutique négocié avec la CNAMTS et les syndicats de pharmaciens d'officine. Les BMP sont rémunérés depuis janvier 2018

La HAS définit le BMP comme « une analyse critique structurée des médicaments du patient dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement, en ayant soin d'optimiser l'impact clinique des médicaments, de réduire le nombre de problèmes liés à la thérapeutique et de diminuer les surcoûts inutiles. Cette démarche impose de mettre en perspective le traitement du patient (issu du bilan médicamenteux) en regard de ses comorbidités, d'éventuels syndromes gériatriques, de ses souhaits, et d'outils d'évaluation pharmacologique comme ceux de détection de médicaments potentiellement inappropriés »

Ainsi, il est présenté le BMP comme possiblement un « outil » permettant d'améliorer l'observance des traitements par le patient âgé (éligibilité à partir de 65 ans) et de lutter contre le iatrogénie en ville (elle désigne des effets indésirables provoqués par un médicament, liés à de multiples facteurs comme par exemple : une erreur dans la prise du médicament, une interaction médicamenteuse etc.), et de favoriser la coordination avec les médecins généralistes.

Le bilan partagé de médication peut être réalisé à l'officine dans un espace de confidentialité ou directement chez le patient. Il se compose de **plusieurs étapes, réalisées dans la continuité, indispensables à son efficacité**. La première année on retrouve différentes phases :

1. un **entretien de recueil d'information** en présence du patient : informations générales sur le patient mais aussi ses habitudes de vie et son état physiologique. Il est recensé l'ensemble des traitements par le patient ainsi que la connaissance qu'il a sur son traitement.
2. une **analyse des traitements du patient** suivie d'une transmission d'une synthèse par messagerie sécurisée ou l'intermédiaire du l'intermédiaire du Dossier Médical Partagé* (DMP) au médecin traitant du patient. Dans cette synthèse on retrouve les différentes **propositions d'intervention pharmaceutique**
3. un **entretien « conseil » en présence du patient** : il dure entre 30 et 40 minutes ce qui permet de reprendre les interventions pharmaceutiques réalisés en collaboration avec le médecin traitant.
4. un **suivi de l'observance** environ 6 mois après.

- *Dossier médical partagé : C'est un carnet de santé numérique qui conserve et sécurise les informations de santé d'un patient : traitements, résultats d'examens, allergies etc.

Un **plan de posologie** contenant des conseils hygiéno-diététiques ainsi que des conseils visant à optimiser l'observance est remis de façon systématique. Un **plan d'action médicamenteux** peut être aussi remis. C'est un document centré sur le patient contenant la liste des actions que le patient doit faire pour progresser dans la gestion de ses médicaments. Il s'agit d'un contrat passé entre le patient, son pharmacien et son médecin traitant. Son objectif est de favoriser **l'adhésion** du patient à son traitement (45).

L'année suivante il existe deux possibilités : en cas de nouvelle prescription d'un ou plusieurs nouveaux traitements, il sera nécessaire de réactualiser l'analyse initiale, de réaliser un deuxième entretien « conseil » et d'en assurer le suivi de l'observance 6 mois plus tard.

En cas de continuité du traitement, il sera nécessaire de réaliser au moins deux suivis de l'observance dans l'année.

Dans le cadre du suivi de l'observance, le questionnaire de Girerd sera utilisé. Une comparaison des résultats avec le premier entretien sera réalisée

Voir **Annexe 3** : Test d'observance de Girerd – Sécurité sociale pour l'évaluation de l'observance thérapeutique du patient

La rémunération proposée au pharmacien pour la réalisation de ces BMP est de 60€ la première année (l'entretien de recueil d'information, l'analyse des informations, l'entretien conseil et un suivi de l'observance), 30€ la deuxième année et les années suivantes dans le cas où il existe une modification du traitement ou 20€ dans le cas où il n'y a pas de modification du traitement. Cela comprend deux suivis de l'observance dans l'année.

Voir **Annexe 4** : Fiche mémo entretiens pharmaceutiques de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) mars 2019

Cette Annexe 4 fait une synthèse comparative des pratiques ville/hôpital entre la conciliation médicamenteuse*, les entretiens pharmaceutiques, les bilans de médication.

- *conciliation médicamenteuse est définie par la HAS_« un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts. » Elle est pratiquée par les soignants et pharmaciens hospitaliers mais peut aussi être exercée en ville, au sein de l'officine (45).

Deuxième partie : Objet de la recherche et Problématique

Dans cette deuxième partie, il est question de décrire les points cardinaux à l'élaboration de cette recherche qualitative soit l'exploration, la contextualisation puis la problématisation. Chaque partie est un condensé synthétique et préalable à la formulation de la problématique. Ces points clés s'articulent entre eux, « ils sont imbriqués les uns dans les autres et réagissent les uns sur les autres » (46). Par ailleurs, ils sont les fondements de la méthodologie de recherche voulue pour cette thèse.

II - A. Travail exploratoire

A.1. Exploration : Lancement d'un projet de thèse, recherche de type exploratoire

Interpelée par la communication « pharmaciens-patients » en officine au cours de mes études, j'ai réalisé une première recherche exploratoire à Nantes en 2018 auprès de pharmaciens d'officine concernant leurs besoins en formation sur la communication dans la relation pharmacien-patient.

J'ai réalisé 5 entretiens exploratoires avec des participants constituant un échantillon varié (étudiante en 6^{ème} année, pharmacien titulaire d'officine, pharmacien reconversion industrie/officine, pharmacien retraité, et médecin de santé publique)

Un temps de lancement où j'ai pu d'approfondir le phénomène de la communication pharmacien-patient, en comprendre l'usage et essayer de faire émerger une problématique pertinente. Elle fut la suivante : Quels sont les besoins en formation des pharmaciens d'officine concernant la communication dans la relation pharmacien-patient ?

La 7^{ème} journée Education thérapeutique Diabète à Paris en mai 2018 sur le thème « Communiquer pour éduquer » m'a orientée d'un projet de recherche portant sur la communication interpersonnelle pharmacien-patient vers l'éducation du patient par le pharmacien.

De plus, la participation à des formations continues sur les nouvelles missions du pharmacien concernant principalement la mise en œuvre des BMP (en Mars 2018 et Janvier 2019) et le partage avec le président de la SFPC puis avec un membre du Club des nouvelles missions (rattaché à la faculté de Pharmacie de Marseille) m'ont orientée à réfléchir à la portée éducative du pharmacien auprès du patient dans ses missions.

La dernière phase exploratoire fut le travail de recherche et le mémoire effectué au cours de l'année de thèse sur la pleine conscience dans la relation pharmacien-patient au sein de l'officine. Ce travail encadré par un médecin psychiatre, lui-même très curieux de comprendre ce qui se joue dans la relation, les pratiques éducatives à l'officine, m'a décidé aussi à poursuivre mes réflexions, et à construire ce nouveau projet de recherche.

A.2. Participation et présentation du projet de thèse

Au cours de ce travail de recherche exploratoire, j'ai eu diverses opportunités de présenter et confronter avec d'autres chercheurs le projet de thèse en cours en exposant les différentes questions de recherche.

- ❖ En novembre 2018, à Nantes : Journée nationale de la recherche en éducation thérapeutique du patient, lors d'un atelier où participait Rémi Gagnayre.
- ❖ En mai 2019, à Nice : Journée nationale du GROUM'F qui est un groupe universitaire francophone de recherche qualitative en soin primaire.
- ❖ En Juin 2019, à Nice : Réunion dite « cellule qualitative » à la faculté de médecine pour les internes en médecine générale

Voir **Annexe 2** : Présentation finale lors de la rencontre GROUM'F, Nice - Mai 2019

Propositions de nouvelles pistes de recherches liées aux journées recherches :

- Orientation du sujet vers les missions éducatives du pharmacien d'officine, sujet avec un regard plus concret, actuel qui englobe aussi la communication pharmacien-patient.
- Mettre de côté la part subjective de ce travail de recherche par la rédaction du récit initial
- Choisir l'approche phénoménologique (cf Partie III)

In fine, cette recherche exploratoire a permis la problématisation de cette thèse. Elle a été la première pierre angulaire de la recherche qualitative finale choisie et exposée ici.

II - B. Objet et question de la recherche

B.1. L'objet de la recherche

Ce que nous souhaitons étudier dans ce travail de recherche est **le vécu par les pharmaciens des pratiques des missions d'éducation du patient.**

L'objet de recherche est donc centré sur un protagoniste principal, participant de l'étude : le pharmacien. Il sera dans cette étude considéré comme personne, dans toute sa complexité (cf partie I-C).

B.2. La question de la recherche

Ce que nous souhaitons comprendre dans cette thèse est : « **Comment les pharmaciens vivent-ils leurs missions d'éducation du patient à l'officine ?** ».

Cette question de recherche place le pharmacien comme objet ou phénomène.

Sous un autre point de vue, la question de recherche aurait pu être « Comment les pharmaciens appréhendent-ils ces missions d'éducation (parfois nouvelles) du patient qui leurs sont attribués ? »

Dans cette démarche de recherche, nous orientons nos réflexions vers la compréhension d'un phénomène qui justifie le questionnement « Comment ? » (Voir Partie III- Méthodologie de la recherche sur l'approche phénoménologique).

II – C. Problématisation

C.1. Elaboration, définition et formulation de la problématique

La problématique est la suivante : cette thèse vise à comprendre les freins et les leviers à la mise en œuvre des missions d'éducation du pharmacien d'officine.

C.2. Enjeux de la recherche

Les enjeux sont de mieux connaître les besoins, des attentes pharmaciens et savoir si le développement de l'éducation thérapeutique du patient par le pharmacien d'officine est réellement réalisable en France dans les années à venir.

Il y a derrière cette recherche la volonté de tendre vers la valorisation de la profession du métier de pharmacien, des représentations et des pratiques dans le métier de pharmacien.

Les enjeux touchent tant des aspects de santé publique, d'éducation que des aspects psycho-socio-économiques.

Troisième partie : Matériel et Méthodologie de la recherche

III – A. La Méthodologie de l'étude

A.1. Le type d'étude

A.1.1. Définition de la Méthode

L'étude menée dans cette thèse est **qualitative, inductive et phénoménologique**.

Soit en premier lieu, la définition d'une démarche **qualitative**. La recherche qualitative est définie par Margot Phaneuf, enseignante en recherche infirmier comme « un schéma de recherche qui vise à faire une interrogation globale sur des phénomènes humains complexes afin de comprendre les interactions et les influences internes et externes qui les modifient » (47).

Ainsi la recherche de type qualitative propose l'étude des comportements humains, du vécu, des habitudes et des représentations d'un sujet. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement de ces derniers ainsi que les interactions avec leur milieu.

Ainsi, dans la démarche qualitative, nous partons à la découverte de faits, de sujets. Il y a un temps d'exploration, d'observation puis d'analyse.

Deuxièmement, la recherche qualitative est aussi **inductive** de par son analyse.

Troisièmement l'approche de la thèse est **phénoménologique**. C'est donc l'étude d'un phénomène. On note dès à présent, qu'il y a donc une grande part de subjectivité humaine dans ce qui est étudié.

La phénoménologie vise à l'obtention d'une plus grande compréhension d'un phénomène contemporain dans son contexte.

A.1.2. Choix de la méthode qualitative

Il a donc été choisi cette méthode qualitative pour permettre **d'explorer plus amplement les expériences personnelles des pharmaciens concernant leurs missions d'éducation du patient et ce dans leur contexte de travail**. Par le biais de cette étude, il a été aussi exploré de manière sous-jacente, les comportements et les émotions du pharmacien d'officine à ce sujet (Voir partie IV- résultats et discussions).

Dans cette étude, le champ de recherche prédéfini était les pratiques rattachées aux missions d'éducation du pharmacien d'officine.

Le prérequis avant de se lancer dans l'expérimentation comme dans l'analyse est que l'enquêteur doit suspendre ses acquis, ses *a priori* et ses connaissances sur le sujet.

Afin de ne pas être influencée par les différents auteurs, la revue de littérature sur les missions éducatives des pharmaciens a donc été réalisée après les entretiens et leurs analyses.

A.1.3. Design de l'étude

Pour procéder au recueil des données de cette étude, des **rencontres individuelles en face à face chercheur-pharmacien** ont été organisées.

Ainsi, ces **entretiens semi-directifs** ont été réalisés auprès d'un échantillon varié de pharmaciens suivis d'une **analyse qualitative thématique**. Un guide d'entretien a permis à l'enquêteur de poser ses questions ouvertes dans l'ensemble des domaines à explorer (cf annexe).

Un **périmètre spécifique d'étude** a été délimité pour l'organisation de ces rencontres. Le territoire de recherche a été établi sur le département des ALPES-MARITIMES de la Région Sud-PACA.

A.2. La population de l'étude

La population ciblée pour l'expérimentation fut les **pharmaciens d'officine**.

A.2.1. Conditions d'un échantillon varié

- La **variété de l'échantillon** a été recherchée afin d'appréhender les pratiques et les représentations des pharmaciens sur leurs missions d'éducatives les plus variées possibles.
 - ❖ Le **recrutement** des membres de l'échantillon s'est fait par contacts, témoignages, recommandations. Ce que l'on appelle un recrutement par « effet boule de neige ».

- Le statut du participant

Pour cette étude, le participant se devait d'être pharmacien d'officine, tout statut confondu, qu'ils soient pharmaciens titulaires, pharmaciens adjoints ou éventuellement pharmaciens remplaçants.

- La typologie d'officine

Les pharmaciens participants pouvaient travailler dans **tout type d'officine** soit les pharmacies urbaines (de centre-ville, de quartier, de centre commercial), rurales et aussi balnéaires (touristiques).

- Les **pratiques éducatives** du participant

La recherche ne s'est pas portée sur un modèle type du pharmacien d'officine engagé et volontaire dans les missions d'éducation du patient. L'échantillon visait à intégrer à la fois des pharmaciens n'ayant pas de pratiques éducatives et des pharmaciens en pratiquant.

❖ La **limite de l'échantillon**

Dans une recherche qualitative, nous ne pouvons pas définir au préalable le nombre d'entretiens qui seront menés.

Ainsi, le nombre d'entretiens prévus n'a pas été décidé à l'avance, afin de pouvoir arriver jusqu'à saturation des idées nouvelles. L'échantillon de convenance a été réfléchi sur le critère de « **saturation progressive** ». C'est lorsque les idées recueillies deviennent récurrentes, qu'il n'y a par conséquent plus de nouvelles idées qui surgissent et que l'enquêteur peut arrêter ses entretiens. A ce moment-là, il est possible de réaliser de nouveaux entretiens pour s'en assurer (voir Partie IV- Résultats). Ainsi, ce critère de saturation est considéré lors du recrutement et particulièrement lors de l'analyse.

A.2.2. Choix des caractéristiques sociodémographiques

Les critères choisis, jugés importants pour l'étude en question étaient les suivant :

Sexe, Age, Nombre d'années d'exercices (Professionnel/Officine), Formation initiale (Faculté/ Filière/ Option), Formation continue (Master, DU, colloque, DPC), Parcours professionnel (Changement/histoire), Typologie de pharmacie (antérieur / actuelle).

Ces informations ont été recueillies grâce à un **questionnaire de données d'identification du pharmacien-participant**. Ce questionnaire était inclus au guide d'entretien.

Le recueil des données sociodémographiques des pharmaciens-participants a pour objectif de définir et de caractériser l'échantillon puis démontrer sa pertinence (voir Partie IV- Résultats).

A.3. L'outil de l'étude

A.3.1. Définition d'un outil d'observation et d'expérimentation de la recherche

L'**entretien** est l'outil choisi et employé pour cette recherche à démarche qualitative et phénoménologique.

Le canevas d'entretien permet donc de définir le déroulement de chaque rencontre (questions principales et relances).

A.3.2. Choix et caractéristiques de l'entretien

Le guide d'entretien choisi pour cette étude repose sur 4 grandes caractéristiques suivantes, l'entretien est :

Semi-dirigé ou **semi-structuré** : par des questions principalement ouvertes qui appellent le participant à la réflexion.

Individuel : une rencontre individuelle, seul à seul, face à face entre chercheur et pharmacien dans un cadre le plus propice possible.

Approfondi : entrevue longue avec ouverture sur le subjectif du participant en lien avec la démarche phénoménologique.

Evolutif : Il y a toujours possibilité d'adaptation, de modification, d'évolution au fil des entretiens.

A.3.3. Elaboration du guide d'entretien

Voir **Annexe 5** : Guide d'entretien (3 pages CORDE / Données d'identification pharmacien / Trame questions et relances)

C'est suite à la réflexion autour de l'objet de recherche et la problématique que le guide d'entretien a été conçu.

Le contenu de ce dernier suit la trame suivante :

- 1) L'**introduction** permet la présentation brève de l'enquêteur, de l'étude et de remercier le pharmacien interviewé de bien vouloir participer à l'étude. C'est aussi l'énoncé oral des règles du jeu pendant l'entrevue. Elles sont instituées à l'écrit selon la charte CORDE (Contexte Objectifs Règles Déroulement Et question) retrouvée dans l'annexe du guide d'entretien. Il faut valoriser l'importance des retours d'expériences et témoignages personnels, avec l'usage du « Je ». Il est rappelé que cet entretien est anonyme et que c'est ni une évaluation ni un jugement sur le sujet en question. L'enquêteur recueille le consentement du pharmacien à la participation et l'enregistrement audio des données.
- 2) Le **questionnaire de données d'identification du pharmacien-participant** avec plusieurs critères sociodémographiques à remplir par l'enquêteur ou bien effectué par le pharmacien avant l'entrevue.
- 3) Le **canevas** d'entretien

Le canevas d'entretien est focalisé sur les objectifs de l'étude afin d'explorer :

- Le thème principal sur le **vécu des pratiques des missions éducatives (Question 1 : Racontez-moi quelles sont vos pratiques éducatives avec le patient ?)**.
- Les thèmes secondaires sur les facteurs favorisant, les barrières et les émotions à la mise en place de ses pratiques éducatives (**Questions de relances** écrites ou spontanées).

Une attention particulière a été portée sur la rédaction de questions ouvertes, chronologiques, simples, faciles à comprendre.

Toutes les questions du canevas se devaient d'être courtes, neutres et cohérentes. Chaque question comporte une seule idée. Elles ne doivent pas être connotées positivement ou négativement pour ne pas influencer et orienter la réponse. Du fait de la démarche phénoménologique, sans *a priori* ni hypothèse de recherche

Les relances ont permis de reformuler, d'orienter et d'ouvrir à la réflexivité du participant.

III - B. La réalisation de l'étude

B.1. Organisation, recrutement et planification

B.1.1. Organisation

L'organisation et la logistique globale de l'étude ont nécessité la conception d'un retro planning sur une période de 3 mois pour réaliser l'étude.

L'étude est découpée en plusieurs parties, reliées les unes aux autres : le recrutement, l'entretien avec recueil de données quantitatives et qualitatives, la retranscription et le travail d'analyse.

B.1.2 Recrutement

Le recrutement respecte les critères d'inclusions des participants comme décrit plus haut dans la population de l'étude.

Il est effectué de multiples manières par le biais de contacts personnels ou recommandations (canal oral ou écrit). On retiendra principalement une sélection par **l'effet boule de neige**.

A chacun des pharmaciens contactés ou rencontrés, il a été présenté l'étude dans son ensemble (sujet de l'étude, l'objet de recherche et/ou la problématique) en accentuant particulièrement sur la partie expérimentale, l'entretien. L'enquêteur a proposé la participation à l'étude.

B.1.3. Planification de l'étude

Dès lors qu'un pharmacien acceptait d'être participant à l'étude, une prise de rendez-vous était mise en place.

B.2. Recueil des données

B.2.1. Préparation à l'entretien

La préparation à l'entretien par l'enquêteur-chercheur s'est faite de trois manières :

- **Revue de la littérature** sur l'entretien semi-dirigé en recherche qualitative. Deux autres types d'entretiens, motivationnel et d'explicitation, ont permis à l'enquêteur de comprendre les principes et les objectifs d'étude en fonction des entretiens.
- **Conférence** sur les outils d'observation dans la recherche qualitative avec le GROUM'F.
- **Entraînement** sur l'entretien d'explicitation avec un groupe de la faculté d'anthropologie de Nice (en présence d'enseignants-chercheurs et de thésards en sciences-humaines).

B.2.2. Réalisation théorique de l'entretien

a) Conditions d'installation : Lieu, cadre et atmosphère

Lors de la réalisation des entretiens, il était primordial de prendre le temps de se rencontrer enquêteur et participants. Ensuite, il fallait prendre le temps de bien s'installer dans de bonnes conditions, et privilégier le choix d'un lieu calme. Ce qui signifiait de s'installer dans un espace confidentiel et ne pas rester au comptoir, dans le cadre de l'officine.

Il est question d'avoir connaissance de la conduite et des techniques à adopter par l'enquêteur-chercheur avant de se lancer dans les entretiens et à affiner au fur à mesure des rencontres.

b) Attitude de l'enquêteur

Afin de conduire l'entretien avec une démarche souple et naturelle, il est important d'adopter des attitudes d'enquêteur-chercheur adéquates, telles que :

- Attitude de respect vers l'instauration d'un climat de confiance
L'enquêteur fait preuve de bienveillance, d'écoute active, d'ouverture, de tolérance et de non jugement.
- Attitude neutre
Cette attitude nécessite de ne pas exprimer son point de vue, malgré la connaissance du sujet. La posture non verbale doit être neutre, seulement des signes d'acquiescement possibles.
- Attitude flexible
L'enquêteur doit savoir s'adapter, user de tact en gardant sa stratégie pour recueillir toutes les données utiles (exemple : modification de l'ordre des questions etc)
- Etre modérateur des discussions
Il guide et recentre le débat vers le sujet principal. Pour cela, il doit connaître la trame, et les grandes lignes du canevas d'entretien.

c) Techniques de l'enquêteur

Il est fort recommandé à l'enquêteur d'user de techniques de communication interpersonnelle, propre à la guidance d'un entretien semi-dirigé. Ces techniques sont à travailler en amont et pendant les entretiens. Cinq techniques sont à privilégier :

- Contact visuel
Le regard de l'enquêteur est quasi ininterrompu vers le participant.
- Pause active
Une pause de 5 secondes peut encourager d'autres commentaires ou avis. Elle aide à la réflexion.
- Relance
La relance permet l'approfondissement de la réflexion, ou de faire préciser un propos, ou recentrer le débat. Par exemple : « Pouvez-vous préciser un peu plus / me donner un exemple plus concret ? »
- Reformulation
Elle permet d'obtenir la confirmation ou l'infirmité des propos, et d'avancer dans l'entretien.
- Réponse neutre
C'est dire « D'accord, ok, ou oui », mais éviter de dire « c'est bien, excellent, c'est cela ».

d) Outil d'enregistrement des données (orales et visuelles)

Les entretiens sont enregistrés pour assurer leur analyse. Ainsi, pour cela, il a été fait usage d'une application audio du téléphone mobile fiable et de qualité.

Par ailleurs, un carnet de notes nommé aussi « Journal de bord du chercheur » a été utile pendant les entretiens pour permettre une prise de notes sur l'attitude, la communication non verbale. Ce carnet de bord a été utile également pour l'analyse de l'étude.

B.3. Retranscription des données et relecture

B.3.1. Outils informatiques de retranscription

Pour faciliter la retranscription des données audio en données manuscrites une **plateforme de retranscription** Happyscribe* a été utilisée (48).

Les enregistrements ont été retranscrits dans leur intégralité, c'est à dire mot à mot de manière à respecter la liberté d'expression des participants sur le sujet.

B.3.2. Révision des données

Il s'agissait de procéder à une **relecture puis correction** des fichiers Word de chaque entretien téléchargé depuis la plateforme.

La révision concernant l'orthographe, la syntaxe et le sens des phrases. Il a fallu redéfinir la répartition entre texte enquêteur et texte interviewé.

B.3.3. Préparation à l'analyse

L'analyse de l'étude est faite en deux temps, dans un premier temps un travail d'« examen phénoménologique des données d'entretiens » (49), puis dans un deuxième temps un examen thématique et interprétatif.

Pour ce deuxième temps, il est question de l'analyse thématique continue avec une phase interprétative de certains résultats pour « aller au-delà des premiers résultats phénoménologiques avec le souci de résoudre l'intrigue posée par les questions de recherche » (50).

III – C. L’analyse des entretiens

Dans cette sous-partie, il est décrit la méthodologie de l’analyse choisie pour l’étude.

C.1. Choix et description de la méthode d’analyse

C.1.1. Choix de la méthode d’analyse

La démarche d’analyse qualitative retenue pour cette étude est un type d’analyse de données textuelles appelée **analyse thématique de contenu (ATC)**.

C.1.2. Description de l’analyse retenue

L’analyse thématique de contenu vise principalement à découvrir l’information « essentielle » contenue dans un texte. Pour ce faire, de manière pratique, cela consiste à lire un corpus, fragment par fragment pour en définir le contenu en codant selon des catégories qui peuvent être construites et améliorées au cours de la lecture (51).

Ainsi, on parle de **codification** puis de **catégorisation** des données des pharmaciens interviewés de façon à organiser et classer les données collectées.

C.2. Orientations de l’analyse

C.2.1. Caractéristiques de l’analyse

- Approche inductive

Il s’agit d’une méthode **inductive**. En effet, contrairement aux approches classiques hypothéticodéductives, l’ATC est une méthode principalement inductive. Il n’y a donc pas d’hypothèses préalables à vérifier mais simplement un champ de recherche à explorer (17).

- Approche interprétative

L’ATC est par fondement **interprétative** (51).

La question sous-jacente à cette méthode d’analyse est en effet « comment interpréter le contenu des entretiens ? ».

- Approche continue

L’analyse thématique de contenu est par ailleurs **continue**, c’est-à-dire qu’il y a un aller-retour constant, un continuum entre la collecte et l’analyse des données. Elle commence dès les premiers entretiens.

C.2.2. Objet de l'analyse

Il est question de comprendre l'orientation de l'analyse thématique de contenu, celle-ci a pour objet d'analyser « **un projet** » plus qu'un individu.

C.3. Déroulé des opérations analytiques

C.3.1. Cadre temporel

L'analyse thématique et l'expérimentation (entretiens) sont exécutées conjointement. Il est donc dit de l'analyse thématique qu'elle est instantanée et longitudinale.

L'enquêteur commence l'analyse dès les retranscriptions des premiers entretiens effectués. Elle se poursuit au fur et à mesure que les entretiens se réalisent.

L'analyse s'effectue sur des données textuelles. Ainsi il est nécessaire d'effectuer au préalable la retranscription des entretiens audio (données verbales) en texte (données textuelles).

C.3.2. Les niveaux de codage

La création d'une grille d'analyse que l'on peut nommer aussi matrice permet la codification par catégories/thèmes. Cette matrice ou grille d'analyse composée des catégories centrales et sous-catégories a été réalisée à partir du premier entretien. L'analyse est forcément évolutive jusqu'au dernier entretien pour donner le document d'analyse finale.

a) Compréhension globale

Une « **lecture flottante** » de l'ensemble des entretiens a été réalisée plusieurs fois pour bien s'imprégner des résultats. Elle prend en compte également le contexte du participant qui est l'énonciateur.

d) Codage des informations

L'enquêteur devient analyste. Il doit se poser les questions suivantes en parcourant les retranscriptions de chaque entretien (17) :

- De quoi cela parle-t-il ?
- Quelle catégorie ces quelques mots ou phrases indiquent-ils ?
- Quelle propriété de quelle catégorie ces quelques mots ou phrases indiquent-ils ?
- Quel est le problème auquel fait face le participant ?

Le codage réalisé dans l'ATC peut être décrit par ces deux types de codifications :

- La **thématisation** ou codification ouverte : permet un découpage en unité de sens des verbatims (propos verbaux recueillis et retranscrits à l'écrit) avec l'apparition de thèmes.

- La **catégorisation** ou codification axial : fait émerger à partir des thèmes, des catégories plus larges. Elle permet un regroupement des ensembles de sens avec l'apparition de catégories conceptualisantes.

Voir Annexe 6 : Schémas de la démarche d'analyse thématique de contenu (17).

Quatrième partie : Résultats et discussions

Dans cette dernière partie de thèse, il est question de présenter, dans un premier temps, les résultats de l'étude qualitative conduite dans le cadre de cette thèse, puis dans un second temps, de discuter des résultats manifestes. L'objectif final étant d'offrir quelques pistes à ce travail de recherche qui pourrait être poursuivi.

IV – A. Résultats

Les résultats de l'expérimentation sont ici exposés en deux temps, tout d'abord par la description du déroulement des entretiens et de l'échantillon de l'étude, puis par la synthèse de l'analyse thématique des entretiens menés, dans une démarche qualitative.

Au total, **12 pharmaciens** ont été interviewés durant l'été 2019. En effet, la partie expérimentale de l'étude s'est déroulée sur une courte période soit 1 mois et demi, du **13 Juin au 6 Août 2019**. L'étude fut réalisée principalement à **Nice** et dans trois autres villes dans ses environs.

A.1. Description de l'échantillon

L'échantillon final de l'étude fut donc composé de **12 participants**, numérotés par ordre de rencontre de 1 à 12, respectant ainsi le principe d'anonymat de l'étude.

A.1.1. Modalités de recrutement et d'inclusion des pharmaciens-participants

a) Présentation de l'étude et demande d'entretien

Lors de la présentation de l'étude, au premier contact, le participant a pris conscience du temps long à accorder pour mener à bien l'entretien. Sur les 12 pharmaciens, 10 ont exprimé qu'ils accorderaient du temps pour cette rencontre.

b) Inclusion et exclusion

- Participations acceptées et entretiens effectués : 12 pharmaciens
- Refus de participation : 2 pharmaciens sur Grasse et Menton (cause évoquée : malgré l'intérêt, très peu de disponibilité à accorder)
- Non réponse à la proposition de participation : 2 pharmaciens

c) Recommandation

- Sans recommandation : 5 pharmaciens (1, 2, 6, 5, 12)
- Recommandation par un autre pharmacien de l'étude : 5 pharmaciens (3, 7, 9, 10, 11)
+ 2 pharmaciens sans réponse + 2 pharmaciens refus
→ *Effet boule de neige interne*
- Recommandation par d'autres professionnels de santé (kinésithérapeute et médecin généraliste) après échange sur l'étude : 2 pharmaciens (4, 8)
→ *Effet boule de neige externe*

d) Connaissance

- Connaissance : 3 pharmaciens (1, 2, 12)
- Pas de connaissance : 9 pharmaciens (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11)
+ 2 pharmaciens sans réponse + 2 pharmaciens refus

e) Canal de recrutement

- Rencontre de visu : 4 pharmaciens (1, 2, 5, 12)
- Contacts téléphoniques (messages écrits et appels) : 7 pharmaciens (3, 4, 6, 8, 9, 10, 11) + 2 pharmaciens refus + 1 pharmacien sans réponse
- Contacts e-mail : 1 pharmacien (7) + 1 pharmacien sans réponse

A.1.2. Description quantitative des données sociodémographiques

Voir **Annexe 7** : Tableau des données d'identification Pharmacien

Ci-dessous sont présentés les résultats des données significatives recueillies grâce au questionnaire d'identification du pharmacien-participant.

a) Sexe, âge et nationalités des participants

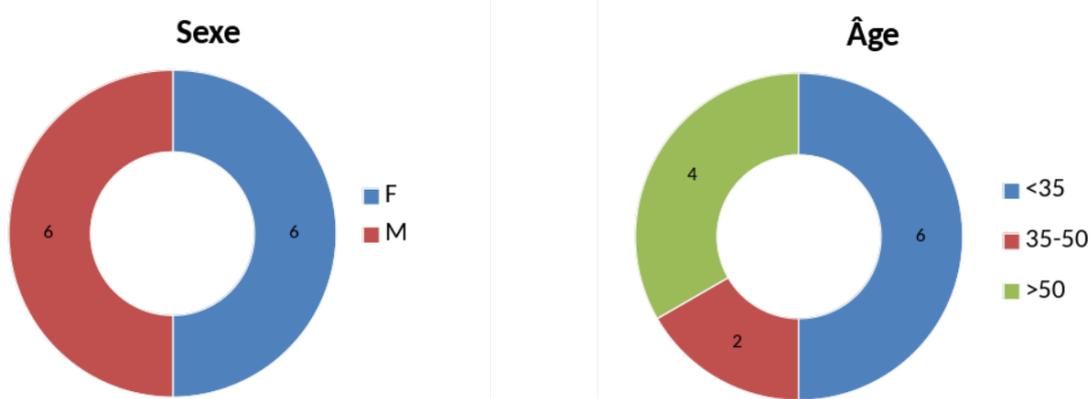


Figure 4 : Répartition de l'échantillon selon l'âge et le sexe

Remarques (R) :

Sur les douze participants, il y a eu autant d'hommes que de femmes.

La moyenne d'âge est de 42 ans. Il est important de signifier que la moitié de l'échantillon est âgé de moins de 35 ans, « échantillon jeune génération ».

Par ailleurs, la **nationalité** du pharmacien-participant est une nouvelle donnée apparue au cours des entretiens (non inscrite sur le questionnaire du guide d'entretien). Ainsi, concernant cet échantillon, sur les 12 pharmaciens, 9 d'entre eux étaient de nationalité française et 3 d'une autre nationalité (italienne, polonaise et lituanienne) respectivement les pharmaciens 9, 10 et 12.

b) Formation universitaire initiale

La formation initiale a été effectuée pour chaque participant essentiellement en France en faculté de pharmacie ; à Nantes (pharmacien 1), à Marseille (pharmaciens 2, 3, 4, 6, 5, 11), à Montpellier (pharmaciens 7, 8) et à Caen (pharmacien 11). Et pour trois pharmaciens à l'étranger ; pays de l'Union européenne, à Milan (pharmacien 9), à Poznań (pharmacien 10) et à Kaunas (pharmacien 12).

De plus, trois pharmaciens parmi les douze ont effectué une année à la faculté de Sciences avant d'intégrer les études de pharmacie ; un pharmacien spécialisé en biologique (pharmacien 8) et deux spécialisés en géologie (pharmaciens 6, 9).

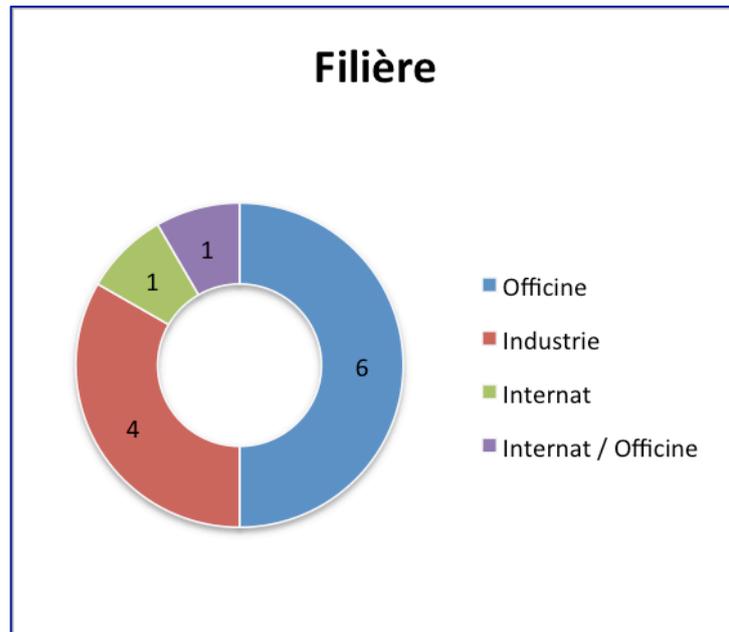


Figure 5 : Répartition du choix de filière dans le cursus initiale de l'échantillon

R : Six pharmaciens parmi les douze, ont choisi la filière **Officine** pendant leur parcours universitaire (pharmaciens 1, 6, 8 et 11) ou suite au diplôme de pharmacien (pharmaciens 10 et 12). Ces deux derniers ont suivi un cursus général durant leurs études et se sont donc orientés vers l'officine une fois diplômés.

Quatre participants ont choisi la filière **Industrie** (pharmaciens 2, 3, 5 et 9) et 2 sur ces 4 pharmaciens ont exercé entre 10 et 20 ans en industrie pharmaceutique (pharmaciens 3 et 9).

Un participant (pharmacien 7) a choisi lors de ses études la filière **Internat** pour devenir biologiste. Il s'est installé quelques années après son diplôme en tant que titulaire en officine.

Un participant (pharmacien 4) a suivi durant son cursus universitaire deux filières **Internat et Officine** soit la préparation au concours national de l'internat puis reconversion vers l'officine en 5^{ème} année de faculté.

c) Formation continue

Tous les pharmaciens-participants de l'étude affirment recevoir, participer et faire de la formation continue.

L'enquêteur-chercheur a fait l'état des lieux des **formations** courtes ou longues tournées spécifiquement vers **l'éducation et les nouvelles missions**, c'est à dire les formations réalisées sur les entretiens pharmaceutiques et/ou les bilans de médication partagés et/ou la formation de 40h d'éducation thérapeutique du patient.

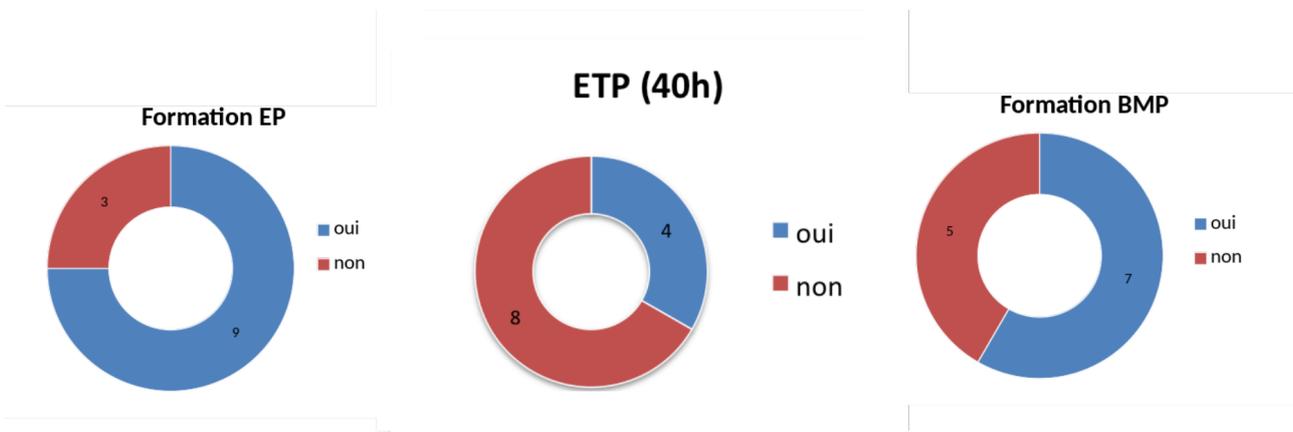


Figure 6: Répartition de l'échantillon selon la formation continue de l'échantillon (EP, ETP et BMP)

R : Il y a neuf participants qui ont reçu la formation aux EP et sept aux BMP.

Il est intéressant de noter que seulement quatre participants ont reçu la formation de 40h d'ETP. Parmi ces quatre participants, deux participants (pharmacien 1 et 4) ont reçu cette formation en formation initiale.

- Le pharmacien 1 a reçu la formation ETP pendant le module de Pharmacie Clinique de 4^{ème} année à l'UFR des Sciences Biologique et Pharmaceutique de l'Université de Nantes. Par ailleurs, il a pu la mettre en pratique au cours d'un stage hospitalier au sein du Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD).
- Le pharmacien 4 a choisi d'effectuer la formation ETP lors de sa 5^{ème} année un DU sur l'ETP du patient diabétique à l'UFR de l'Université de Marseille.

Enfin, deux participants (pharmaciens 3 et 5) ont reçu la formation en ETP en formation continue au cours de Diplôme Universitaire (DU) qu'ils ont choisie. Leurs DU portaient sur les thématiques respectives : la néphrologie, l'ETP généraliste.

d) Nombre d'années d'exercice, poste occupé et typologie actuelle de l'officine

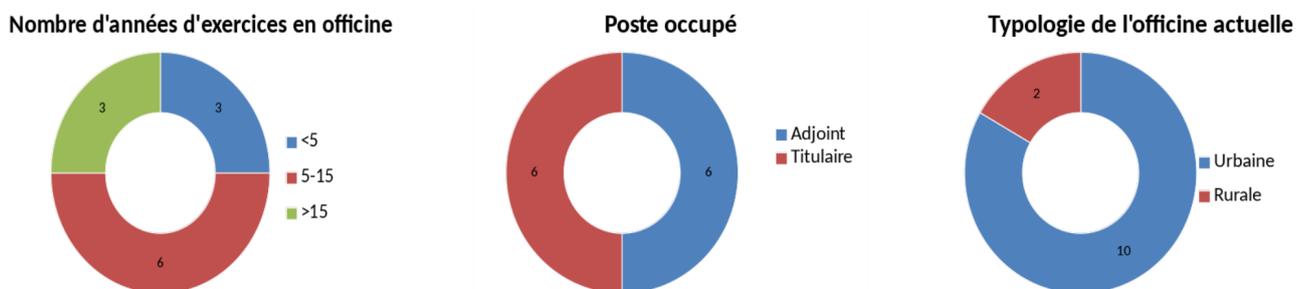


Figure 7 : Répartition de l'échantillon selon les données propre à l'officine

R : Parmi la moitié de l'échantillon, ayant en moyenne 10 ans d'expérience officinale, il y a deux participants (pharmacien 3 et 9) qui ont eu plusieurs années d'expérience dans l'industrie pharmaceutique.

Il y avait autant d'adjoints que de titulaires dans cet échantillon.

A.2. Déroulement des entretiens

A.2.1. Lieu de rencontre et localisation

Le lieu de rencontre fut soit formel au sein de l'officine ou bien dans un cadre plus informel type café (sans voisinage) ou au domicile pour deux participants.

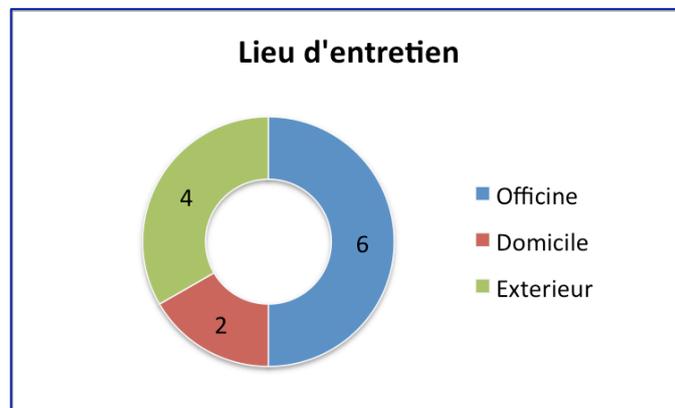


Figure 8 : Répartition de l'échantillon selon le lieu de l'entretien

R : Pour la moitié des participants, la rencontre a eu lieu au sein de l'officine ; dans le bureau du titulaire (pharmaciens 4, 5, 7) ou bien dans la salle de confidentialité (pharmaciens 2, 3, 9).

Pour l'autre moitié, il a été convenu une rencontre à l'extérieur de leurs lieux d'exercice. Soit pour quatre participants (pharmaciens 6, 8, 11, 12) dans une structure type café ou restaurant, ou bien encore pour deux participants (pharmaciens 1 et 10), la rencontre s'est faite à leur domicile.

Le territoire d'étude fut le département des Alpes-Maritimes, et principalement à Nice avec la rencontre de huit professionnels de l'échantillon (pharmaciens 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 10, 12). Bien que rencontré dans cette ville, le pharmacien 10 exerce à **St Laurent-du-Var**, une ville située à environ 10 km du centre de Nice.

Le reste de l'étude se fit dans deux villages: **L'Escarène** (pharmacien 2) et **Le Rouret** (pharmacien 3) situés respectivement à 23 et 27 km de Nice.

A.2.2. Durée de l'entretien

Il était annoncé aux participants dans la trame que l'entretien prendrait 45 min. La moyenne de la durée des entretiens est de 43 min.

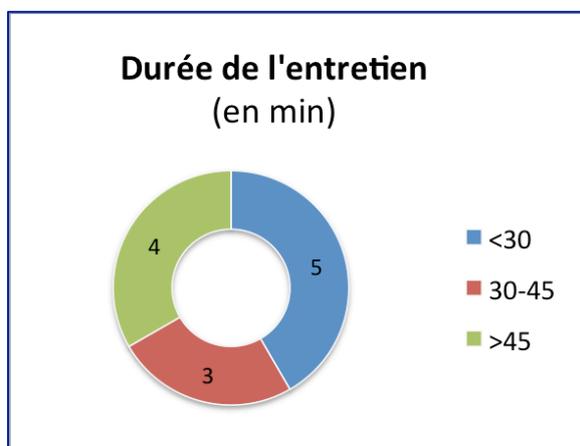


Figure 9 : Répartition de l'échantillon selon la durée de l'entretien (en minutes)

R : A savoir que pour cinq participants (pharmaciens 2, 3, 6, 8 et 11) l'entretien a été réalisé en plusieurs parties.

A.2.3. Gestion du recrutement

La gestion du nombre de participants à l'étude a été faite selon le principe de saturation progressive des profils des participants (cf. description de l'échantillon)

La saturation des idées a été obtenue au bout de 10 entretiens. Deux entretiens supplémentaires ont confirmé cette saturation des données.

A.2.4. Autres caractéristiques des participants

Il est précisé ici d'autres caractéristiques des pharmaciens rencontrés concernant les éléments biographiques, environnement, et parcours professionnel du participant. Les données sont à lire au regard du tableau des données d'identification des pharmaciens-participants.

Pharmacien 1 : Faculté de Pharmacie de Nantes, diplômée en pharmacie en 2016- DU micro-nutrition à Marseille – Adjointe dans une pharmacie de quartier près du port de Nice depuis un an et demi, après plusieurs remplacements.

Pharmacien 2 : Faculté de Pharmacie Marseille filière industrie - Master prévention des risques et des nuisances technologiques en spécialité risque nucléaire - Diplômé en pharmacie depuis 5 ans. Après 6 mois d'exercice officinal, devient titulaire, associé avec sa sœur (formée à l'ETP).

Pharmacien 3 : Faculté de Pharmacie Marseille filière industrie - Master de Management à Dijon et parcours « Young Management Programm » à l'INSEAD - Ancien chef de projet dans une industrie pharmaceutique puis industrie autre – Formation « Oncologie et soins de support » à Paris V / ETP à Marseille – Titulaire d'une pharmacie semi-rurale au Rouret. Transfert de sa pharmacie même village à proximité de la nouvelle maison de santé (été 2019).

Pharmacien 4 : Faculté de Pharmacie Marseille filière Internat puis Officine – Diplômée depuis 2015 – Titulaire d'une pharmacie de quartier Nice Nord Est – un pharmacien adjoint - DU maintien à domicile (MAD)/ orthopédique

Pharmacien 5 : Filière industrie – Poste d'adjoint pendant 26 ans, dont 20 ans dans la même officine urbaine/centre commercial, et titulaire depuis 8 ans pharmacie de quartier - unique pharmacien de son officine.

Pharmacien 6 : Faculté de Science en géologie pendant 1 an – Expérience dans de multiples pharmacies, rurales ou urbaines – adjoint dans une pharmacie de quartier - DU MAD / orthopédie.

Pharmacien 7 : Filière internat – Pharmacie rurale puis urbaine - Titulaire depuis ses 27 ans – un pharmacien adjoint - Parcours d'un an à l'ESSEC Paris - Nombreuses responsabilités associatives (sportives et professionnelles : groupement de Pharmacien et Ordre des Pharmaciens).

Pharmacien 8 : Faculté de Science en biologie pendant 1 an – Expériences dans de grandes enseignes commerçantes – diplômée en pharmacie en 2015 – adjointe pharmacie de quartier et balnéaire - DU orthopédie.

Pharmacien 9 : Faculté de Science en géologie pendant 1 an – Expérience dans une industrie pharmaceutique en Italie pendant 23 ans. Information médicale auprès des équipes soignantes hospitalières. Pharmacien d'officine titulaire depuis 8 ans - 7 ans à Menton associé et depuis 2018 seul à Nice pharmacie de quartier - en travaux de rénovation été 2019.

Pharmacien 10 : Formation en Pologne pendant 5 ans (formation générale et théorique avec un seul stage). Erasmus en 5^{ème} année de pharmacie à Rouen- Sœur pharmacien dans une industrie pharmaceutique en France – venue en France comme jeune fille au pair à Nice. Salariée dans une pharmacie qui emploie une vingtaine de pharmacien. DU orthopédie et formation sur les prothèses mammaires.

Pharmacien 11 : Faculté de pharmacie de Caen et de Marseille. Expérience de 15 ans dans des officines en banlieue parisienne - De nombreux remplacements sur Nice - Représentante niçoise d'un centre de formation privé spécialisé dans la formation continue des pharmaciens depuis 7 ans - DU MAD / Orthopédie

Pharmacien 12 : Formation en Lituanie pendant 5 ans avec avant formation d'infirmière quelques mois, puis école préparateur en pharmacie pendant 1 an – Expérience lituanienne en industrie pharmaceutique familiale (traitement phytothérapeutique) et 4 mois en officine rurale – connaissance de 5 langues dont le russe – pharmacie balnéaire.

A.3. Présentation des résultats qualitatifs de l'analyse thématique de contenu

L'analyse thématique de contenu a été réalisée telle que présentée dans la partie méthodologie III-C.

Voir **Annexe 11** : Analyse thématique de contenu

Les éléments significatifs de l'analyse thématique de contenu sont limités à ceux relatifs à **l'EDUCATION**. En effet, il sera détaillé dans cette synthèse essentiellement les témoignages concernant l'éducation, que ce soit pour **les pratiques, comme pour les leviers, les freins, et les tensions ou l'ambivalence**.

Cette présentation se fait donc sous forme d'une synthèse des résultats les plus remarquables en accord avec notre problématique posée.

Nous présenterons d'abord les pratiques éducatives rapportées par les 12 pharmaciens interrogés, puis les freins et les leviers à la mise en œuvre de ces pratiques, et enfin, les tensions et ambivalences qui ont émergé de cette étude.

A.3.1 Les pratiques éducatives des pharmaciens

Les pharmaciens interrogés abordaient différentes pratiques éducatives formelles, ou informelles.

a) Les pratiques éducatives **formelles**

Il est distingué, les pratiques organisées dans le cadre des entretiens pharmaceutiques et bilans de médication partagés, et d'autres pratiques devenues formelles dans certaines officines.

- ❖ Les plus faciles à identifier étaient **les pratiques éducatives organisées** d'une part au cours des **entretiens pharmaceutiques** et d'autre part au cours des **bilans partagés de médication**. Ces deux dispositifs suivent une trame définie, comme décrit dans la partie I-B.2.

Les entretiens sur les 12 pharmaciens, la moitié d'entre eux ont expérimenté ces entretiens. Deux pharmaciens (Pharmaciens 2, 3) les font régulièrement et les ont inscrits dans leurs habitudes. Certains les ont mis en place, mais cela n'a pas perduré dans le temps (voir freins).

Ces entretiens et bilans sont considérés comme un «deuxième type de pratiques officinales» après le comptoir pour certains pharmaciens. Ils sont proposés et programmés : « Après le deuxième volet de mon métier, c'est le moment où l'on prend plus le temps et où on fait de **l'éducation thérapeutique pure** au moment des **bilans partagés de médication** ou des **entretiens Asthmes, AOD/AVK** » (Pharmacien 2)
« Voilà le deuxième point après le comptoir, **c'est le temps de prise de rendez-vous pour des entretiens pharmaceutiques et Bilan de médication partagé.** » (Pharmacien 4) OU ENCORE « On retrouve très souvent deux cas de figure dans nos pratiques de pharmacien d'officine. Soit le cas d'un **temps de premier recours, de conseil spontané au comptoir**. Ou alors le **cas d'un temps plus long, d'accompagnement et de suivi avec éventuellement des entretiens formalisés et bilan du patient.** » (Pharmacien 11)

Le temps de proposition au patient fait également parti de cette démarche éducative pour que le patient accepte un accompagnement et comprenne l'utilité de ces nouvelles pratiques. Il est exercé avec des arguments propres à chaque pharmacien: «Je leur dis «la Sécurité sociale me demande d'en faire» J'enjolive un peu le truc en disant qu'il y a des pharmacies en centre-ville qui prennent moins le temps pour leurs patients.» (Pharmacien 2)

«Donc en fait on avait fait des **petites fiches qui expliquaient qu'est-ce que sont ces entretiens pharmaceutiques / entretien BPM**. On leur remet alors après c'est à eux de faire le choix. C'est important de leur proposer doucement. On met sur la fiche le tampon de la pharmacie et rdv avec Sophie ou Thibault. On peut prendre leur rdv tout de suite après discussion sur l'intérêt des entretiens pour eux.» (Pharmacien 4)

Le recrutement des patients pouvait aussi se faire : «... par du bouche à oreille d'autres patients ou de professionnels de santé» (Pharmacien 3)

Un temps de proposition et sensibilisation aux autres confrères pharmaciens avec l'élément clé de transfert de rémunération: «J'explique à mes confrères pharmaciens que je croise **que les bilans partagés de médication sont en fin de compte l'objet du transfert de rémunération**.» (Pharmacien 2)

Un espace-temps et un lieu précis sont alors identifiés avec un lieu précis (salle de confidentialité, espace privé) et un temps dédié : « Ces entretiens vont prendre plus de temps, donc je les **planifie**. Je considère les bilans et les entretiens, c'est comme de l'éducation thérapeutique même si on est seul soignant. » (Pharmacien 2).

Les entretiens pharmaceutiques sont réalisés pour des pathologies précises : « L'entretien pharmaceutique est plus spécifique sur certaines pathologies chroniques comme **le diabète, l'asthme, les patients avec un traitement AVK**. C'est un peu plus poussé que lors de la délivrance au patient de son ordonnance. » (Pharmacien 1). Ces entretiens abordent différents thèmes et permet d'expliquer et d'informer sur la physiopathologie:« Tous les thèmes peuvent être abordés (**règles hygiéno-diététique, habitudes de vie, observance du traitement**) et on a plus de temps pour ça. Donc, on va dire il y a peut-être 5/6 thèmes à chaque fois différents selon la pathologie. Et quand je fais le bilan asthmatique, je reprends le questionnaire, je le lis, je fais les thèmes tous à la suite. » (Pharmacien 2).

«Sur des problématiques qui peut être la **neurologie, l'inflammation, l'eczéma, la dépression, l'addiction, les hyperactifs, les risques cardiovasculaires** etc ...» et «Vraiment le champ est très large dans les problématiques de santé abordées. Pour le coup, le questionnement va aborder plusieurs thématiques. « Dites-moi concernant les médicaments ... et puis votre état physiologique et votre environnement, habitudes, votre activité physique, votre qualité de sommeil». Questions et thématiques vont être bien sûr déclinées en fonction des besoins » (Pharmacien 3).

De manière générale, ces pratiques étaient reconnues par les pharmaciens, comme plus formelles et plus complètes que les pratiques réalisées au comptoir : «L'entretien pharmaceutique et les bilans avec le patient pour moi correspondent aux **pratiques éducatives que j'ai au comptoir mais en plus complet**. Mais, en fait, ce **que je fais en global en prenant le temps de l'entretien asthme, c'est un peu un mélange de tout ce que je fais au quotidien**.» (Pharmacien 2)

- ❖ Par ailleurs, certains pharmaciens évoquaient des pratiques identifiées comme devenues formelles au sein de leur officine, telles que:

Un pharmacien utilisait des outils pour sensibiliser les patients comme les dépliants et les réseaux sociaux : « Les **messages de santé publique** donnés par exemple sur les **réseaux sociaux** que ce soit sur les réseaux personnels, ou les réseaux de la pharmacie. Pour nous c'est **Facebook**. Cela fonctionne selon les besoins du moment, la rumeur des gens qui nous suivent, dont on a pas mal de réactions. Et cela peut porter sur des sujets divers et variés; sur l'arrêt du tabac.» (Pharmacien 1)

La Planification sur une période de l'année d'actions ciblées : questions et rappels pour une pathologie donnée ou vague d'activation de DMP qui a pour optique de promouvoir la santé. L'objectif était d'être vigilant à ne pas répéter tout le temps les mêmes messages: «Et après on fait **des périodes dans l'année où l'on rappelle un élément important pour une pathologie donnée**. On s'organise comme ça pour ne pas non plus tout le temps en parler. Par exemple on va se dire pendant un mois toutes les personnes qui viennent avec une ordonnance de diabète. : "Est-ce que vous avez pensé à prendre votre rendez-vous chez l'ophtalmo, c'est tous les ans.» / «On a fait une **vague d'activation du dossier médical partagé**. Nous avons effectué une vague d'activation au moment de la mise à jour des cartes mutuelles en début d'année. Nous informions et avons recueillis pour cela le consentement du patient...» (Pharmacien 2)

Certains pharmaciens réalisaient et proposaient d'autres types de bilans, pas encore reconnus. Ils s'agissaient de bilans et accompagnement en micro-nutrition pour un pharmacien et des bilans de terrain et de suivi en oncologie pour un autre. Dans un autre cas, sont évoqués des problématiques psychologiques ou sociales du patient : «Je réalise des entretiens de **micro nutrition**. Là c'est carrément **individuel et à la demande du patient où l'on peut se retrouver dans une place autre que la pharmacie** pour justement parler et refaire le point sur leur état de santé, **en particulier sur l'alimentation**, mais intégrer aussi la santé globale de la personne, pas uniquement les médicaments (...) Je souhaite **qu'il y ait plus de place pour la micro-nutrition à l'officine**.» (Pharmacien 1)

«Je fais des consultations en **oncologie ou bilans oncologiques**. C'est plus spécifique que le suivi au comptoir et un peu atypique. Par exemple «Je vais avoir une radiothérapie, j'en suis là ...» donc « au moment du rendez-vous, amenez votre dossier précis de suivi...». (Pharmacien 3) ou encore «La pratique éducative **la plus régulière** au sein de mon officine, c'est quand même avant tout le **bilan de terrain**. On travaille, par exemple, aussi sur le terrain avec des outils de bilans bio-nutritionnels.» (Pharmacien 3)

« On est surtout dans la pratique au comptoir mais après quand on voit, **on décèle qu'il y a une difficulté du patient sur un point personnel, administratif, thérapeutique**. Ainsi on a tendance à prendre **des petits rendez-vous** dans la petite salle de confidentialité que l'on a, à l'entrée. **C'est vraiment pour ceux qui le veulent, qui acceptent de prendre un temps privilégié pour communiquer...**» (Pharmacien 4)

b) Les pratiques éducatives **informelles**

- ❖ Différentes composantes éducatives émergent dans les pratiques des pharmaciens

«Mes pratiques éducatives, bonne question effectivement. Elles sont multiples **l'accompagnement, la prévention par le dépistage notamment, la prise en main ou prise de conscience par des mises en scène.**» (Pharmacien 6)

❖ Dans les 12 interviews, nous retrouvons des éléments des **4 composantes des pratiques de l'éducation thérapeutique**:

1) **Informé, expliquer, conseiller pour apporter des connaissances au patient :**

Différents pharmaciens se saisissaient de **certaines opportunités** pour informer, expliquer et conseiller.

Les informations données lors de **l'initiation d'un traitement et/ou de découverte d'une pathologie**. Pour certains pharmaciens, ce sont des occasions pour prendre un temps d'explications plus long : «A l'instauration d'un traitement, à la découverte récente d'une pathologie chronique, je rappelle **les règles d'hygiène à adopter, les gestes, la prise en mains du dispositif médical s'il y en a. Je rappelle aussi au minimum, les concentrations, les dosages, les chiffres si le patient connaît et sait se situer dans les normes.**» (Pharmacien 6)

L'apport d'informations autour du **renouvellement du traitement** était abordé de différentes manières par les pharmaciens. Certains donnaient **systématiquement** des ré-explications, des rappels : « Il y a le volet où **vraiment au quotidien, à chaque délivrance, chaque dispensation d'ordonnance un petit rappel d'éducation qui va par rapport à l'ordonnance.** C'est vraiment le côté où on va mettre **un coup à chaque délivrance**, voilà comme avec le Symbicort* : « **pensez à bien vous rincer la bouche.**» (Pharmacien 2)

«Alors on essaie de faire déjà l'éducation des gens au comptoir par nos «basiques». **Basiquement sur des «petites ordo» toujours un rappel, un conseil associé. C'est un réflexe chez nous.** C'est ce que j'appelle justement les basiques.» (Pharmacien 4)

«La délivrance sur ordonnance, ça vient tellement naturellement je ne sais pas comment je fais vraiment, au feeling, mais **je ne délivre jamais un produit, un médicament sans prodiguer un conseil.** Ça n'arrivera jamais. Mais ça me paraît tellement normal. Ce n'est même pas forcément beaucoup. Ce n'est pas non plus des conseils de sécurité à appliquer à la lettre, ça peut être juste un rappel de posologie.» (Pharmacien 8)

D'autres évoquaient, les **rappels de temps à autres** au patient. Ils les considèrent pour autant importants tant pour le patient que pour l'image du métier (voir la catégorie leviers) :

«Faire des **rappels de temps en temps**, on est plutôt ouvert à ça en tant que pharmacien. Après tout **c'est bien et utile de leur faire une piqûre de rappels sur leurs traitements et sur les appareils** qu'ils utilisent. C'est notre travail et c'est toujours bon de remettre à jour. Par exemple dans l'Asthme, il y a des choses à expliquer entre les appareils où il faut inhaler et ceux où il faut respirer par exemple» (Pharmacien 6)

Les explications concernaient essentiellement l'utilité des traitements, les règles pour bien les prendre et la différence entre traitement de crise et de fond : «Savoir accentuer et expliquer aux patients la différence entre le traitement de fond et le traitement de crise. Ça je le fais au quotidien.» (Pharmacien 2)

Avis des pharmaciens sur ces pratiques de l'information au conseil: Des pharmaciens considéraient faire de **l'éducation par l'information, le conseil** au patient à l'officine:

« Même si notre métier s'oriente sur des missions formalisées d'éducation. On est toujours là, **pharmacien, pour expliquer comment ça fonctionne et pourquoi il faut le faire comme-ci et dans cet ordre-là, etc.**» et «Donc on fait déjà de l'éducation classique comme ça au comptoir. Que ça soit **un conseil sur ordonnance ou un conseil isolé**, c'est tout une démarche éducative, on se met d'accord avec le patient ...» (Pharmacien 4)

«Il s'agit plutôt de **proposer des pistes aux patients, à la personne en face de nous, pour qu'elle prenne mieux soin d'elle-même. Pour qu'elle ait envie de changer des pratiques qui peuvent lui être délétères. Et c'est dans ce cadre-là, l'éducation thérapeutique peut porter des fruits.**» (Pharmacien 11)

Un autre évoquait qu'informer n'était pas à proprement parler de l'éducation thérapeutique mais que cela s'en rapprochait: «Il y a plein de choses que l'on transmet au patient qui font partie **d'une information simple de santé publique ou de l'aide et à la gestion d'une pathologie. C'est vrai que ce n'est pas spécifiquement de l'éducation thérapeutique mais de l'information pour aider le patient à ajuster ses comportements dans la vie quotidienne.**» (Pharmacien 11)

2) Eduquer pour renforcer les compétences des patients

Plusieurs soignants rapportaient des pratiques éducatives concernant notamment les techniques et compétences d'auto-soins: « A l'instauration d'un traitement, à la découverte récente d'une pathologie chronique, je rappelle **les règles d'hygiène à adopter, les gestes, la prise en mains du dispositif médical s'il y en a. Je rappelle aussi au minimum, les concentrations, les dosages, les chiffres si le patient connaît et sait se situer dans les normes.**» (Pharmacien 6). Cas de démonstration des dispositifs d'inhalation dans l'asthme et utilisation du tensiomètre dans l'HTA: «Alors que par contre, au quotidien, **je vais surtout parler et insister la première fois, à l'instauration du traitement.** Ça peut être long et à chaque fois par exemple pour **l'asthme** où je vais parler et expliquer le dispositif médical.» (Pharmacien 2) «Par exemple "la règle des trois ... pour la pression artérielle" **je le fais avec beaucoup de patients à l'officine.**» (pharmacien2). Ou encore démonstration de la technique d'auto-surveillance de la glycémie dans le diabète : « Il voulait qu'on fasse une prise de glycémie ensemble. Je lui ai donc expliqué comment ça se passait. Je lui fais voir le matériel, on l'a fait ensemble c'est à dire je lui fais la démonstration seule, puis il l'a refait tout juste après, derrière moi de façon de voir s'il a bien compris le geste. Il a bien compris aussi s'il est dans les normes ou pas.» (Pharmacien 6).

3) Sensibiliser, questionner pour donner envie de prendre en main son traitement

Certains soignants rapportaient des pratiques éducatives lors d'événements tels la «journée diabète» ou des campagnes préventives: «En éducation pour la santé on retrouve aussi les journées dédiés à une pathologie comme par exemple la Journée du diabète. Occasion où l'on peut facilement **plus sensibiliser** les gens.» (Pharmacien 6). «Après il y a les **campagnes préventives** type anti-tabac où effectivement ça marche pas mal ... Là souvent les patients viennent par eux même demander, chercher leur kit anti-tabac et là c'est l'occasion de **discuter un peu plus sur leur démarche** de sevrage tabagique, dans son ensemble en considérant les dispositifs délivrés en pharmacie, les patches. Les gommes, ces choses-là comme ça marche.» (Pharmacien 6)

Il y a aussi des temps de sensibilisations au comptoir qui peuvent être réalisés à tout moment et régulièrement: «De toutes les façons, cela n'empêche pas que j'essaye de **sensibiliser régulièrement** sans attendre la journée dédiée ». (Pharmacien 6) **OU** «La plupart du temps, les messages de santé publique se font par transmission orale uniquement à l'officine. On ne donne pas forcément de papiers.» (Pharmacien 1)

4) **Soutenir le patient** (accompagnement)

Plusieurs pharmaciens témoignaient de pratiques d'écoute des difficultés et des émotions des patients. Prendre le temps d'écouter la personne a été cité par plusieurs pharmaciens: «**Pouvoir aider le patient éventuellement à se percevoir différemment de ce qu'il se perçoit aujourd'hui**. Il s'agit aussi d'aider le patient dans l'estime de soi, du rapport aux autres (équipe soignante, proches). **Donc d'écouter d'abord le patient de ses craintes, sa propre perception de sa maladie...** de faire un retour ensuite.» (Pharmacien 11) «**La relation compte**, il faut en prendre soin aussi. **J'essaie dans la mesure du possible de prendre le temps nécessaire.**» (Pharmacien 5) «**Si je sens qu'un patient a besoin d'une plus grande écoute, d'une explication plus approfondie** alors là dans ce cas je fais en sorte de lui accorder du temps parfois sur un comptoir plus à l'écart voir dans la salle orthopédique qui est plus confidentielle.» (Pharmacien 10). **Parfois, il s'agit même de véritable accompagnement sur la durée d'une personne. Un pharmacien formé en cancérologie a ainsi accompagné jusqu'au décès une patiente, allant lui amener chez elle ses traitements:** «Autre exemple, ma patiente, décédée il y a un mois et demi, cela faisait 5 ans que je la suivais. Je la voyais ces derniers temps minimum deux fois par mois. On a fait un boulot magnifique pendant 5 ans. Son mari est devenu un proche. Voilà j'étais avec elle, je suis passé pour la dépanner en Durogésic.» (pharmacien 3)

- ❖ Parmi les 12 pharmaciens interrogés, nous retrouvons également des éléments de la **démarche éducative:**

1^{ère} étape: **comprendre le patient**

Certains pharmaciens affirmaient prendre le temps d'écouter pour comprendre les problèmes et les croyances des patients. Certains pharmaciens interrogeaient les pensées magiques, l'effet placebo, les rituels des patients.

Comprendre la demande du patient dans le conseil et dans l'acte pharmaceutiques:

«Mes pratiques éducatives se dévoilent surtout au comptoir dans le conseil simple à un patient. En premier lieu **c'est déjà de comprendre le sens et la raison** de sa venue dans la pharmacie. Et de cibler sa demande et si ce que je lui apporte correspond bien à ce qu'il désire, **de pouvoir répondre à sa demande le plus ajusté possible** [...] Déjà c'est de savoir **si le patient a l'habitude ou pas de prendre son traitement ou si c'est une initiation de traitement et s'il a besoin d'explications.** » (Pharmacien 5) OU ENCORE « Dans les entretiens de tout ordre, formels ou informels, il faut **décrypter ce que nous raconte le patient** entre autres, ses ressentis, ses impressions. Mais **décrypter surtout ce qui lui pose problème** comme ce qui est problème pour son entourage. Nous sommes là pour ça, pour faire **un état des lieux** avec ce qu'il nous dit, ce que l'on sait de lui et ensuite **une mise en lumière, un guidage, une aide, la délivrance d'un conseil adapté.**» (Pharmacien 11).

Comprendre par l'interrogatoire du patient vers un «diagnostic éducatif simplifié»: «Alors on débute toujours par un l'interrogatoire. «Qu'est-ce qui vous arrive?». «... D'accord, vous avez mal à l'estomac avec ou sans TTT ATB?» «Qu'est-ce que vous mangez, vous buvez et comment ?» «Vous avez une cystite d'accord, ça pique, ça brûle ...? La contention veineuse ce sera pareil. **L'éducation commence lorsque l'on cerne la problématique, le besoin.** C'est de procéder par quelques questions classiques.» (Pharmacien 4) OU ENCORE «On va pouvoir poser quelques questions, par exemple, quand on a une demande au comptoir sans ordonnance: «**C'est pour vous ? Qu'est ce qui se passe ? C'est pour Quoi ?**» Et ça c'est un peu notre côté de diagnostic éducatif.» (Pharmacien 1).

2^{ème} étape: **s'adapter au patient, personnaliser (alliance thérapeutique)**

Certains pharmaciens personnalisent leurs prises en charge éducative, essentiellement par rapport à l'information qu'ils donnent: « Je donne surtout plus d'explications si c'est à la demande du patient. **Ça dépend du type de patient.** Je le vois quand **certains patients ont besoin d'être plus accompagnés. Je m'adapte à la situation le plus possible.**» (Pharmacien 10) Un pharmacien expliquait adapter les brochures aux situations particulières des patients (notamment dans le cadre d'un suivi oncologique): «Je vais **imprimer des fiches santé**, par exemple, celle du portail Omedit. Quand le patient vient chercher son médicament, je sais déjà que je peux passer un quart d'heure à lui expliquer, tout ce qu'il nécessite ou tout ce qu'il a besoin de connaître, tels que les effets indésirables. Je leur remets une fiche. **Souvent je les vulgarise un peu** parce qu'il y a plein de trucs qui leur font peur sur ce genre de fiche. Aussi parce qu'il y a beaucoup d'informations, **je cible**, cela fait gagner du temps pour ce qui est principal pour le patient.» (Pharmacien 4).

3^{ème} étape : **travailler en réseau, orienter vers d'autres professionnels**

De nombreux pharmaciens orientent les patients suite à l'évaluation du cas-patient :

«**A nous de les orienter au mieux selon les signes de gravité s'il y a ou non après.** Il y a plusieurs cas de figures. Soit effectivement on considère que c'est de notre ressort, qu'il n'est pas nécessaire d'aller voir un médecin parce que... on leur donne un **conseil adapté** après un simple interrogatoire: «Je vous conseille, propose ceci...Avec ce schéma thérapeutique ». Soit **on suspecte la nécessité d'un avis médical, d'une exploration, on propose nos conseils avec une invitation formelle à consulter** «Si cela ne passe pas après quelques jours, penser à consulter un médecin.» Soit on estime que **c'est du ressort en premier lieu du médecin ou d'un spécialiste, autre professionnel de santé, voir des Urgences.**» (Pharmacien 6).

«Oui je peux avoir des solutions qui ne sont pas forcément des solutions centrées sur le médicament mais par exemple ça peut être avoir recours à un sophrologue, psy spécial avec des **compétences particulières**, qui peuvent être trouvées.» (Pharmacien 3).

Les liens et le travail avec les autres professionnels ; médecins généralistes, associations de patients, thérapies complémentaires, psychologues, assistantes sociales: «En général c'est vrai que **l'on s'entend très bien avec les prescripteurs à côté de la pharma.** Donc oui franchement ils sont très gentils [...] Le cas de certaines situations où **l'on se doit d'appeler le médecin pour des rectifications de posologies ou autre demande d'information concernant le patient.**» (Pharmacien 8). «L'accompagnement du patient je conçois par définition **qu'il doit être pluridisciplinaire**, on n'agit pas seul auprès de quelqu'un. C'est un ensemble de gens tout autour du patient. Dans chaque prise en charge spécifique ou non, je choisis d'être pluridisciplinaire c'est à dire aussi rester en liaison avec le reste de l'équipe soignante qui accompagne le patient en me considérant comprise. Lorsqu'on travaille en équipe pluridisciplinaire, il est intéressant de savoir qui propose et quoi? » (Pharmacien 11).

Des réunions pluri professionnelles étaient organisées au sein de certaines pharmacies ou au sein de maison de santé: «On travaille avec **tous les professionnels de santé de la future maison de santé.**» (Pharmacien 3).

A.3.2. Les leviers pour mettre en œuvre les missions d'éducation

Concernant les leviers pharmaciens :

- ❖ La perception de son rôle : le pharmacien se perçoit comme un professionnel de santé, voire un soignant. Certains pharmaciens se sentaient « **expert du médicament** » et légitimes dans leur mission de soignant, d'éducateur : « Le rôle éducateur, on ne l'a pas toujours. Mais **l'éducation on peut y arriver.** » (Pharmacien 5).
- Le sentiment identitaire **d'être un professionnel de santé**, accompagnant les patients dans le parcours de santé du patient était prépondérant pour certains pharmaciens. Certains ont insisté sur **l'importance du relationnel**, de son écoute empathique :

« Il faut **être réellement à l'écoute des personnes** puis essayer de les aider du mieux que nous pouvons. Moi, je suis un peu à l'ancienne, **je suis quelqu'un qui écoute.** Et si quelqu'un à un problème, je prends le temps » (Pharmacien 9) et « Parce qu'aussi **il faut se mettre à la place du patient.** Moi je suis patiente demain je sais que ... » (Pharmacien 8)

- **Le sentiment d'être un soignant** a également été exprimé. L'objectif principal de certains pharmaciens était ainsi clairement de permettre aux patients d'aller mieux donc avec une finalité de santé :

« L'idée c'est d'être dans un état permanent de soignants passifs (cela a été travaillé avec notre coach) [...] pour être en veille permanente et en écoute permanente, c'est qu'on se met en position de soignants passifs qui vient tout simplement un soignant actif dès qu'il est évoqué une problématique de santé qui est en préventive ou curative. Et dès ce moment-là vous voyez qu'on va créer un autre lien avec le patient qui est l'humain, qui est centré sur lui, sa problématique, qui peut être des angoisses, qui peut être sa réflexion sur la nutrition [...] et tout d'un coup on démarre sur un accompagnement coordonné et actif. On voit bien qu'à un moment donné cette position-là permet de ne plus avoir en face de soi un client mais un patient. » (Pharmacien 3)

❖ **la connaissance de ce qu'est réellement l'éducation thérapeutique :**

Pour certains, la **connaissance de l'ETP était fondamentale** pour permettre l'engagement éducatif dans le métier de pharmacien : « La connaissance de l'approche médicale et l'éducation thérapeutique sont pour moi des fondamentaux pour exercer le métier de pharmacien. » (Pharmacien 3). Pour un autre, c'est **la découverte et le vécu d'une expérience ETP** qui fut le moteur. Cette ouverture aux nouvelles missions éducatives était vécue très souvent avec un grand intérêt, tel que ce pharmacien qui a pu expérimenter et apprécier des programmes d'ETP lors d'un stage hospitalier : « C'est l'expérience que j'ai pu en faire lors de mon stage en centre d'évaluation de la douleur [...] où j'ai pu être intégré dans un programme, que j'ai commencé à m'apercevoir que j'aimais bien ce champ. Donc forcément, je me suis ouverte aux entretiens pharmaceutiques proposés à l'officine qui se développaient tout juste à ce moment-là. Je me suis lancé là-dedans et ça continue encore aujourd'hui » (Pharmacien 1). Cela provoquait chez des pharmaciens **le désir de développer des pratiques d'ETP à l'officine** : « L'idée c'est de construire ce métier-là centré sur le conseil, sur les bilans partagés de médication, sur le patient. On a à gagner énormément. » (Pharmacien 3). De même la notion de **patient acteur**, libre dans ses choix, était intégrée par un pharmacien comme une ressource patient à

s'engager dans l'éducation thérapeutique : « Et souvent il faut vraiment bien se rappeler que **c'est le patient qui choisit**. C'est son choix, même si ce n'est pas le choix que nous témoignons en tant que soignants » (Pharmacien 11).

❖ Des outils et techniques « facilitants » :

Il a été évoqué par exemple avec un pharmacien l'existence **d'outils totalement tournés vers l'ETP** nommé Pharm'Observance (créée par l'Union Régionale des Professionnels de Santé Pharmacien de SUD- PACA) : « Dedans, il y a tout ce qu'il faut [...] il suffit de faire les éducations thérapeutiques. C'est moins compliqué que ce qu'on pense [...] » (Pharmacien 2)

Plusieurs pharmaciens ont ainsi expliqué les avantages des **guides existants, des fiches explicatives de la HAS** : « Donc ça après ce qui est bien c'est qu'on a tous les textes de la HAS, on est aidé, on a les formulaires on a tout ça [...] » (Pharmacien 2).

Des techniques de communication ont été jugées utiles par un pharmacien et son équipe, il précise que ce sont des stratégies qui étaient par exemple les **questions ouvertes et la reformulation** apprises en formation :

« [...] techniques de communications humaines. Méthode qui va être centrée premièrement sur une équipe formée et bien construite à ces techniques ... Alors ça c'est typiquement ce que j'ai pu acquérir, améliorer avec le diplôme d'éducation thérapeutique... Il y a le savoir-faire, le savoir être et le faire savoir ».

« Déjà apprendre et se familiariser avec les questions ouvertes [...] Autre technique, la reformulation, ça veut dire savoir aller jusqu'au bout des choses [...] il y a la priorisation « on est bien d'accord que les priorités pour votre santé c'est ça, ça et ça ». (Pharmacien 3)

L'importance de la « bonne communication » avec le patient était rapportée : « Ce n'est pas l'information qui apporte un changement de comportement **mais la manière d'informer**. Il faut bien avoir cette humilité de le reconnaître. » (Pharmacien 11).

❖ Le cadre de travail, l'organisation, la logistique de l'officine :

Certains pharmaciens se sont organisés pour rendre possible la mise en œuvre de ces entretiens. Par exemple un pharmacien explique la nécessité d'être 2 pharmaciens présents **pour bloquer des créneaux « entretiens »** : « Donc on réserve des disponibilités comme cela pour les patients avec mon pharmacien adjoint. Lorsqu'on est là tous les deux, l'un de nous peut s'accorder un temps on peut prendre des rendez-vous juste pour ça dans ce temps-là. On est d'accord qu'on fixe aussi les visites à domicile, les entretiens, les BMP dans ces créneaux. C'est un emploi du temps spécial avec des disponibilités à la pharmacie où l'on peut fixer des rendez-vous. » (Pharmacien 4).

Un autre exemple, plusieurs pharmaciens évoquaient que travailler **dans une pharmacie équipée, moderne avec outils de travail automate** permettait un gain de temps non négligeable avec le patient pour de l'éducation : « Je travaille avec un robot depuis seulement 4 mois, mais cela permet d'avoir plus de temps au comptoir avec le patient et d'échanger sur son cas, de prendre plus le temps pour relire l'ordonnance, de lui donner des explications et des questions plus poussées peut être aussi. » (Pharmacien 6).

Un pharmacien exprimait que le fait de se sentir dans **une sécurité financière et logistique** lui permettait de s'ouvrir plus facilement à ces missions éducatives : « Si j'étais dans une galère financière, organisationnelle, peut-être que j'exercerais autrement ce métier. Parce que je n'aurais pas le choix pour m'en sortir, peut-être que je prendrais moins le temps avec les patients. J'ai le choix et je peux donc j'agis dans le sens du développement de l'éducation du patient à l'officine. » (Pharmacien 2).

Un pharmacien adjoint a exposé son **choix d'un cadre adapté pour développer l'éducation du patient**: « Mais j'ai cherché une pharmacie où ça pouvait se développer. Où il y avait déjà des possibilités et ça me plaisait. C'est grâce à ça, c'est pour moi le côté positif d'avoir pu trouver un endroit où c'était possible. » (Pharmacien 1).

L'adhésion et la confiance du « chef » titulaire de la pharmacie permettaient de se lancer dans ces pratiques éducatives. « J'ai la chance d'être actuellement dans une pharmacie où le titulaire a accepté sur le long terme mon mode de fonctionnement plus qualitatif, plus dans l'accompagnement. Et désormais, il adhère à ma pratique. » (Pharmacien 11)

La présence ou création d'un **espace de confidentialité dans l'officine** a été énoncé souvent comme un élément important pour offrir des temps d'éducation (entretiens, bilan, soutien psychosocial). Ou en dehors de l'officine pour la réalisation de réunions pluridisciplinaires, évoqué par deux pharmaciens :

« On a créé une pièce spécialisée dédiée pour ça (les entretiens, la vaccination), qui n'existait pas avant. » (Pharmacien 2). « L'idée c'était de répartir les postes pour qu'il y ait toujours une sorte de semi-discrétion, semi-confidentialité et qu'il n'y ait pas d'effet de masse, des patients » (Pharmacien 3).

« C'est une zone polyvalente, vraiment très atypique parce que ça nous a servi à faire des réunions pluri professionnel. » (Pharmacien 3)

❖ Une **confiance au sein du réseau** :

Une dynamique d'équipe au sein de la pharmacie, ainsi que de bonnes relations avec les médecins généralistes étaient citées (voir A.4.1 pratiques). De nombreux pharmaciens ont énoncé des **bénéfices perçus à ce travail en réseau** pour un partage de compétences : « Donc un moment donné on est coordonné en interne, en externe et on accumule des compétences qui sont aussi les compétences, une connaissance des autres métiers qui nous entourent en évitant les *a priori* en évitant les idées reçues, en se connaissant mieux dans nos pratiques. » (Pharmacien 3)

❖ Des **bénéfices perçus indéniables des pratiques éducatives** :

Certains pharmaciens évoquaient les bénéfices non seulement **pour les patients**, pour « qu'ils se sentent davantage écoutés » : « C'est qu'ils sont bien contents quand ils commencent à vivre ici une relation qui est autre qu'une délivrance très simple. Ils sont bien contents de trouver une oreille attentive. Il y a un moment pour eux. » (Pharmacien 3),

Mais aussi **pour les pharmaciens** qui trouvaient une grande satisfaction, un enrichissement personnel et du plaisir dans les échanges. En effet, il fut évoqué par nombreux pharmaciens : « Je considère que l'on a un métier d'échanges loin de là d'être des robots. Là, nous avons justement un métier où l'on discute, on échange. Et probablement qu'il faut le revaloriser à nouveau. » (Pharmacien 6).

Des pharmaciens ont évoqué le bénéfice de l'éducation comme une **valeur ajoutée à son métier de pharmacien**. En effet plusieurs pharmaciens ont exprimé leur satisfaction à

éduquer, le plaisir d'expliquer, de vulgariser : « voilà, j'adore expliquer la pharmacologie et la biologie humaine avec les gens au comptoir, en tout cas même, de rendre pédagogique, de vulgariser. Cela me plaît trop. » (Pharmacien 8).

Certains pharmaciens s'attribuaient également un rôle sociétal avec une implication dans la communauté : « Il faut bien comprendre que l'on a un rôle sociétal très important en tant que pharmacien ... Ce lien avec la société c'est vraiment quelque chose qui est primordial à mes yeux » (Pharmacien 7).

Concernant les leviers patients :

Il a été question aussi dans ces entretiens des leviers patients :

L'engouement des patients à participer à ces entretiens ont conforté certains pharmaciens dans leur engagement : « Mais c'est là qu'on a commencé avant que la pièce soit finalisée parce qu'il y avait un engouement de la part des patients. Un engouement parce que certains ont vu par une brochure [...] » (Pharmacien 2).

Il était rapporté que le **patient satisfait de sa prise en charge** encourageait le pharmacien à continuer dans ses pratiques éducatives : « Je me sens souvent encouragée à poursuivre ma manière de faire par les nombreux retours positifs de patients. » (Pharmacien 10).

A.3.3 Les freins des pharmaciens dans l'éducation

❖ Une finalité de rentabilité prépondérante à l'officine :

Le frein majeur identifié par plusieurs pharmaciens était le frein financier au développement de ses pratiques éducatives. Ainsi, pour bon nombre de pharmaciens titulaires, l'engagement dans la gestion de leurs officines était prépondérant. **Le rapport temps passé/rémunération obtenue concernant les nouvelles missions a ainsi été évoqué comme un frein important.** En effet de nombreux pharmaciens avouaient que passer une heure avec un patient est une perte d'argent assurée. Pourtant certains pharmaciens d'abord motivés, ont réalisé des entretiens sur une période donnée, puis ont arrêté du fait d'une absence de temps, de moyens, de retour et de financement réel de la sécurité sociale: « A l'époque, on en a fait. Seulement, on a dit «stop» en début d'année avec mon pharmacien adjoint [...] » (Pharmacien 4)

Pour beaucoup **la rémunération par la sécurité sociale des BPM et EP était considérée comme peu claire voir jugée insuffisante:** «Pour moi la **rémunération est un peu floue** (quand, combien et qui la perçoit au final, le pharmacien titulaire pour l'officine ou le pharmacien adjoint?). Il me **semble que ce soit bien peu** par rapport au temps passé et à l'argent perdu sur ce temps bloqué.» (Pharmacien 12).

Le coût non négligeable de la mise en place de ces pratiques a été également évoqué : « Là aussi on veut les quantifier, les rémunérer. On nous parle beaucoup de ce que ça nous rapporte. Mais quand on n'a pas trop le temps, il faut voir ce que cela nous coûte à la mise en place.» (Pharmacien 5).

❖ Des pratiques éducatives non prioritaires

Un pharmacien parlait de la pollution **de toute les autres tâches dans l'officine à accomplir** au détriment de l'éducation : «je ne me suis pas lancé totalement parce que finalement il y a [...] la **pollution générale de l'officine.**» (Pharmacien 1).

❖ Une «injonction» de la sécurité sociale :

Plusieurs pharmaciens ont expliqué les inconvénients d'une **formalisation excessive, inutile et décourageante**. Certains ont exprimé leur agacement à se sentir obligés par la Sécurité sociale de réaliser ces entretiens éducatifs: «Concrètement, je me suis senti obligé de formaliser par rapport au fait que sur l'espace pro, Amélie qui nous oblige de faire des entretiens. Ce que je trouve dommage c'est qu'on soit obligé d'en arriver là, à être payé pour faire ça.» (Pharmacien 2).

Ce «formalisme» était souvent perçu comme décourageant **avec des outils inadaptés**. En effet, les outils proposés semblaient imparfaits à certains pharmaciens. Les guides des entretiens semblaient par exemple **trop longs, rigides et contraignants**. Les questions semblaient parfois peu pertinentes, avec une impression de vivre un «interrogatoire» avec le patient: « Cela fait vraiment questionnaire de police parfois au lieu de se recentrer sur l'intérêt même de l'entretien. Un questionnaire qui fait parfois un peu hors-sujet, cela fait une liste de questions, avec trop d'informations à demander en une fois. Nous sommes censés avoir 20 min d'entretien, on passe déjà 5 à 10 min sur les premières questions qui ne sont pas le cœur de l'entretien.» (Pharmacien 1)

Cette injonction à faire de l'éducation formalisée a suscité de la résistance, de la part de certains pharmaciens, qui se manifestait essentiellement par un **discours défensif** : « **On en fait déjà !** » : «En fait on ne formalise pas, dans une cabine, sur un temps lambda parce qu'on le fait déjà au moment de la délivrance de l'ordonnance.» (Pharmacien 5)

❖ Des pratiques éducatives difficiles :

Certains pharmaciens évoquaient les difficultés à prendre en compte le patient dans sa globalité et notamment leurs émotions. Certains évoquaient la fatigue et la difficulté du métier liées aux relations avec les patients : «c'est parfois **très dur physiquement**. Parce que toute la journée debout et **je dois tenir physiquement et psychologiquement**. Accueillir les problématiques des autres alors que j'en ai moi aussi, le sommeil par exemple, je ne dors pas bien du tout parfois. Je ne suis pas là pour me plaindre moi, mais bien pour accueillir les souffrances et problématiques des autres, des patients.» (Pharmacien 12).

Un autre pharmacien voyait aussi les limites sur le plan du soutien psycho-social à se lancer dans l'éducation: «**Je ne suis pas assistante sociale**. C'est vrai que ce n'est pas pour moi l'interaction avec des personnes en grandes difficultés, qui nécessitent réellement un accompagnement global. **Je ne considère pas que ce soit notre travail** à proprement parler, je veux bien les réorienter.» (Pharmacien 8)

❖ Une appréhension des réactions des médecins généralistes :

Des pharmaciens exprimaient que certains médecins généralistes étaient **dubitatifs, voire opposés à ces nouvelles pratiques éducatives**: «Dans les BPM, on ne sait jamais comment les médecins vont réagir, si vous en parlez de votre analyse et votre proposition concernant un patient. Est-ce qu'il accepterait la rectification des traitements? Quelles seront les relations après?» (Pharmacien 12) ou encore « Malgré le fait que je sois en très bon terme et même amical avec les médecins de mon quartier, je sais déjà que la démarche proposée par les BMP ne va pas leur plaire.» (Pharmacien 7).

❖ Faiblesse dans le système de Formation du pharmacien :

Par exemple, l'expérience d'une formation sur les nouvelles missions **peu concrètes** qui ne répondaient pas aux attentes du pharmacien: « j'ai trouvé ça trop brouillon, trop noyé parce qu'elle ne le fait pas concrètement ... En fait la formatrice qui a fait la formation sur les BPM n'est pas pharmacien, elle-même. C'était vraiment dans les grandes lignes, ce n'était pas du tout concret.» (Pharmacien 2).

Un pharmacien énonçait qu'il n'a pas reçu au sein de son cursus une sensibilisation à l'éducation du patient: «Je suis un pharmacien **un peu ancienne génération**. C'est assez péjoratif ce que je dis mais ... je n'ai pas été formé aux pratiques d'aujourd'hui, parfois elles me dérangent.» (Pharmacien 5)

❖ Des doutes sur l'efficacité de ces pratiques pour les patients :

Plusieurs pharmaciens se sont questionnés sur l'utilité réelle de ces pratiques éducatives. Certains patients ont en effet souhaité arrêter leur Bilan Partagé de Médication, ce qui a suscité le doute chez les professionnels faisant face à un manque d'intérêt ou insatisfaction. « Est-ce vraiment utile pour les personnes âgées ? » La difficulté du recrutement des patients a ainsi découragé un pharmacien.

A.3.4. Tensions ressenties par les pharmaciens dans l'éducation du patient

L'ambivalence est une nouvelle catégorie, qui a émergé, au fil de l'analyse pour apparaître centrale. En effet, plusieurs pharmaciens ont fait part de différentes tensions.

❖ Des tensions liées aux changements de valeurs au sein de la communauté des pharmaciens :

Certains pharmaciens ont exprimé leur tension vis-à-vis d'une certaine déshumanisation constatée au comptoir de nombreux pharmaciens, en désaccord avec leurs nouvelles missions et valeurs: «J'aimerais que la pharmacie devienne **plus un lieu d'échange et d'éducation, de vocation** des professionnels qui y travaillent et **pas uniquement un lieu où le patient vient chercher son traitement. Sinon les robots le feront très bien, dans quelques années.** » (Pharmacien 1)

Un pharmacien regrettait l'absence de pratiques éducatives en officine malgré les devoirs actuels du pharmacien: «Le pharmacien doit avoir aussi une **bonne connaissance du médicament, de ses effets secondaires, des précautions d'emploi et donc doit savoir transmettre ces informations** au patient. Cela fait partie du **b.a.-ba du Pharmacien** mais ce n'est pas toujours fait et c'est quand même un point essentiel à rappeler.» (Pharmacien 11)

Certains pharmaciens identifiaient une évolution des valeurs du métier, laissant cohabiter une ancienne génération de pharmaciens (non impliquée dans les missions éducatives) et une nouvelle génération de pharmaciens (sensibilisée et investie dans ces missions) : «Effectivement avec les anciennes générations peut être qu'ils ne prennent plus ou pas en considération, voilà les nouvelles perspectives du pharmacien. Parce que ça ne les intéresse pas vraiment, ils ne sentent pas capables à plusieurs points de vue, ils ne veulent ni perdre de leur temps ni trop d'argent. Par contre nous, **jeunes pharmaciens, il va falloir que l'on s'y intéresse... Moi, je trouve ça très intéressant et effectivement ça fait partie de notre boulot, de notre métier à voir comment cela se développe.**» (Pharmacien 6)

❖ **Un intérêt à s'engager mais un sentiment de ne pas « savoir-faire » :**

De nombreux pharmaciens évoquaient leur intérêt premier moteur pour vivre des missions d'éducation auprès du patient. Pour autant, les freins provoquant l'arrêt de ses engagements étaient nombreux.

Deux pharmaciens évoquaient leurs questionnements sur les pratiques éducatives. Ils témoignaient ainsi de leurs **«inexpériences» et méconnaissances sur ces nouvelles missions** : «Qu'est-ce que l'accompagnement du patient? Est-ce que le patient a réellement des attentes et des besoins?» (Pharmacien 11) **ou encore, un autre** «Quel est le sens de ces pratiques d'entretiens? Comment je le ferais, si je me lançais, si je pouvais?» (Pharmacien 8)

Un sentiment de compétences limitées et de manque d'outils, ainsi qu'un **manque d'accompagnement et de soutien** ont été rapportés : «Les missions d'éducation, d'accompagnement et de suivi, c'était mon gros dada aussi au début, je me suis très vite découragé par plein de choses. C'est pourtant l'intérêt de notre boulot et on ne le fait pas parce qu'on n'a pas, soit les outils pour faire, soit la façon de le faire et on a aucun soutien ni des médecins ni ... Il y a très peu de communication auprès des médecins concernant ce que le pharmacien peut faire ou ce que l'on ne peut pas faire.» (Pharmacien 4)

Un pharmacien expliquait que certaines habitudes des pharmaciens, comme par exemple **la culture orale**, freinaient selon lui le développement de bonnes pratiques éducatives: « Parce que c'est le **plus gros point faible ou talon d'Achille de la culture pharmaceutique officinale, c'est la culture orale**. Elle est extrêmement forte, à la fois facile, protectrice mais qui parfois amène à des omissions, des **incompréhensions**.», Il proposait alors d'établir des préconisations pharmaceutiques écrites : «[...] Pour ne pas établir juste une stratégie orale avec le patient mais une **stratégie de préconisations pharmaceutiques écrites** qui sont un **détournement assumé des plans de posologie**, qu'on utilise, bien entendu, pour reprendre en main sur une ordonnance mal comprise par exemple.» (Pharmacien 3). Ce pharmacien préférait être force de proposition plutôt que conseiller pour la vente : **«On va faire une force de proposition** non pas un acte de vente mais une force de proposition, en disant : «Moi je pense que ... ceci me semble intéressant par rapport à votre cas de figure ...». On va **faire le tri avec le patient en fonction de lui** aussi ce qu'il a compris de la démarche. S'il est d'accord sur les fondamentaux de ce qu'on va faire ». **Un effort important** était aussi jugé nécessaire pour intégrer ces nouvelles pratiques éducatives dans la routine des pharmaciens: «Le challenge c'est de réussir à faire, exercer les missions d'éducatives plus facilement. Parce qu'à chaque fois, c'est un effort en fait, de ramener ça dans la pratique officinale. Revenir sur l'éducation à chaque acte de délivrance, de service d'un patient, ça demande un effort personnel. » (Pharmacien 1).

❖ **Un intérêt à s'engager mais un sentiment que les autres ne sont pas prêts, associé à un sentiment d'infaisabilité :**

- **L'institution (la pharmacie) n'est pas prête :**

Certains pharmaciens expliquaient la nécessité que le cadre de travail permette le développement de ces pratiques. **La gestion et l'organisation de la pharmacie était ainsi prioritaire** pour permettre dans un second temps la mise en œuvre de ces missions : «J'ai envie de m'investir et de me libérer du temps pour le suivi de certaines pathologies chroniques, certains profils de patients. J'ai conscience que c'est l'avenir de la pharmacie. Mais je me sentirais réellement prêt quand les travaux de rénovation de la pharmacie seront finis et que l'équipe sera au complet et rodée.» (Pharmacien 9)

Certains pharmaciens motivés, selon leur typologie de pharmacie (petite pharmacie de quartier, pharmacie balnéaire, pharmacie centre commercial) estimaient souvent **impossible de faire des entretiens éducatifs faute de temps et surtout de moyens humains**: «Les entretiens pharmaceutiques, je ne les pratique pas du tout parce que nous, petites pharmacies, on n'a pas les moyens de se mobiliser pendant un quart d'heure- vingt minutes pour expliquer un traitement.» (Pharmacien 5)

- **Le pharmacien titulaire, propriétaire de la pharmacie n'est pas prêt :**

Le pouvoir décisionnel appartenant au pharmacien titulaire propriétaire de la pharmacie, les jeunes pharmaciens arrivant dans l'officine devaient se plier aux logiques marchandes présentes dans la pharmacie : « [...] lui effectivement n'est pas dans la **même dynamique et avec les mêmes perspectives de boulot comme par** l'exemple moins de temps pour l'éducation pour se tourner vers plus de profits sur vente. » (Pharmacien 6) Pour des pharmaciens adjoints, il était donc impossible, avec leur statut, de développer des pratiques éducatives au risque d'être accusé de passer trop de temps avec les patients, un pharmacien témoigne: «j'ai travaillé dans des grandes pharmacies où l'on nous regardait, nous épiait en nous disant **ça ne va pas être possible, tu passes trop de temps avec les patients.** » (Pharmacien 4). La culture de l'officine telle qu'elle se vit pour quelques pharmaciens rendait particulièrement difficile le développement de ces pratiques.

- **Les patients ne sont pas prêts :**

Un pharmacien avait certes un avis positif sur les entretiens éducatifs pour autant, il aimerait que cela soit une démarche qui provienne des patients. Il avait **le sentiment de « forcer » l'implication des patients** : «Ces bilans, ces trucs comme ça c'est bien. Oui c'est bien. Mais à mon avis il faut que ça vienne du patient et je pense que pour l'instant on n'est pas dans cette dynamique avec lui, on souhaite tout de suite l'encourager, l'embrigader, le solliciter» (Pharmacien 8)

- **Les médecins généralistes ne sont pas prêts (sentiment de manque de reconnaissance) :**

Un pharmacien qui se disait en bon terme avec les médecins prescripteurs du quartier de sa pharmacie, énonçait également des **relations conflictuelles et un manque de reconnaissance des médecins généralistes** concernant le métier de pharmacien : « Je trouve que la relation médecin-pharmacien est encore assez conflictuelle. On est quand même... Nous les pharmaciens on n'est pas souvent pris au sérieux » (Pharmacien 8)

- **La société n'est pas prête (sentiment de manque de reconnaissance financière) :**

Certains pharmaciens formulaient une tension du fait de **perdre de l'argent en réalisant des pratiques éducatives de qualité** : « On est quand même l'un des rares métiers qui perd de l'argent lorsque l'on fait bien notre travail. C'est aussi pour ça qu'on a le monopole parce qu'on est censé bien faire notre travail. » (Pharmacien 2).

IV-B : Discussion

B.1. Discussion sur la méthode

B.1.1. Limites et choix de la méthodologie de recherche

Nous rappelons que cette étude a été réalisée sous le spectre d'une approche « phénoménologique » qui a pour valeur et intérêt une compréhension fine de phénomènes (52). Elle permet de porter toute l'attention sur la subjectivité des participants dans l'explicitation de leurs pratiques et moins sur l'interprétation externe du chercheur.

Elle a bel et bien permis le recueil des données dans le champ des sciences humaines et sociales dans le contexte de l'exercice du pharmacien d'officine. Cette approche qualitative a également permis de valoriser la parole des pharmaciens rencontrés. En effet, ce temps d'entretien individuel, temps d'expression et de réflexion a offert à chacun des pharmaciens interrogés la possibilité de prendre du recul, de faire un retour sur eux-mêmes, sur leurs convictions, sur le sens qu'ils donnaient à leur profession.

C'est une méthode exigeante et soumise à une réglementation et à un cadre éthique. L'enquêteur y a été que très peu formé lors de son cursus initial. En effet, l'initiation à la recherche dans le domaine des sciences biologiques et pharmaceutiques fut tournée principalement sur des recherches et analyses quantitatives. Une formation complémentaire à la recherche qualitative dans l'année de la thèse aurait facilité cette recherche.

Ce travail m'a appris l'humilité, le plaisir de l'analyse qualitative, même si la méthodologie est ressentie comme difficile.

B.1.2. Limites et recueil des données

L'enquêteur avait un statut privilégié pour effectuer cette recherche. Ne faisant partie d'aucune pharmacie, il a bénéficié d'une neutralité propice au dialogue. Les professionnels se sont confiés en toute confiance. Ayant déjà observé des bilans partagés de médication et des entretiens pharmaceutiques en officine, il pouvait donc saisir certaines subtilités difficiles à comprendre par quelqu'un de totalement étranger à ces activités éducatives.

Les participants se sont appropriés cet espace de parole et de réflexion. Un bon nombre d'entre eux ont saisi ce moment pour réfléchir et exposer leur vécu, leur expérience de manière approfondie, avec une grande liberté d'expression. La dimension émotionnelle était indéniablement présente lors de ces entretiens, même si l'analyse de ces émotions implicites est difficile à réaliser.

L'exploration des sujets abordés était réalisée par l'usage de questions de relances spontanées et écrites dans le guide d'entretien. Ce qui a aidé l'enquêteur. Toutefois, l'usage de relance et la reformulation n'était pas facile et nécessitant un entraînement important. L'enquêteur n'a pas bénéficié d'une formation prolongée sur ce type de stratégies pour être suffisamment à l'aise durant les entretiens.

La durée de l'entretien était très variable de 15 minutes à 111 minutes. Certains entretiens ont été interrompus ou entrecoupés par la présentation de leur pharmacie, par des appels téléphoniques, par des interrogations de leur équipe, par des déplacements dans un autre lieu, et par des impératifs horaires. Ces interférences ont certainement eu un impact sur la qualité des entretiens. Les 6 pharmaciens rencontrés en officine étaient les 6 titulaires. Cela s'explique ils souhaitaient me présenter leur pharmacie. Les adjoints ont choisi quant à eux, un lieu informel.

Les différents entretiens ont été effectués par un seul chercheur et non en binôme. Un 2^{ème} chercheur aurait permis de diminuer la subjectivité de la recherche. Malgré tout, suite à l'enregistrement audio de l'entretien, une vérification systématique de la réécriture correcte de l'entretien a été réalisée à distance par le chercheur.

Dans cette recherche, seuls des entretiens semi-directifs ont été réalisés. Des observations de pratiques au sein des officines auraient pu enrichir le recueil d'information, notamment sur les pratiques éducatives des pharmaciens. Les pratiques décrites dans cette thèse sont uniquement présentées par l'enquêteur à partir des récits des pharmaciens. Des observations concrètes auraient pu mettre en évidence des écarts entre les pratiques réelles et les représentations que les pharmaciens s'en font, ce qui constitue des données très intéressantes.

B.1.3. Discussion sur le choix de la population

Cette recherche s'est focalisée sur les pharmaciens, à l'exclusion des préparateurs, du reste de l'équipe officinale, et des autres professionnels de santé. Il s'agissait d'une recherche exploratoire. Des entretiens de l'ensemble des professionnels travaillant au sein de la pharmacie amèneraient sans doute des informations complémentaires.

Une recherche **limitée aux professionnels** se focalise majoritairement sur les facteurs d'influence des pratiques liés aux soignants. Les patients n'ont pas été interrogés.

Ce travail comprend **un nombre réduit** de participants soit 12 pharmaciens. Cependant, ce travail a permis, même à une petite échelle, de réaliser **un état des lieux, une photographie** sur ce que font les pharmaciens en termes de pratiques éducatives avec le patient à l'officine.

Les critères d'inclusion n'ont pas permis d'avoir un échantillon représentatif de l'ensemble des pharmaciens.

Il y a eu un **biais de recrutement** certain, provoqué par l'enquêteur et du fait aussi de l'effet « boule de neige ». En effet, il y avait parmi l'échantillon, 3 pharmaciens connus par l'enquêteur, dont un pharmacien rencontré brièvement en formation sur le BMP et les deux autres dans le cadre de relations amicales et professionnelles. Cinq autres pharmaciens ont été rencontrés sur recommandations : « Je connais un pharmacien engagé à développer les pratiques d'éducation et d'accompagnement, je vais vous transmettre ses coordonnées [...] », ou encore « J'ai travaillé auparavant avec untel, je le sais très motivée dans ce types de pratiques ... ! »

Dans les **caractéristiques des participants**, certaines données annoncées dans les résultats méritent d'être discutées :

- Ages et fonctions occupées : la moitié de l'échantillon est représentée par des pharmaciens de moins de 35 ans dont deux titulaires. Cette nouvelle génération, formée aux pratiques éducatives peut être ainsi plus motivée et sensibilisée aux nouvelles missions éducatives.
- Nationalité : cette caractéristique n'était pas un critère des données d'identification. Toutefois, compte tenu de l'attractivité internationale de la ville de Nice, trois pharmaciens de nationalité étrangère ont été inclus dans l'échantillon. Leur pratique est sans doute autre du fait d'une formation initiale différente. Quoique le rôle, la pratique et la conscience professionnelle du pharmacien d'officine, reste similaire d'un pays à l'autre. Ces pharmaciens portaient comme projet de se saisir dès que cela sera possible pour eux, des missions d'éducation et d'accompagnement du patient. Un d'entre eux est titulaire de son officine et effectuait des travaux de rénovation incluant l'idée d'une ergonomie tournée vers les nouvelles pratiques quelle qu'elles soient.
- Formation initiale : Le choix de la faculté de pharmacie est venu dans un second temps pour 3 pharmaciens qui ont débuté leurs parcours universitaires par une première année de licence en faculté de biologie avant de s'orienter vers les études de pharmacie. Ils ont évoqué un intérêt prononcé pour les sciences plus fondamentales mais pour autant ont choisi un métier favorisant le contact humain. Ces 3 participants semblaient être motivés dans le sens des nouvelles missions. Le choix de la filière officine est venu aussi dans un second temps, pour 6 pharmaciens et notamment avec un premier choix sur l'industrie et l'internat. Ces pharmaciens ont acquis d'autres compétences dans les sciences pharmaceutiques. Néanmoins, 4 parmi ces 6 professionnels semblaient très motivés dans le sens du développement des pratiques éducatives.
- Formation continue : Il y a moins de pharmaciens formés aux BMP qu'aux EP, du fait que c'est une mission/ pratique plus récente.

B.2. Discussion sur la validité de l'analyse

L'enquêteur a réalisé la retranscription complète de tous les entretiens et l'analyse thématique continue. Un travail qui a demandé à maintes reprises de la rigueur et une prise de recul.

Dans le rapport de recherche du CHU de Nantes (2009) : Influence des représentations des soignants sur leurs pratiques éducatives dans le cadre des maladies chroniques (53), il est rappelé **les techniques de validation de l'analyse en approche qualitative** suivantes :

B.2.1. La validité intercodeur

Il s'agit d'une confrontation de l'analyse thématique de contenu par deux codeurs au minimum. Cette validité a permis de vérifier le degré de concordance dans le classement des informations et aussi de clarifier les règles de codage pour qu'elles soient communes. Elle a été réalisée pour un seul entretien (pharmacien 2) avec le directeur de thèse, très peu de temps après les 3 premiers entretiens. Il a été recherché d'autres codeurs, mais le manque de disponibilité n'a pas permis d'en intégrer d'autres. Une relecture complète de l'analyse qualitative par le directeur de thèse a permis quelques ajustements de classification.

B.2.2. Les informations relatives au chercheur

Même si la méthodologie vise à réduire la subjectivité de l'analyse, « Analyser un discours relève toujours d'une créativité et d'un bricolage ; le profil de l'analyste reste donc une variable importante. » (51).

L'identité du chercheur est en effet susceptible d'influer sur la réalisation globale de l'étude du recrutement à la discussion de la synthèse des résultats. L'enquêteur est un pharmacien nouvellement diplômé, formé au 40h d'ETP, sensibilisé à la dynamique d'éducation et à la communication interpersonnelle dans la relation pharmacie-patient. Il a suivi le DU portant sur la relation thérapeutique au cours de l'année de sa thèse.

B.2.3. L'usage possible d'un logiciel d'analyse spécialisée

Cette analyse catégorielle thématique aurait pu être effectuée par un logiciel type **NVivo**, qui facilite le codage. L'analyse thématique continue n'a pas permis d'aboutir à une modélisation finale, ou à une théorie ancrée. Cette étape nécessite en effet une expertise de chercheur en recherche qualitative.

B.3. Discussion sur les résultats

B.3.1. Discussion sur la synthèse d'analyse thématique

Cette étude visait à caractériser la mise en œuvre des missions d'éducation, c'est à dire les pratiques vécues par les pharmaciens d'officine. Les données recueillies ont été extrêmement nombreuses du fait d'une entrée très large par la question principale du guide d'entretien sur l'ensemble des pratiques éducatives du pharmacien, formelles ou informelles.

Les catégories centrales relevées dans l'analyse soient les pratiques, les leviers, les freins ainsi que les tensions sont mises en exergue dans la synthèse. Les catégories s'avèrent être similaires entre les leviers et les freins (le rôle perçu par le pharmacien, les outils, le cadre de travail, la coordination entre professionnels, la formation etc.).

On retiendra l'émergence d'une nouvelle catégorie, **les tensions** chez les pharmaciens en lien avec leurs pratiques.

Concernant les pratiques, il est intéressant de noter que de nombreux éléments constituant l'ETP ont pu être nommés par les pharmaciens interrogés. Les croyances des patients, le soutien psychosocial, sont ainsi les composantes qui ont pu être identifiées. Cependant, chacun présentait dans ses pratiques uniquement quelques « morceaux » de cette démarche d'ETP bien identifiée aujourd'hui grâce aux recommandations de la HAS-INPES de 2017. Il y avait bien des pratiques éducatives, mais pas de programmes éducatifs.

Il a été constaté des prises de liberté non négligeables par certains pharmaciens, comme par exemple la demande d'un médicament sans ordonnance. Dans cette transgression des lois, il y a néanmoins une attitude d'aide et d'information approfondie sur les conditions de délivrance, les risques pris etc. Dans ce cadre d'une délivrance qui se doit d'être « sécurisée » par le pharmacien, on peut considérer qu'il y a une volonté d'éducation derrière cette démarche de vigilance accrue sur l'information à donner.

Parmi les tensions des pharmaciens relevées, une tension importante était **l'impuissance d'action**. C'est l'une des trois tensions reconnues chez les soignants pratiquant **l'éducation thérapeutique**, décrite dans l'article : Analyse des tensions perçues par les soignants hospitaliers dans la pratique de l'éducation thérapeutique : implication pour leur supervision (2013). Aussi, l'étude effectuée au CHU de Nantes en 2009 définit les tensions d'impuissance d'action comme résultant « d'une incapacité à transformer les pratiques ou le contexte d'exercice pour les accorder à son idéal « désiré » (54).

Dans notre étude, deux exemples remarquables ont témoigné des tensions d'impuissance d'action : un pharmacien exprimait son intérêt à s'engager, mais un sentiment que personne n'était prêt, associé à un sentiment d'infaisabilité, et un autre pharmacien exprimait son plaisir à s'engager dans les missions d'éducation mais aussi son sentiment de manque de compétence et de savoir-faire. L'étude précise que cette tension est due « à un sentiment d'auto-efficacité faible, liée à la conviction de ne pas savoir-faire », de ne pas avoir les moyens suffisants (temps et argent). L'étude ajoute que concernant cette tension, un « soutien aux équipes est nécessaire pour relayer à l'institution leurs besoins » (54).

Ce soutien aux équipes soignantes est tout aussi nécessaire et important pour les pharmaciens et leurs équipes. La formation est un moyen indéniable pour soutenir, accompagner et sortir de l'impuissance d'action.

Un autre élément intéressant à discuter de cette étude, concerne le vécu des pharmaciens concernant l'obligation à réaliser ces BPM et EP. Si certains y voient une opportunité, d'autres semblent très agacés, voire résistants devant cette injonction de la sécurité sociale. L'éducation thérapeutique prône le respect et la liberté du patient à s'engager dans les apprentissages. Il est donc assez contradictoire d'obliger tous les soignants à changer leurs pratiques.

Pour autant, la formation s'avère être un levier comme un frein pour les pharmaciens.

L'étude de Morrow (Irlande, 1986), rappelle les conditions pour que la formation soit un levier efficace (55). Dans cette étude, un programme de formation continue sur-mesure a été simulé sur la thématique d'éducation et de communication pharmacien-patient. Il est basé sur les besoins et les demandes du pharmacien, l'équipe de chercheur ayant identifié au préalable ses besoins (réels et perçus). Au terme de leur travail, cette équipe conclue qu'il est indispensable et primordial que les formations continues des pharmaciens s'ancrent davantage dans les pratiques réelles et tiennent compte des besoins de ces derniers.

Par ailleurs, la relecture des interviews et de l'analyse, a permis de déceler une méconnaissance par les pharmaciens de ce qu'est vraiment l'éducation thérapeutique (sa philosophie, ses valeurs, ses intentions, ses pratiques). En effet, dans la synthèse des pratiques, la majorité des pharmaciens interrogés pratiquaient des « morceaux » d'éducation thérapeutique. Parmi les principes d'ETP recensés précédemment, aucun pharmacien n'a cité de temps d'apprentissage collectif avec l'organisation de séances éducatives collectives, ce sont exclusivement les séances individuelles qui ont été citées. Les pratiques d'évaluation (4^{ème} étape de l'ETP) ont également été peu abordées. De plus, certains pharmaciens parlant des entretiens pharmaceutiques, utilisaient des termes comme « observance », ou « faiblesses du patient » qui ne correspondent pas au langage de l'ETP qui préfère les termes « d'alliance thérapeutique » et de « ressources » du patient. Le conseil et l'explication systématique semblent avoir été également amalgamés par certains pharmaciens aux pratiques éducatives. Il semble que l'éducation thérapeutique n'est pas été complètement comprise par certains pharmaciens qui croient en faire déjà dans leur pratique quotidienne à l'officine.

C'est un élément qui montre l'importance à nouveau de la formation. La formation obligatoire de 40 heures pour animer des séances éducatives au sein des programmes d'ETP autorisés par l'ARS, donne des bases pour comprendre l'éducation du patient. A la fin de telles formations, l'Unité Transversale d'Education Thérapeutique du CHU de Nantes rapportait entendre de nombreux soignants médicaux, infirmiers, etc. déclarer « avant cette formation je pensais faire de l'ETP, en fait maintenant, je sais que je n'en faisais pas. » Ces formations semblent donc indispensables pour que les pharmaciens d'officine puissent être critiques par rapport aux pratiques d'EP et BMP actuelles. Des adaptations et ajustements des guides existants pourraient être utiles pour inscrire ces entretiens actuels dans une démarche « pleinement ETP ».

La formation des pharmaciens sur les informations sanitaires pertinentes semble également importante au regard de certains conseils donnés en exemple. Il est en effet connu que certains conseils peuvent être contre-productifs et renforcer les peurs et angoisses des patients. Une étude nantaise a identifié l'impact de ces conseils répétés (« se laver systématiquement la bouche après une inhalation de corticoïdes ») pouvant renforcer la corticophobie de certains patients asthmatiques (56).

B.4 Perspectives de la recherche

B.4.1. Les défis favorisant l'éducation à l'officine

Une étude prospective sur la pharmacie d'officine propose des fiches de préconisation à l'intention des pharmaciens, faculté de pharmacie, formation initiale / organismes de formation continue (57).

Voir **Annexes 8, 9, 10 et 11** : Fiches de préconisation (pharmaciens d'officine, organisme de formation continue et initiale)

Par ailleurs, cette étude nomme **7 grands défis majeurs** selon un scénario volontariste et optimiste qui sont les suivants :

7 défis majeurs pour le pharmacien d'officine	
1	Assumer la double nature de la profession. Ceci pour mieux faire face à un contexte moins prometteur (perte du monopole, baisse des rémunérations)
2	(Re)conquérir sa légitimité comme acteur de santé
3	Intégrer son nouveau rôle, ses nouvelles missions
4	Installer la démarche qualité
5	Adapter les profils
6	Repenser l'espace officinal
7	Gestion des ressources humaines, limiter le Turn-over

Tableau 4 : Les défis majeurs de la pharmacie d'officine (57)

B.4.2. Ouverture sur la réflexion de la posture éducative du pharmacien et de l'équipe officinale

La sensibilisation des pharmaciens à leur rôle éducateur, de professionnel dans le parcours de soin du patient est une première étape à réfléchir. Les préparateurs sont aussi concernés par cette réflexion de posture éducative.

Cette sensibilisation apparaît nécessaire « pour que ces professionnels de santé puissent jouer le rôle qu'ils réclament » d'après **A. Deccache**. Il ajoute « il faudra d'abord modifier leur « image », de celle de commerçant spécialisé à celle de conseiller de santé. » (13).

L'article La posture éducative, une pièce maîtresse au service de l'éducation thérapeutique du patient (2019) récapitule et caractérise les points fondamentaux : la relation au temps, les bénéfices personnels pour les soignants, les aspects psycho-relationnels, la dimension globale du soin (58).

Par ailleurs, développer la sensibilisation à l'importance de la communication interpersonnelle dans la relation pharmacien-patient au sein de l'officine puis par extension la relation avec d'autres professionnels gravitant autour de l'officine : commerciaux / représentants laboratoire, collègues.

Passer de la compétence d'expert à l'attitude d'écoute, de dialogue et donc passer d'un rapport à l'autre à une implication relationnelle.

B.4.3. Ouverture à d'autres projets de recherche

Cette étude exploratoire amène vers d'autres recherches possibles :

D'une part, à partir des données de cette étude, un questionnaire pourrait être construit, visant à évaluer quantitativement les pratiques éducatives, les freins et les leviers des pharmaciens sur un grand échantillon. Cette nouvelle **étude quantitative** permettrait ainsi d'affiner la compréhension des phénomènes en jeu.

D'autre part, un élargissement de la recherche **auprès des patients eux-mêmes** permettrait d'avoir un regard croisé et d'autres éléments sur la perception de ces pratiques éducatives avec d'autres tensions pouvant passer inaperçues pour les pharmaciens eux-mêmes. Ou encore, un **projet de recherche miroir** incluant trois groupes : pharmaciens, médecins et patients, dans une analyse des données par triangulation.

Enfin **une recherche qualitative utilisant des observations de terrain** permettrait d'approfondir cette étude en analysant les modèles éducatifs théoriques sous-jacents aux pratiques éducatives à l'officine.

L'observation de pratiques formelles : de bilans partagés de médication et des entretiens pharmaceutiques, ainsi qu'une analyse des guides d'entretiens, permettraient de savoir si ces pratiques sont des véritables pratiques d'ETP ou pas.

L'observation de pratiques informelles : En effet un interrogatoire aux multiples questions fermées, une posture d'expert, une absence de prise en compte du vécu de la personne, etc nous permettrait de positionner ces pratiques au sein de pratiques « d'évaluation d'observance » ou d'information avec une pédagogie transmissive. Il serait donc intéressant d'approfondir cette recherche par des observations sur le terrain pour clarifier les modèles éducatifs dans lesquels ces pratiques s'inscrivent.

Une **recherche-action impliquant un nouveau dispositif d'accompagnement** serait intéressante à réaliser. Les UTET ayant démontré leur intérêt dans le développement de l'ETP au sein des CHU en France, il semblerait intéressant de renforcer l'accompagnement des pharmaciens par une UTET de ville offrant les mêmes services (formations ETP, conseils méthodologiques de développement de projets, observations, échanges de pratiques, présentation d'outils pédagogiques ...). Un projet de recherche mixte (quantitatif et qualitatif) permettrait, de manière prospective au fil de l'accompagnement, d'appréhender les changements de pratiques et d'identifier les leviers sociaux majeurs.

B.4.4. Vers un dispositif d'accompagnement du pharmacien dans ses pratiques éducatives

Les formations des pharmaciens doivent « être repensées en terme de compétences, à développer en matière de communication, d'information », de travail pluri disciplinaire, et ainsi permettre au pharmacien « d'acquérir une reconnaissance attendue d'éducateur ». Comme l'énonce le dossier intitulé Quelle est la place de l'éducation pour la santé en pharmacie d'officine ? (26) rédigé par **D. Doumont** et **F. Libion** (2002) Ce sont des études qui portent principalement sur les pharmaciens d'officine de la zone européenne.

Ainsi, ce document propose d'éclairer sur la réalité, le terrain et les enjeux qui touchent tant les aspects psychosociaux, de santé publique et d'éducation.

Par ailleurs, l'étude réalisée en Irlande (55) et énoncée précédemment, est toujours d'actualité. Aussi, pour que la formation reste un levier, il est indispensable de créer des programmes de formation sur-mesure et qui s'ancrent davantage dans les pratiques réelles des pharmaciens. Les compétences personnelles et professionnelles en matière de savoir, savoir-faire et savoir-être seront renforcées par ce format de formations avec des méthodes pédagogiques et motivantes. « Inclure dans la formation initiale des pharmaciens ...afin de leur prendre conscience de leur mission et de les préparer à ce rôle d'éducateur ».

Il en ressort de la nécessité d'identifier les besoins réels, notamment au regard des tensions détectées, pour pouvoir construire un dispositif d'accompagnement sur les missions d'éducation.

Conclusion

Cette recherche qualitative effectuée avec des entretiens semi-dirigés auprès de 12 pharmaciens d'horizons différents a mis en lumière différentes tensions liées à la mise en œuvre des missions éducatives du pharmacien d'officine.

A la problématique posée en introduction « Comment les pharmaciens vivent-ils leurs missions d'éducation du patient à l'officine ? », les réponses sont inscrites dans l'analyse des données collectées, comme une photographie des phénomènes un instant T pour quelques pharmaciens du département des Alpes-Maritimes, l'été 2019. Les tensions exprimées les plus importantes résultaient des changements de valeurs au sein de la communauté des pharmaciens. D'autres ont exprimé leur tiraillement entre l'intérêt de s'engager et un sentiment de ne pas savoir-faire ou d'infaisabilité, un sentiment de manque de reconnaissance professionnelle vis-à-vis des médecins, et enfin un sentiment de manque de reconnaissance financière.

Même si certains points méthodologiques de la recherche qualitative auraient pu être mieux appréhendés dans cette recherche, ce travail m'a permis de comprendre les freins et les leviers à la mise en œuvre des missions d'éducation du patient par le pharmacien d'officine, les causes racines étant situées justement au cœur de ces tensions.

Avoir pu déterminer ces tensions est essentiel pour pouvoir organiser l'accompagnement des pharmaciens dans leur nouvelle mission d'éducation. Les pharmaciens expérimentent aujourd'hui une phase délicate de changement de norme sociale qui les touche au cœur de leur métier. Avant l'acculturation à ces nouvelles missions éducatives puis l'inscription des pratiques d'éducation comme une nouvelle routine professionnelle, il est important de renforcer les compétences du pharmacien sur les trois piliers du savoir, du savoir-faire et du savoir-être.

D'autre part, d'autres missions complémentaires de soins du pharmacien récentes viennent renforcer son identité de « professionnel de santé » comme par exemple les actes de vaccination antigrippale, l'accueil possible d'une téléconsultation, la proposition d'un suivi en santé connectée, la réflexion sur la prescription pharmaceutique pour le cas d'infection urinaire aiguë de la femme, sans facteur de gravité.

Néanmoins, au regard des résultats de cette étude et des tensions présentes, il est aujourd'hui indispensable d'accompagner ce changement de normes humaines et sociales concernant les pharmaciens en coordination avec les autres professionnels de santé, les aidants et proches du patient.

Cet accompagnement sur-mesure doit être pensé, construit, adapté aux besoins constatés pour chaque équipe officinale, et mené directement sur le terrain. Le pharmacien, pour pouvoir prendre soin des patients, a besoin de prendre soin de lui-même et de son équipe, et de se tourner vers une posture éducative valorisante et équilibrée, inscrite dans un dialogue collaboratif.

Bibliographie

1. Allenet B. Pour que l'éducation thérapeutique du patient devienne pour le pharmacien une posture de travail. *Ann Pharm Fr.* 2012;70(1):53-7.
2. Raymond R. L'éducateur soignant malade Caractérisation d'une figure éducative originale [Thèse de sciences de l'éducation]. Université Paris 13; 2018.
3. Sandrin-Berthon B. Patient et soignant : qui éduque l'autre ? *Médecine Mal Métaboliques.* 2008;2(5):520-3.
4. Champy P, Etévé C, Forquin J-C, Robert A-D. Dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation. 3ème ed. RETZ EDS; 2005.
5. OMS. Education Thérapeutique du Patient : Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques [Internet]. 1998 p. 53. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107997>
6. Fournier M. Enquête sur les pédagogies alternatives. *Sci Léducation.* 2007;(179).
7. Houssaye J. Le triangle pédagogique : les différentes facettes de la pédagogie. *Pédagogies de Philippe Meirieu.* ESF; 2014.
8. Wacquez J. Le noyau dur du métier d'éducateur. 2013;21-66.
9. DREES, DGS. Document de travail : Indicateurs de suivi de l'état de santé de la population [Internet]. 2013 p. 524. Report No.: 44. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-sources-et-methodes/article/indicateurs-de-suivi-de-l-etat-de-sante-de-la-population-revision-2013-rapport>
10. Ordre National des Pharmaciens. Code de déontologie [Internet]. 2013 p. 1-74. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Nos-missions/Assurer-le-respect-des-devoirs-professionnels/Code-de-deontologie>
11. Merieux P. Pédagogie: le devoir de résister. ESF; 2008.
12. Ordre National des Pharmaciens. Fiche métier du Pharmacien titulaire d'officine [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Le-metier-du-pharmacien/Fiches-metiers/Officine/Pharmacien-titulaire-d-officine>
13. Vincent I, Karrer M, Deccache A, Fournier C, Kerzanet S, Buttet P, et al. Médecins, pharmaciens : les nouveaux éducateurs ? *Education pour la santé : reconnaître les « nouveaux rôles » des médecins et pharmaciens.* Santé Homme. 2005;376:7-45.
14. Gatto F. Apprendre à éduquer le patient. Haut conseil de la Santé Publique; 1999.
15. OMS. Glossaire de la promotion de la santé [Internet]. 1999. Disponible sur:

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/67245>

16. Le Rhun A. L'accompagnement « psychosocial » dans l'éducation thérapeutique du patient : de l'accompagnement soignant/ patient à l'accompagnement formateur/ soignant. Université de Nantes; 2008.
17. Ireps Pays de la Loire. EPS 30 mots : Index alphabétique [Internet]. 2019. Disponible sur: <http://www.irepspdl.org/eps30mots>
18. EHESP. Banque de données en santé publique [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://bdsp-ehesp.inist.fr/>
19. Tessier S, Andreys J-B, Ribeiro M-A. Santé publique, santé communautaire. 2ème édition. Paris: Maloine; 2004.
20. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Secrétariat d'Etat à la santé et aux handicapés. Plan national d'éducation pour la santé : Bulletin Officiel n°2001-46 [Internet]. 2001. Disponible sur: <http://www.reseau-asteria.fr/Documents/pneps2001.pdf>
21. Smith M, Juergens J, Jack W. Medication and the Quality of Life: Pharmacists can use understanding of quality-of-life issues in communications to help improve medication compliance. *Am Pharm.* 1991;31(4):27-33.
22. Fischer G-N, Tarquinio C. Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé. Paris: Dunod; 2006. 268 p.
23. Deccache A. La compliance des patients aux traitements des maladies chroniques : approche éducative globale [Doctorat en santé publique]. UCL - Université Catholique de Louvain; 1994.
24. Karrer M, Buttet P, Vincent I. Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie? Résultats d'une expérimentation auprès de femmes enceintes, d'adolescents et de personnes âgées. *Sante Publique (Bucur).* 2008;Vol. 20(1):69-80.
25. Libion F, Doumont D. Quelle est la place de l'éducation pour la santé en pharmacie d'officine. Belgique: Ecole santé publique - Unité d'éducation pour la santé; 2002 p. 22.
26. Lagrange F, d'Ivernois J-F, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique : l'école de Bobigny. 5ème édition. Maloine; 2016. 155 p.
27. Tourette-Turgis C, Thievenaz J. L'éducation thérapeutique du patient : champ de pratique et champ de recherche. *Savoirs.* 2014;n° 35(2):9-48.
28. Deccache A. Quelles pratiques et compétences en éducation du patient? Recommandations de l'OMS. *Bull Déducation Patient À Sa Mal.* 2002;21(1):23-5.
29. HAS. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation: Juin 2007 [Internet]. HAS; 2009 p. 39-43. Disponible sur: <https://www.has->

sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

30. Traynard P-Y. Le diagnostic éducatif. Une bonne idée pour évoluer. Médecine Mal Métaboliques. 2010;4(1).
31. Ministère des solidarités et de la santé. Arrêté relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient [Internet]. 2010. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000027497787&dateTexte=20190623>
32. Ministère des affaires sociales et de la santé. Décret relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient [Internet]. 2013-449 2013. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027482083&categorieLien=id>
33. Société française de santé publique, éditeur. Accompagnement et éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques: quels enjeux? quelles perspectives de développement? [Internet]. Santé & Société. Société française de santé publique; 2008. 107 p. Disponible sur: https://www.sfsp.fr/images/docs/lire_et_ecrire/la_collection_sante_societe/sfsp_sante_societe_14.pdf
34. Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? Rev Mal Respir. 2005;Vol 22(N° 1):31-4.
35. Ministère des solidarités et de la santé. Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2009-879 2009. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
36. Serreau Y. Accompagner la personne en formation. DUNOD. 2013.
37. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient (ETP): Dossier d'information pour le patient [Internet]. 2007. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
38. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [Internet]. [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/>
39. Rantucci MJ. Le dialogue Pharmacien-patient. Pro-officina. 2008.
40. Wable T. La communication à l'officine. Le moniteur des pharmacies. 2018. (Pro-officina).
41. Stewart M. The validity of an interview to assess a patient's drug taking. Am J Prev Med. 1987;3(2):95-100.

42. Landolo C. Guide pratique de la communication avec le patient. Techniques, art et erreur de la communication. Masson. 2006.
43. Leroux E, Chouraqui E. Négociation commerciale : Toutes les bases théoriques de psychologie et de management. Vuibert. 2011.
44. SFPC. Le bilan partagé de médication [Internet]. Pharmacie-clinique.fr. Disponible sur: <http://pharmacie-clinique.fr/bilan-de-medications/>
45. Constant A, Lévy A. Mémentos LMD : réussir mémoire, thèse et HDR. 6ème édition. Gualino; 2017. 208 p.
46. Phaneuf M. La recherche en soins infirmiers : méthode qualitative. 2013.
47. Kennedy J. Happy Scribe: Taking the pain out of transcription for time-poor writers. Silicon Republic. 2017.
48. Mucchielli PP et A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin; 2012.
49. Rondeau K, Paillé P. L'analyse qualitative pas à pas : gros plan sur le déroulé des opérations analytiques d'une enquête qualitative. 2016;Vol. 35(1):4-28.
50. Fallery B, Rodhain F. Quatre approches pour l'analyse de données textuelles : lexicale, linguistique, cognitive, thématique. 2007;27.
51. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine. 2009.
52. Ntebutse J-G, Croyere N. Intérêt et valeur du récit phénoménologique : une logique de découverte. Rech Soins Infirm. 2016;N° 124(1):28-38.
53. Le Rhun A, Roussel S, Crozet C. Influence des représentations des soignants sur leurs pratiques éducatives dans le cadre des maladies chroniques » - Modéliser la complexité des pratiques éducatives. CHU Nantes; 2009.
54. Le Rhun A, Gagnayre R, Moret L, Lombrail P. Analyse des tensions perçues par les soignants hospitaliers dans la pratique de l'éducation thérapeutique : implications pour leur supervision. 2013;2:43-6.
55. Morrow NC, Speedy P, Totten C. Health education perspectives in continuing education programmes for pharmacists. Health Educ J. 1 sept 1986;45(3):166-70.
56. Le Rhun A, Aubert Wastiaux H, Moret L, Misery L, et al. Peurs des dermocorticoïdes dans la dermatite atopique : stratégies de coping et rôle des professionnels de santé. Une étude qualitative. Educ Thérapeutique Patient. 2015;10.
57. Delair J, Billet B, Darchen L, Krawec M. Contrat d'étude prospectives dans la pharmacie d'officine. Ministère Trav. 2006;263.

58. Pétré B, Peignot A, Gagnayre R, Bertin E, Ziegler O, Guillaume M. La posture éducative, une pièce maîtresse au service de l'éducation thérapeutique du patient ! Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ. 2019;11(1):8.

Annexes

Annexe 1 : Fiche métier du Pharmacien d'officine - CNO

Métier

- Assure la **dispensation et le bon usage du médicament** à usage humain et vétérinaire
- S'assure de la **bonne compréhension du traitement** par le patient
- Propose au patient un **suivi pharmaceutique** (Dossier Pharmaceutique)
- Contribue avec les autres professionnels de santé à un **accompagnement personnalisé du patient** (éducation thérapeutique, etc.)
- Réalise des **adaptations galéniques** ou des préparations magistrales et officinales
- Répond aux attentes du public en matière de santé : disponible sans rendez vous, il joue un rôle majeur dans les soins de premier recours (conseil pharmaceutique et/ou orientation vers d'autres professionnels de santé si nécessaire)
- Participe aux **actions de santé publique**, de prévention et de dépistage
- Contribue aux **dispositifs de sécurité sanitaire** (pharmacovigilance, matériovigilance, alertes sanitaires, retraits de lots...)
- Coopère avec les autres professionnels de santé au sein des réseaux de santé, des établissements pour personnes âgées, etc.
- Contribue à la **continuité de l'accès au médicament** 7 jours sur 7, 24 heures sur 24
- Garantit en toute circonstance un **bon accès au médicament** en gérant les achats, les stocks et la bonne conservation des médicaments
- **Gère et manage** l'officine et son équipe (pharmaciens adjoints, préparateurs, étudiants, secrétaires...)
- En qualité de maître de stage, encadre et forme les stagiaires étudiants en pharmacie

Qualités requises

Rigueur, disponibilité, sens du relationnel et du travail en équipe, sens de l'écoute et de la décision, esprit entrepreneurial

Compétences à développer

Assurance qualité, communication, droit de la santé, gestion, informatique, management, marketing/commerce, pharmacologie, physiopathologie, santé publique, secourisme, vigilance sanitaire

Domaine / Lieu d'exercice

Exercice libéral : seul ou en association en Officine

Autres : Pharmacie mutualiste, pharmacie des caisses régionales de la sécurité sociale dans les mines

Formation

Obligatoire : Diplôme d'Etat de docteur en pharmacie

Formations complémentaires optionnelles : appareillage en orthopédie, nutrition et diététique, homéopathie, phytothérapie, aromathérapie, maintien et soins à domicile, pharmacie clinique, urgence et premiers secours...

Langues

Langue étrangère utile en fonction de la situation géographique

Relations professionnelles

- Patients
- Relation avec de nombreux professionnels de santé dans le cadre de l'exercice quotidien ou de réseaux de santé
-

Mobilité professionnelle

Possibilité d'installation dans l'Union européenne

Rémunération

Revenu variable selon l'activité de l'officine et les circonstances d'exercice

Inscription à l'Ordre

France *métropolitaine*
Section A
Section D si pharmacien adjoint, remplaçant, pharmacien gérant d'une pharmacie de caisse régionale de la sécurité sociale dans les mines ou d'une pharmacie mutualiste

Outre-mer
Section E

Effectifs

France *métropolitaine* + **Outre-mer**
Pharmaciens titulaires d'officine : 26 558 en métropole et 697 en Outre-mer pour 21 192 pharmacies en métropole et 623 en Outre-mer

France *métropolitaine*
Pharmaciens gérants mutualistes : 54
Pharmaciens gérants à la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines : 3



Annexe 2 : Présentation du projet de thèse

Document pour les réunion de projet de recherche à la 4^{ème} Journée de recherche en ETP (NANTES, Nov. 2018) et à la 12^{ème} Journée du GROUM'F (NICE, Mai 2019)

Expérimentation d'une réunion de recherche

Vendredi 17 mai 2019

12^{ème} journée du GROUM'F

Présentation Thèse d'exercice - Agnès de Massol

◊ Cadre du projet de recherche

Thèse d'exercice en Pharmacie

Comprendre les freins et les leviers à la mise en œuvre des missions éducatives du Pharmacien d'officine :



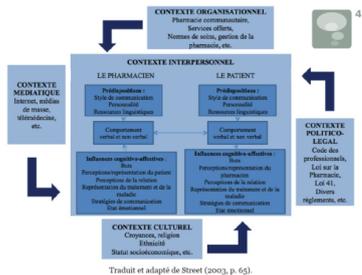
Recherche qualitative exploratoire auprès de Pharmaciens à Nice

Directrice de thèse **Dr Anne LE RHUN - NANTES**

- IREPS Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé
- UTET Unité transversale d'éducation thérapeutique
- Fabrique Créative de Santé

◊ Premières démarches de la thèse

Choix du sujet : définition et pertinence du



◊ Méthodologie de recherche

Choix Recherche de Type Recherche exploratoire qualitative

Elaboration du plan de recherche :

- Littérature (Modèles théoriques, besoins, ressources),
- Etude de terrain (PQOCC / Contexte)
- Problématique de recherche :
 - Comprendre comment les pharmaciens appréhendent leurs nouvelles missions éducatives (bilans de médicaments et/ou entretien pharmaceutique)
- Question de recherche
 - Où en sont les pharmaciens concernant leurs « nouvelles missions » éducatives ?

Hypothèse de recherche

- Manque de motivation intrinsèque (rôle perçu,...)
- Manque de faisabilité (conditions de travail, absence de temps dédié...)
- Manque de compétences (en ETP, en communication...)

Objectifs de recherche

- Identifier les freins perçus au développement des nouvelles missions du pharmacien (Motivés, non motivés, en réflexion...)
- Identifier les ressources et leviers perçus au développement des nouvelles missions du pharmacien (facteurs de réussite...)
- Identifier les besoins perçus au développement des nouvelles missions du pharmacien
- Analyses des pratiques, expérimentation, sensibilisation, entretien motivationnel, méthodes réflexives, réflexions format pédagogique et repères pour la formation (continue + initiale)

Méthodologie & Mise en Œuvre

Choix et définition de la recherche :

- Exploratoire
- Recueil des données :
 - Ecriture, proposition et réalisation d'un guide d'entretien (GE) avec les Pharmaciens sur les mises en œuvre Communication Pharmacien-patient
- Analyse des données
- Discussions



Outils de la RE⁺ GE

- Semi-directif qualitatif/évolutif
- CORDE
- 5 Thématiques :
 - Représentations
 - Pratiques
 - Limites/Barrières
 - Emotions/Sentiments
 - Perceptives/Attentes/Besoins/Motivation

Questionnements (?)

- Faisabilité (Contrainte Thèse)
- Rétro-planning - situation espace/temps: suite RE à NICE
- Analyse des données recueillies par GE
 - Grille de lecture ? Quelles Dimensions ? Discussions ?
- Impact de la RE
 - Emergence des réels besoins ?
 - Suite (cf perceptives)
- Projet « COMICS » de l'IREPS : Méthodologie Parallèle ?
 - Réalisation d'un temps Focus Groupe avec des patients experts ?
- Frontières floues entre RE et Recherche descriptives ?
 - En lien contexte Pharmacien
 - Phénomènes nouveaux peu ou pas documentés vs Phénomène connus que l'on veut décrire en profondeur ?

Perceptives



De la Recherche exploratoire à la **Recherche-Action**

- Création et évaluation d'un dispositif d'accompagnement du pharmacien sur la communication dans la relation de soin, mission d'éducation - Formation sur-mesure, le lien Pharmacie ville-Hôpital
- Amélioration des pratiques : Développement d'une nouvelle identité professionnelle, valorisation rôle pharmacien, accent sur



MERCI pour votre écoute active, Désormais partageons !

Feed-Back réunion de recherche

- Plan de recherche à revoir
 - Problématique et Question de recherche // plusieurs niveau « Comment » et « où »
 - Hypothèse // A priori, représentation initial
 - Objectifs // Trame/ canevas de Guide d'entretien GE // Catégories
- Dimension subjective et sensible
 - A faire valoir par la rédaction Réci initial
- Guide d'entretien semi-directif
 - Pas sur ce qu'il pense mais sur ce qu'il font
- Direction de recherche
 - Proposition d'une codirection local nice
 - Soumission de ce projet de recherche au groupe de recherche quali de la faculté de médecine de nice

Annexe 3 : Test d'observance de Girerd – sécurité sociale



OBSERVANCE DU PATIENT

LE PATIENT SAIT-IL QU'IL EST IMPORTANT D'ÊTRE OBSERVANT ?

QUESTIONNAIRE DE GIRERD (1 pt par réponse négative)* :

- CE MATIN AVEZ-VOUS OUBLIÉ DE PRENDRE VOTRE MÉDICAMENT ? OUI NON
- DEPUIS LA DERNIÈRE CONSULTATION, AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ EN PANNE DE MÉDICAMENTS ? OUI NON
- VOUS EST-IL ARRIVÉ DE PRENDRE VOTRE TRAITEMENT EN RETARD PAR RAPPORT À L'HEURE HABITUELLE ? OUI NON
- VOUS EST-IL ARRIVÉ DE NE PAS PRENDRE VOTRE TRAITEMENT PARCE QUE, CERTAINS JOURS, VOTRE MÉMOIRE VOUS FAIT DÉFAUT ? OUI NON
- VOUS EST-IL ARRIVÉ DE NE PAS PRENDRE VOTRE TRAITEMENT PARCE QUE, CERTAINS JOURS, VOUS AVEZ L'IMPRESSION QUE LE TRAITEMENT VOUS FAIT PLUS DE MAL QUE DE BIEN ? OUI NON
- PENSEZ-VOUS QUE VOUS AVEZ TROP DE MÉDICAMENTS À PRENDRE ? OUI NON

TOTAL RÉPONSE(S) NÉGATIVE(S) =6 4 ou 5 ≤ 3

* Plus le nombre de points est faible, plus il dénote un manque d'observance du patient :
bonne observance = 6 – Faible observance = 4 à 5 – Non observance ≤ 3.

Élément déclencheur	Type d'entretien					Bilan éducatif partagé	séance éducative d'ETP
	Conciliation médicamenteuse d'entrée	Conciliation médicamenteuse de sortie	Entretien pharmaceutique réalisé dans le cadre d'une consultation pluridisciplinaire	Entretien pharmaceutique ciblé	Bilan de médication (bilan partagé de médication si en officine)		
Objectifs de l'entretien							
Faire connaissance avec le patient/évaluer son autonomie en vie quotidienne (MMS, GIR...)							
S'assurer de la capacité du patient à participer à l'entretien							
Établir la liste des traitements	Entrée/Transfert	Sortie/Transfert	Nouveau traitement Modification d'un traitement Effet secondaire Défaut d'observance Marge thérapeutique étroite Consolidation des connaissances (traitement et maladie)	Nouveau traitement Modification d'un traitement Défaut d'observance Marge thérapeutique étroite Connaissances traitement et maladie	Patient âgé polymédicamenté	Maladie chronique Programme validé ARS	Maladie chronique Programme validé ARS
Repérer des problèmes pharmacothérapeutiques							
Évaluer le comportement du patient en lien avec sa qualité de vie							
Évaluer les connaissances et compétences des patients							
Repérer les besoins/ressources/freins/la motivation du patient							
Améliorer la gestion des effets indésirables							
Évaluer la bonne compréhension des informations transmises							
Répondre aux besoins éducatifs							
Tracer l'activité							
Communiquer/Transmettre aux autres professionnels (DMP...)							
Temps (à titre indicatif, peut varier selon les patients)	10 à 20 min individuel	10 à 20 min individuel	30 à 60 min individuel	30 à 60 min individuel	20 à 40 min individuel	30 à 60 min individuel	à adapter à adapter
Collectif/individuel	hospitalier/officine	hospitalier	hospitalier	officine / ambulatoire* / hospitalier	officine / ambulatoire* / hospitalier	officine / ambulatoire*	officine / ambulatoire*
Lieu	pharmacien, interne, étudiant, préparateur	pharmacien, interne	pharmacien	pharmacien	pharmacien	pharmacien si formation des 40h + DPC validé dans la pathologie	pharmacien si formation des 40h + DPC validé dans la pathologie
Acteurs							
Suivi	non	non	à périodicité définie (souvent par le médecin spécialiste)	à périodicité définie	à périodicité définie	à périodicité définie	à périodicité définie

Annexe 4 : Tableau comparatif des pratiques d'entretiens pharmacien-patient (ville/hôpital)- Fiche mémo SFPC – mars 2019

Annexe 5 : Canevas d'entretien phénoménologique, semi-dirigé et qualitatif

Guide d'entretien 1/3 : CORDE

Thèse d'exercice en Pharmacie - Agnès de Massol

« Vos représentations et votre retour d'expérience est essentiel pour ce sujet de recherche, je vous remercie de prendre ce temps d'entretien. »

C : Contexte

Je suis jeune pharmacienne diplômée.

Je m'intéresse particulièrement aux missions d'éducation et d'accompagnement du patient par le pharmacien d'officine.

Que ce soit l'acte pharmaceutique de délivrance avec les conseils associés, le conseil et l'information au comptoir, les entretiens pharmaceutiques, les bilans de médications partagés et les programmes d'éducation thérapeutique.

O : Objectifs

Cet entretien permettra de mieux comprendre ce que font et ce que pensent faire les pharmaciens en type de pratique éducative du patient. Par ailleurs comprendre les freins et les leviers des pharmaciens à s'engager dans leurs missions éducatives. Enfin, cet entretien permettra de comprendre le vécu personnel, la dimension émotionnelle dans la mise en œuvre de leurs missions éducatives.

R : Règles

Entretien anonyme, respect de la confidentialité, bienveillance, non jugement mais aussi liberté de répondre ou pas ... N'hésitez pas à employer le « Je ».

Il ne s'agit ni d'évaluer les connaissances concernant le rôle éducatif du Pharmacien ni de juger les pratiques au sein de l'officine du Pharmacien.

D : Déroulement

« Nous allons passer environ 45 min ensemble. Je vais vous poser des questions libre à vous de répondre, prenez le temps pour la réflexion. J'userais de quelques questions de relance si besoin est. J'enregistre notre conversation pour faciliter l'analyse. »

Et : Avez-vous des questions avant de se lancer ?

❖ **Sexe :**

❖ **Age (Année de naissance) :**

❖ **Formation Initiale (Faculté Pharmacie, filière(s), option(s)) :**

❖ **Nombres d'années d'exercices (toutes expériences vs officine):**

❖ **Parcours professionnel (Antérieur à la fonction actuelle) :**

❖ **Formation Continue (Master, DU, DPC // EP, BMP, ETP) :**

❖ **Typologie de Pharmacie actuelle :**

❖ **Date entretien :**

❖ **Durée entretien :**

❖ **Coordonnées mail (ou à défaut adresse) :**

Guide d'entretien 1/3 : Trame questions et relances

1

Les représentations et la description des pratiques éducatives

- ❖ **Racontez-moi quelles sont vos pratiques éducatives avec le patient ?
Comment faites-vous ?**

(En considérant que vous êtes au comptoir de la pharmacie, au domicile du patient ou dans un autre espace dédié)

Relance :

Distinguez-vous différentes sortes de pratiques éducatives dans votre métier de Pharmacien ?

Quelle est votre organisation dans la réalisation des pratiques éducatives ?

Quelles sont vos intentions ? Que cherchez-vous à faire ?

- ❖ **Par rapport à ce que vous avez décrit faire aujourd'hui, quelles sont dans votre parcours, les évolutions dans votre façon de faire, d'exercer vos pratiques éducatives ?**

R : *Donnez-moi des exemples ?*

2

Les freins et les leviers des pratiques éducatives

- ❖ **Qu'est-ce qui vous a amené à exercer ces pratiques ? Quels sont les éléments facilitant et les obstacles que vous identifiez aujourd'hui ?**

R : *A quoi sont-ils dus ? Pour quelles raisons nommez-vous ces leviers ou ces freins ? (Relations patient/soignant, difficulté du contexte à l'officine, compétence, rôle à jouer, amour du métier, temps, argent)*

- ❖ **Qu'est-ce qui vous a amené à arrêter, développer ou à améliorer vos pratiques éducatives ? Qu'est-ce qui a permis ces évolutions ? Qu'est ce qui fut freins ?**

R : *Pour aller plus loin, quelles améliorations aimeriez-vous mettre en place ? Pour quoi ? Pour quelles raisons ?*

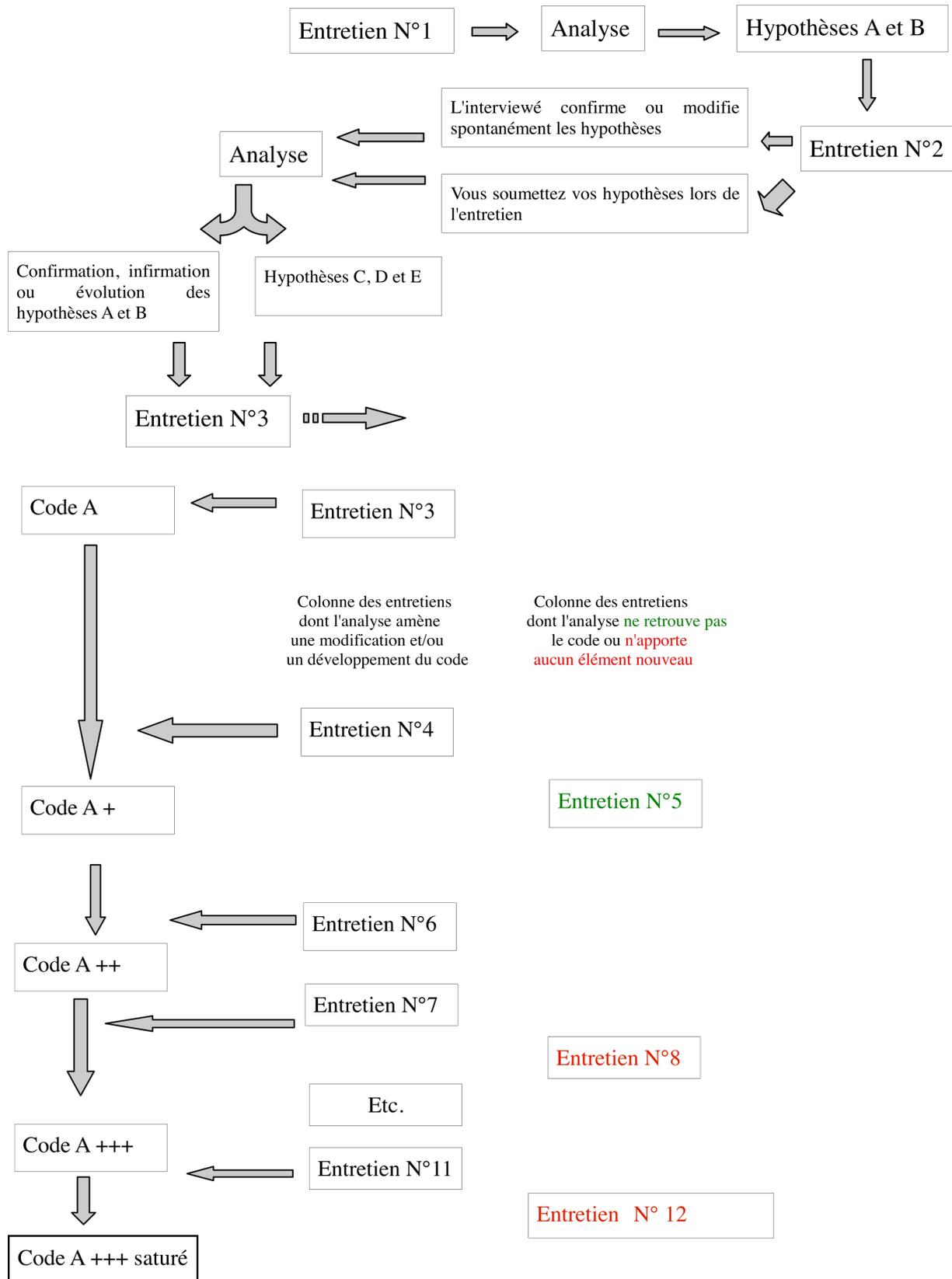
R : Dimension émotionnelle des pratiques éducatives

Aujourd'hui, comment vivez-vous personnellement vos pratiques éducatives avec le patient ?

Quelles sont les émotions, sentiments qui vous ressentez lorsque vous exercez vos pratiques éducatives ? Lorsque vous en parlez ? Y a-t-il des moments où vous vous sentez très à l'aise / où vous vous sentez mal à l'aise (décalage, tensions) par rapport à vos pratiques éducatives ?

Comment avez-vous vécu vos pratiques avant de possibles changements et évolutions ? Par rapport à quoi ? Qu'avez-vous fait alors ? Comment avez-vous géré ça ?

Annexe 6 : Schémas de la démarche d'analyse thématique de contenu (51)



	Pharmacien 1	Pharmacien 2	Pharmacien 3	Pharmacien 4	Pharmacien 5	Pharmacien 6
Sexe	F	M	M	F	M	M
Âge	28	31	50	31	60	39
Formation initiale (choix de filière)	Officine	Industrie	Industrie	Internat / Officine	Industrie	Officine
Formation continue (Master, DU, colloques, DPC ..)	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Formation EP	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Formation BMP	oui	oui	oui	oui	non	non
ETP (40h)	oui	non	oui	oui	non	non
Nombre d'années d'exercices en officine	3	5	13	3	34	10
Poste occupé actuellement	Adjoint	Titulaire	Titulaire	Titulaire	Titulaire	Adjoint
Typologie de l'officine actuelle	Urbaine	Rurale	Rurale	Urbaine	Urbaine	Urbaine
Date entretien	13/06	13/06/2019	26/06/2019	01/07/2019	02/07/2019	02/07/2019
Durée entretien (min)	26	59	111	25	15	24
Lieu de l'entretien	Domicile	Officine	Officine	Officine	Officine	Structure extérieur
Localisation	Nice port	L'escarène	Le rouret	Nice Nord Est	Nice centre	Nice Nord Est

	Pharmacien 7	Pharmacien 8	Pharmacien 9	Pharmacien 10	Pharmacien 11	Pharmacien 12
Sexe	M	F	M	F	F	F
Âge	62	30	54	32	60	34
Formation initiale (choix de filière)	Internat	Officine	Industrie	Officine	Officine	Officine
Formation continue (Master, DU, colloques, DPC ..)	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Formation EP	oui	oui	non	non	oui	non
Formation BMP	oui	oui	non	non	oui	non
ETP (40h)	non	non	non	non	oui	non
Nombre d'années d'exercices en officine	33	3	8	8	33	5
Poste occupé actuellement	Titulaire	Adjoint	Titulaire	Adjoint	Adjoint	Adjoint
Typologie de l'officine actuelle	Urbaine	Urbaine	Urbaine	Urbaine	Urbaine	Urbaine
Date entretien	03/07/2019	17/07/2019	18/07/2019	24/07/2019	25/07/2019	06/08/2019
Durée entretien (min)	39	57	48	28	45	39
Lieu de l'entretien	Officine	Structure extérieur	Officine	Domicile	Structure extérieur	Structure extérieur
Localisation	Nice Centre Est	Nice Sud Est	Nice Centre	St Laurent du var	NiceSud Ouest	Nice Centre

BMP	Bilan de Médication Partagé
DU	Diplôme Universitaire
DPC	Developpement Professionnel continu
EP	Entretien Pharmaceutique
ETP	Education Thérapeutique du Patient

Abréviations

Annexe 7 : Tableau des données d'identification Pharmacien

Questionnaire quantitatif du guide d'entretien (page 2)

Annexe 8 : Fiches de préconisation Pharmacien officine (57)

Fiche de préconisations n° 2			
Acteur : pharmaciens du « terrain » (l'officine)			
Préconisation pour le secteur	Impulser de nouvelles pratiques professionnelles au sein de l'officine en fonction des évolutions attendues en termes de santé des français, de maîtrise des dépenses de santé publique, de dynamisme économique de l'officine		
Intérêt pour l'acteur	<ul style="list-style-type: none"> - Anticiper l'adaptation requise par les évolutions réglementaires, économiques et sanitaires certaines. - Relancer l'attractivité des emplois officinaux et la fidélisation des personnels. - Revaloriser l'image et la place de l'officine et faire preuve de proactivité sur les dossiers qui impliquent les intérêts du secteur et, par contrecoup, de l'officine. 		
Objectifs opérationnels pour l'acteur	Améliorer les pratiques concrètes de management au sein des officines dans une logique d'efficacité du travail et de fidélisation des personnels.		
Actions à réaliser	Moyens à mettre en œuvre	Acteurs impliqués	Conditions de réussite
Encadrer la mise en place de la démarche qualité au sein de l'officine	<ul style="list-style-type: none"> - Actions de sensibilisation sur les modalités de rétribution et d'évolution des carrières au sein des officines (primes collectives et individuelles, parts en industrie, marges de progression en termes de responsabilité) - Identification, valorisation et diffusion de « bonnes pratiques en Ressources Humaines », en matière de <ul style="list-style-type: none"> o recrutement o possibilités d'évolution de carrière o contribution/rétribution o accès à la formation et à la qualification 	<ul style="list-style-type: none"> - Partenaires sociaux - Groupements - Pharmaciens titulaires - Organismes de formation 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Objectivation des pratiques professionnelles (mise en place de référents partagés (bonne pratique du poste) - Définition d'objectifs de progrès pour les membres de l'équipe (formation par exemple) et de carrière (et suivi des avancées concrètes). - Mise en place de parcours de carrière (verticaux et/ou horizontaux selon la taille et les possibilités de l'officine) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pharmaciens titulaires 	Consultation du personnel sur ses attentes et prise en compte des résultats de la consultation
Valoriser les activités de santé publique du pharmacien	<ul style="list-style-type: none"> - Formalisation de « bonnes pratiques de la démarche qualité », adaptées à la taille des structures - Sensibilisation les pharmaciens d'officine par l'organisation d'un dispositif de communication ciblé sur l'intérêt de la démarche qualité 	<ul style="list-style-type: none"> - Partenaires sociaux - Groupements - Pharmaciens titulaires - Ordre - Académie de la pharmacie 	Privilège accordé à l'encadrement des processus qualité, en évitant la formalisation excessive de procédures
	<ul style="list-style-type: none"> - Participation à des formations à la démarche qualité - Organisation en intra d'un accompagnement à la mise en place d'une démarche qualité 	<ul style="list-style-type: none"> - Pharmaciens - Équipe officinale 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Témoignages de professionnels sur la contribution pharmaco-économique de l'officine (en vue de l'évaluation par les pouvoirs publics et par la branche) - Communication à l'intérieur de l'officine à l'intention des patients et clients sur l'investissement de l'officine dans le parcours de soin, la veille sanitaire, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Groupements - Pharmaciens - Équipe officinale 	Portage partenarial et mutualisation des ressources
	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'enquêtes d'opinion - Campagne de communication publique sur l'expertise du pharmacien 	<ul style="list-style-type: none"> - Secteur (CPNE, Ordre) 	

Annexe 9 : Fiche de préconisation organisme de formation initiale (57)

Fiche de préconisations n° 7		
Acteur : organismes de formation initiale - Universités		
Préconisation pour le secteur	Proposer une formation initiale mieux reliée au terrain de l'officine tel qu'il se dessine	
Intérêt pour l'acteur	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer l'adéquation de la formation aux besoins de la profession - Anticiper les évolutions du métier et des conditions d'exercice du pharmacien du point de vue du terrain 	
Objectifs opérationnels pour l'acteur	<ul style="list-style-type: none"> - Intégrer les besoins actuels et futurs de la profession en ajustant les contenus de la formation et les modalités pédagogiques des cursus de formation (pratiques de réseaux avec les autres professionnels de santé, relation au patient, éducation thérapeutique, contribution pharmaco-économique, démarche qualité...) - Favoriser l'articulation des savoirs théoriques et des savoirs de terrain - Faciliter l'organisation de passerelles, la mobilité et l'orientation des apprenants au sein du cursus de formation 	
Actions à réaliser	Moyens à mettre en œuvre	Acteurs impliqués
Multiplier les échanges entre acteurs universitaires et professionnels de terrain	<ul style="list-style-type: none"> - Recours à des enseignants issus du terrain - Organisation de rencontres entre les universitaires et les professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> - Doyens - Équipe pédagogique universitaire - Partenaires sociaux locaux
Organiser l'encadrement des stages en amont de leur déroulement	<ul style="list-style-type: none"> - Définition de critères de sélection et d'évaluation des officines formatrices - Formalisation de cahiers de charges des stages en officine et à l'hôpital (objectifs, contenus, déroulement, évaluation) - Développement de compétences tutorales des maîtres de stages - Mise en place d'un couple référent de stage (université/officine) - Nécessité de contreparties attractives et contractuelles pour le pharmacien accueillant le stagiaire (mais non pénalisantes pour la qualité des apprentissages en situation professionnelle) 	<ul style="list-style-type: none"> - Équipe hospitalière (médecins, pharmaciens) - Équipe pédagogique universitaire - Étudiants - Pharmaciens maîtres de stages
Diversifier les modalités pédagogiques	<ul style="list-style-type: none"> - Développement des études de cas, des mises en situations (exemple type : les officines test) - Multiplication des sites de stages 	<ul style="list-style-type: none"> - Doyens - Équipe pédagogique universitaire
Identifier, valoriser et mutualiser les bonnes pratiques pédagogiques	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation de rencontres d'échanges thématiques - Diffusion d'informations 	<ul style="list-style-type: none"> - Conférence des Doyens /Doyens - Responsables de formation universitaire
Organiser la modularisation du cursus	<ul style="list-style-type: none"> - Réorganisation des enseignements en unités de sens cohérentes et autonomes adossées aux référentiels d'activité et de compétences établis - Développement des compétences de médiation pédagogique (évaluation de compétences et orientation au sein des parcours) - Diversification des publics et ouverture de modules ou sous-modules, en formation continue, aux préparateurs, à d'autres professions de santé, à d'autres employés de l'officine, en fonction de la finalité de ces modules et en définissant des pré-requis précis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ministère de l'Éducation - Conférence des doyens / Doyens - Commission nationale pédagogique - Responsables de formation universitaires

Fiche de préconisations n° 9				
Acteur : Organismes de formation continue 1/2				
Préconisation pour le secteur	Proposer une formation continue mieux reliée au terrain de l'officine tel qu'il se dessine			
Intérêt pour l'acteur	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer l'adéquation de l'offre aux besoins et contraintes spécifiques des personnels officinaux - Accroître sa réactivité dans un contexte d'évolution de la demande de formation et de concurrence accrue 			
Objectifs opérationnels pour l'acteur	<ul style="list-style-type: none"> - Ajuster l'offre de formation aux besoins prévisibles de compétences - Conforter l'appropriation de nouvelles pratiques professionnelles - Anticiper les implications des évolutions réglementaires et économiques et sociales du secteur dans l'offre de formation - Faciliter l'accès et la consommation de formation permanente de tous les personnels d'officine 			
Priorité	Actions à réaliser	Moyens à mettre en œuvre	Acteurs associés	Conditions de réussite
1	Développer des approches personnalisées de développement de compétences	<ul style="list-style-type: none"> - Proposition d'actions de coaching en management - Actions de formation en intra, in situ et à distance - Mise en place de formations action (notamment sur la qualité) 	OPCA CPNE	Adapter la procédure de contrôle de formation des organismes financeurs aux modalités à distance
3	Ajuster l'offre de formation aux conditions de formation « tout au long de la vie »	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation de parcours de formation modularisés, progressifs (initiation/perfectionnement) et cumulables - Développement des méthodes et des outils de suivi pédagogique (tutorat à distance, par exemple) 		<ul style="list-style-type: none"> - Développer les compétences en ingénierie de formation des organismes de formation - Organiser une concertation avec l'organisme financeur sur la prise en charge du suivi pédagogique.
2	Renforcer la sensibilisation des personnels d'officine à l'accès à la formation continue	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation d'un dispositif de communication auprès des personnels d'officine : <ul style="list-style-type: none"> o informations ciblées sur l'organisation de plans de formation, du DIF et de la VAE) o diffusion des offres de formation par la presse - Élaboration d'outils et de supports lisibles 	<ul style="list-style-type: none"> - Organismes financeurs - CPNE - Organismes de formation 	Organiser le dispositif en concertation avec les organismes financeurs et la CPNE
2	Organiser une veille sur l'évolution des besoins de compétences et des attentes des bénéficiaires	<ul style="list-style-type: none"> - Animation d'espaces d'information souples et nourris par les organismes de formation - Diffusion et analyse des évaluations des formations 	<ul style="list-style-type: none"> - Organismes financeurs - CPNE - Organismes de formation - Universités 	Mettre en place des relais permanents d'informations et d'échanges entre la CPNE, les organismes financeurs et les organismes de formation

Annexe 10 : Fiche de préconisation organisme de formation continue 1/2 (57)

Fiche n° 9 (suite) organismes de formation continue - 2/2

Priorité	Actions à réaliser	Moyens à mettre en œuvre	Acteurs associés	Conditions de réussite
1	Promouvoir des approches « réseau » et globales des pratiques officinales	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation de formations pour des publics mixtes (officinaux, inter entreprises et interprofessionnels) dans le domaine de la santé publique - Mise en place de groupes d'échanges et de pratiques officinales (partages d'expériences et études de cas pratiques) - Intégrer des apports sur les savoir-faire et les savoir être dans les formations (démarche psychologique et relationnelle, approche personnalisée du patient/client) 		Organiser des regroupements pédagogiques de professionnels à un niveau géographique (régional, national) qui évite les risques de défiance mutuelle liée à la concurrence de proximité immédiate
3	Proposer des adaptations dans la prise en charge des formations	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation de groupes de concertation portant sur : <ul style="list-style-type: none"> o Les conditions de prise en charge des formations non liées au médicament (gestion commerciale, gestion des conflits, management, formation de formateurs...) o les procédures de prise en charge. 	<ul style="list-style-type: none"> - CPNE - Organismes financeurs 	

Légende

CATEGORIE CENTRALE

X/ Catégorie

***Code / Unité de sens**

Idées sous-jacentes

Verbatims importants

Matrice de lecture de l'analyse

I- LES PRATIQUES (P)

II - LES LEVIERS (L)

III - LES FREINS (F)

IV- LES TENSIONS (T)

I- LES PRATIQUES (P)

I.2- PRATIQUES EDUCATIVES DU PHARMACIEN

a) Pratiques éducatives formelles

P/ Outils d'information au sein de la pharmacie :

*** Usage des réseaux sociaux pour transmettre des messages de Santé Publique**

(Pharmacien 1) Les **messages de santé publique** donnés par exemple sur les **réseaux sociaux** que ce soit sur les réseaux personnels, ou les réseaux de la pharmacie. Pour nous c'est **Facebook**. Cela fonctionne selon les besoins du moment, la rumeur des gens qui nous suivent, dont on a pas mal de réactions. Et cela peut porter sur des sujets divers et variés ; sur l'arrêt du tabac par exemple.

*** Usage de la communication écrite disposée au comptoir pour transmettre des messages de Santé Publique**

Information

(Pharmacien 1) La plupart du temps, les messages de SP se font par transmission orale uniquement à l'officine. On ne donne pas forcément de papiers. Après on a **des papiers, des dépliants** qui sont déjà faits et que l'on pense à donner aux personnes le nécessitant le plus. Par exemple : sur l'implication du Silicium, comment allaiter son enfant. Tout ça pour moi, **c'est un peu de santé publique aussi.**

P/ Système Information à l'intention des médecins pour la coordination

*** Mise en place Double système de flux pour les entretiens de Bilan de médication partagé (BMP)**

Décomposition Flux automatique et formel (mail sécurisé) et flux informel (mail, téléphone)

(Pharmacien 2) Parce que dans ce que l'on doit rapporter à la sécurité sociale concernant les entretiens, on est obligé de tenir au courant les médecins avec une lettre, **en fait, j'ai mis en place avec eux un double flux.** Le flux légal où je leur envoie automatiquement les phrases type « bla bla bla ... J'ai reçu en entretien ce patient » avec des banalités qui ne servent à rien mais qui permettent de me couvrir légalement. Eux les médecins sont d'accord, ils m'ont dit « tu nous les envois chez nous on les jette après ». Et après, un autre flux où je leur envoie un mail, un « vrai » mail en disant « Là avec ce patient, je l'ai vu en BMP, j'ai un problème parce qu'il a un souci de prostate. Il ne s'en sort pas. Il a aussi des soucis cardiaques et il initie un nouveau traitement avec un diurétique ». Et ça, je vais directement en faire un autre flux, pour que ce soit noyé dans les centaines d'autres qui ne servent à rien. Parce que pour moi, il y a quand même une grande partie du travail qui a été fait en amont, très souvent par téléphone. Alors voilà quand il y a des vrais soucis, on l'a fait en amont du BPM. Donc là, si je détecte des soucis, on continue le faire par mail ou par téléphone.

P/ Vers la formalisation d'un modèle de service de qualité à l'officine

Force de proposition, préconisation pharmaceutique, suivi de conseil

*** Utilisation de la force de proposition vs l'acte de vente : Alliance thérapeutique ou contrat éducatif**

(Pharmacien 3) Pour établir l'alliance thérapeutique, **on va faire une force de proposition** non pas un acte de vente mais une force de proposition, en disant «Moi je pense que ..., ceci me semble intéressant par rapport à votre cas de figure ... ». On va **faire le tri avec le patient en fonction de lui** aussi ce qu'il a compris de la démarche. S'il est d'accord sur les fondamentaux de ce qu'on va faire, et proposer une stratégie écrite.

*** Etablir des stratégies de préconisations pharmaceutiques écrites associées à la force de proposition lors d'un entretien**

(Pharmacien 3) ... Ne pas établir juste une stratégie orale avec le patient mais une **stratégie de préconisations pharmaceutiques écrites** qui sont un **détournement assumé des plans de posologie**, qu'on utilise, bien entendu, pour reprendre en main une ordonnance mal comprise par exemple (prise le matin, prise le soir, avant ou après les repas...) Cela permet **de récapituler, de faire le bilan** de ce qui serait bon pour le patient. **Une sorte de couteau suisse** en disant « ça c'est plutôt pour le stress », « ça c'est plutôt pour le sommeil », « ça c'est plutôt pour la formation du tube digestif » et « vous allez avoir de l'homéo, de l'aromathérapie, de la Gemmothérapie, de la dermo-cosmétique etc. mais **avec des posologies et une stratégie précise dans le temps** sur 15 jours, un mois, deux mois, 3 mois **avec un suivi.** »

*** Evaluer les effets de ses conseils, proposer systématiquement un conseil puis un suivi de conseil**

Légitimité soignant, PEC de qualité

(Pharmacien 3) L'idée c'est que systématiquement toute l'équipe officinale, **le pharmacien ou le préparateur aillent jusqu'au bout des choses** avec le patient. Exercer une forme de « courage assumé » auprès du patient, à le questionner mais aussi une **forme simplement de légitimité de professionnel de santé où l'on travaille avec le patient jusqu'à bout**. Par exemple, dire au patient « S'il vous plaît, là on a fait le boulot. On a fait le conseil. Vous étiez d'accord pour bien faire. Maintenant dites-moi comment ça a fonctionné pour vous ? - Parce qu'à un moment donné, si cela ne convient pas, on va pouvoir adapter. » Exemple : J'ai eu encore le cas, il y a deux jours, concernant des troubles urinaires pour un homme de 70 ans qui témoigne : « j'ai l'impression que ça me fait trop pisser la journée et la nuit je n'arrive toujours pas ». « Ok pas de souci (je crois que c'était des gélules d'Onagre) ce n'est parfois pas adapté à tout le monde, Il n'y a pas de solution universelle ». Et **on se lance sur de nouvelles pistes et les patients apprécient.**

P/ Questionnements ciblés sur une période de l'année

Planification pour éviter de répéter les mêmes messages

(Pharmacien 2) Et après on fait **des périodes dans l'année où l'on rappelle un élément important pour une pathologie donnée**. On s'organise comme ça pour ne pas non plus tout le temps en parler.

Par exemple on va se dire pendant un mois toutes les personnes qui viennent avec une ordonnance de diabète. : "Est-ce que vous avez pensé à prendre votre rendez-vous chez l'ophtalmo c'est tous les ans" ils peuvent dire "Ah mais j'y suis allé" Je dis alors "Mais quand ?" s'ils répondent "bah ça fait longtemps" "C'est que vous y pensez plus..." « Alors pensez à prendre rendez-vous pour faire les piqûres de rappel par rapport à tout ça ». Tout ce qui est ophtalmo, le cardio et les pieds. Ça, on le fait à chaque fois, en fait à chaque délivrance, mais par période. Parce que si tous les mois je le redis « pensez aux pieds », il va me dire « vous êtes fétichiste des pieds ». donc il faut bien que ça rentre.

***Information et répétition de l'information**

(Pharmacien 2) Ceux à qui il y a vraiment un intérêt d'appuyer, ceux avec qui voilà je veux le redire tous les mois parce que je sais qu'ils m'écoutent à moitié et où il m'a dit "Oui, je suis allé", "oui, j'ai pris rendez-vous chez la podologue" ça fera rien que je remette un coup alors je dis que "c'est bien, vous faites bien attention".

(Pharmacien 2) On a fait une **vague d'activation du dossier médical partagé**. Nous avons effectué une vague d'activation au moment de la mise à jour des cartes mutuelles en début d'année. On s'est dit, quand le patient a sa carte mutuelle, on met les cartes de la nouvelle année à jour. Nous informions et avons recueillis pour cela le consentement du patient. On disait « Oui, il nous faut aussi votre téléphone pour mettre à jour ou créer votre DMP, c'est tout simplement un nouveau service proposé par la Sécurité sociale ». (Bis leviers travailler en réseau/ soins coordonnées)

*** Une expérience éducative (1- exemple à la maison du diabète non renouvelée)**

(Pharmacien 2) On avait **essayé de faire avec la Maison du diabète les entretiens avec les patients, mais on n'a pas renouvelé l'expérience.**

P/ Pratique et planification d'entretiens et bilans formels : EDUCATION

Description des bilans partagés de médication et des entretiens pharmaceutiques

*** Education thérapeutique du patient à l'officine : entretiens planifiés**

(Pharmacien 2) Après le deuxième volet de mon métier, c'est le moment où l'on prend plus le temps et où on fait de l'**éducation thérapeutique pure** au moment des **bilans partagés de médication** ou des **entretiens Asthmes, AOD/AVK**. Ces entretiens vont prendre plus de temps, donc je les planifie. Je considère les bilans et les entretiens, c'est comme de l'éducation thérapeutique même si on est seul soignant.

*** Proposition et pratique d'entretiens pharmaceutiques**

Prendre du temps pour les explications sur la pathologie, savoir-faire technique

(Pharmacien 1) L'entretien pharmaceutique est plus spécifique sur certaines pathologies comme le diabète, l'asthme, les AVK. C'est un peu plus poussé que lors de la délivrance au patient de son ordonnance.

(Pharmacien 2) Quand j'ai fait l'entretien asthmatique, je réexplique qu'est-ce que c'est l'asthme, d'où ça vient, le facteur déclenchant, comment l'éviter. Je prends plus le temps que lors de la délivrance même si j'explique à chaque fois au patient son dispositif médical d'inhalation. Il ne sort pas de la pharmacie tant que je n'ai pas montré comment marche le dispositif médical.

*** Proposition et pratique du bilan de médication.**

Argument au patient concernant contexte, bénéfices ...

(Pharmacien 2) « Je leur dis « la Sécurité sociale me demande d'en faire ». Je leur dis que c'est en fait un petit peu le travail qu'on faisait déjà avant, mais **on nous demande de le formaliser**. J'enjolive un peu le truc en disant qu'il y a des pharmacies en centre-ville qui prennent moins le temps pour leurs patients. Ainsi la sécurité sociale veut que tout le monde puisse le formaliser même si nous le faisons déjà. Mais il faut qu'on le montre. »

(Pharmacien 4) Voilà le deuxième point après le comptoir, **c'est le temps de prise de rendez-vous pour des entretiens pharmaceutiques et bilan de médication partagé**. Voilà nous procédons par le même système de prise de rdv. A l'époque, on en a fait. Seulement, on a dit « stop » en début d'année avec notre pharmacien. (BIS FREINS)

*** Proposition et pratique d'entretiens de micro-nutrition par un Pharmacien sensibilisé et formé**

(Pharmacien 1) Je réalise des entretiens de micro nutrition. Là c'est carrément **individuel et à la demande du patient où l'on peut se retrouver dans une place autre que la pharmacie**, pour justement parler et refaire le point sur leur état de santé, **en particulier sur l'alimentation**, mais intégrer aussi la santé globale de la personne, pas uniquement les médicaments. On part sur les essentiels de la vie qui... on part sur l'alimentation. Un peu comme disait Hippocrate "**Que ton alimentation soit ton premier médicament**" Ce n'est pas exactement comme ça qu'il le dit mais c'est ce qui me vient. Je souhaite **qu'il y ait plus de place pour la micro-nutrition à l'officine**.

*** Promotion des bilans partagés de médication d'un pharmacien à d'autres confrères pharmaciens**

Arguments économiques

Rappel nouvelles réformes de la pharmacie d'officine (Transfert rémunération perte de marge des médicaments par patient vers rémunération honoraires entretiens)

Prise de conscience, comprendre la nécessité de changement des pratiques

(Pharmacien 2) J'explique à mes confrères pharmaciens que je croise **que les bilans partagés de médication sont en fin de compte l'objet du transfert de rémunération**.

Un exemple tout bête c'est le médicament Xarelto* il a perdu 8 euros par boîte soit 8 euros par boîte à l'année ça fait 90 euros mais en marge ça fait à peu près 20 euros (parce qu'on ne gagne pas 90 euros, c'est à peu près 20 euros de perte de marge par patient). C'est comme ça que je l'ai présenté à d'autres pharmaciens qui étaient réticents parce que j'ai vraiment essayé de leur témoigner cela pour qu'ils fassent. Donc je leur répète avec la nouvelle réforme vous perdez 20 euros sur chaque boîte de Xarelto*. Si vous faites l'entretien vous allez gagner entre 50 et 40 euros en fonction si c'est la première ou la deuxième année.

(Pharmacien 2) La « Sécu » part du principe que vous allez faire un entretien sur deux pour tous vos patients. Si vous en faites, plus vous êtes gagnants avec la réforme. Si vous en faites moins, vous êtes perdants dans tous les cas. Dans tous les cas, à terme il faudra faire ces entretiens. Donc, tant qu'à faire, faites le maintenant pour plusieurs raisons, à la fois pour le patient et à la fois pour suivre le transfert de marge.

*** Proposition et pratique de consultations, aides et entretiens de suivi en oncologie**

Consultations avec honoraires supplémentaires / Outils fiches simplifiées médicaments anticancéreux

(Pharmacien 3) Je fais des consultations en oncologie ou bilans oncologiques. C'est plus spécifique par rapport aux compétences qui sont demandées, un peu atypiques. Le recrutement se fait toujours par du bouche à oreille de patients ou de professionnels de santé. Par exemple « Je vais avoir une radiothérapie, j'en suis là ... » donc « au moment du rendez-vous, amenez votre dossier précis de suivi » Autre exemple, ma patiente, décédée il y a un mois et demi, cela faisait 5 ans que je la suivais. Je la voyais ces derniers temps minimum deux fois par mois. On a fait un boulot magnifique pendant 5 ans. *Son mari est devenu un proche. Voilà j'étais avec elle, je suis passé pour la dépanner en Durogésic. Un dépannage limite certes au niveau éthique (sachant que j'avais le médecin qui me connaissait) Et durant sa fin de vie, elle m'a dit « on a fait du bon boulot et bon là il m'a eu. » C'était fatal par les métastases au niveau hépatique (des transats qui ont explosées, les gammas GT qui explosaient).*

(Pharmacien 4) Moi, je faisais pas mal de choses pour les cancéreux ... Sachant que l'instauration de certains traitements, dispositif médicaux... c'est toujours un peu compliqué. Je vais imprimer des fiches santé, par exemple, celle du portail OMEDIT. Quand le patient vient chercher son médicament, je sais déjà que je peux passer un quart d'heure à lui expliquer, tout ce qu'il nécessite ou tout ce qu'il a besoin de connaître, tels que les effets indésirables. Je leur remets une fiche. Souvent je les vulgarise un peu parce qu'il y a plein de trucs qui leur font peur sur ce genre de fiche. Aussi parce qu'il y a beaucoup d'informations, je cible, cela fait gagner du temps pour ce qui est principal pour le patient.

(Pharmacien 10) J'ai été formé aux prothèses mammaires, ainsi je suis plus à mon aise dans le conseil, pour la prise en charge d'une femme ayant eu le cancer du sein. Je peux m'entretenir avec elle plus longtemps (BIS Leviers)

*** Proposition et pratique de bilan ou entretien de terrain avec les patients volontaires**

Consultations basées sur une problématique de santé

Consultations avec Honoraires supplémentaires

(Pharmacien 3) La base, la pratique éducative la plus régulière au sein de mon officine, c'est quand même avant tout le bilan de terrain. Ces bilans se réalisent selon souvent des occasions, grâce à du bouche à oreille local de patients entre eux ou avec d'autres professionnels de santé.

Usage d'outils pour réaliser les bilans de terrains

On travaille, par exemple, aussi sur le terrain avec des outils de bilans de bio-nutritionnels etc. *Organisation du pharmacien pour pratiquer ces bilans de terrains*

C'est le bilan de terrain donc à un moment donné, c'est sur rendez-vous. Je bloque une plage horaire dans mon agenda de 9 heures à 15 heures. Je redis à la prise de Rdv, « amenez-moi tout votre dossier médical et toutes informations complémentaires » Et ça va forcément prendre 40 minutes.

Questionnements et contenu de l'entretien

Sur une problématique qui peut être la neurologie, l'inflammation, l'eczéma, la dépression, l'addiction, les hyperactifs, les risques cardiovasculaires Vraiment le champ est très large dans les problématiques de santé abordées. Pour le coup, le questionnement va aborder plusieurs thématiques. « Dites-moi concernant les médicaments ... et puis votre état physiologique et votre environnement, habitudes, votre activité physique, votre qualité de sommeil ». Il y a donc tout ça. C'est bien dans le bilan de terrain. Les questions et thématiques vont être bien sûr déclinées en fonction des besoins.

*** Proposition et pratique d'un temps discussion avec le patient dans la salle confidentielle avec Prise de rendez-vous dès que le cas se présente**

(Pharmacien 4) On est surtout dans la pratique au comptoir mais après quand on voit, **on décèle qu'il y a une difficulté du patient sur un point personnel, administratif, thérapeutique**. Ainsi, on a tendance à prendre des **petits rendez-vous** dans la petite salle que l'on a à l'entrée. **C'est vraiment pour ceux qui le veulent, qui acceptent de prendre un temps privilégié pour communiquer**. Certains ne souhaitent pas en parler. Les **rendez-vous concernant les difficultés du patient prennent plus de temps que discuter en bout de comptoir**. Donc, **on réserve des disponibilités** comme cela pour les patients avec mon pharmacien adjoint. **Lorsqu'on est là tous les deux**, l'un de nous peut s'accorder un temps ou peut prendre des rendez-vous juste pour ça dans ce temps-là. On est d'accord qu'on fixe aussi les visites à domicile, les entretiens, les BMP dans ces créneaux. **C'est un emploi du temps spécial avec des disponibilités à la pharmacie où l'on peut fixer des rendez-vous.**(BIS Levier)

Classiquement, on peut fixer tout type de rendez-vous sur ces créneaux ; il y a aussi les rendez-vous « labo ». Mais ce temps de disponible, on essaie de le laisser au maximum au profit des patients. Par exemple, sur ces périodes horaires où l'on est deux pharmaciens, on estime qu'il y a des moments de disponibles où l'on peut très bien prendre rendez-vous avec un patient à ce moment-là quel que soit le désir du patient.

Un exemple, problème type, un patient ne comprend pas pourquoi il n'a pas été remboursé etc. Alors là, on va pouvoir donner rendez-vous et comme ça on ne fait pas ça au comptoir. Sinon c'est quelque chose qui peut interpeller les gens d'à côté. Voilà, ça c'est quelque chose qu'on essaie de proposer. On leur dit de venir avec leurs relevés, on se cale disons 20 minutes dans le local et on parle.

P/ Avis du pharmacien sur l'éducation thérapeutique du patient formalisé

*** Prolongement des pratiques informelles au comptoir :**

(Pharmacien 2) L'entretien pharmaceutique et les bilans avec le patient pour moi correspondent aux pratiques éducatives que j'ai au comptoir mais en plus complet. Mais, en fait, ce **que je fais en global en prenant le temps de l'entretien asthme, c'est un peu un mélange de tout ce que je fais au quotidien**.

Tous les thèmes peuvent être abordés (**Règles hygiéno-diététique, habitudes de vie, observance du traitement**) et on a plus de temps. Donc, on va dire il y a peut-être 5/6 thèmes à chaque fois différents selon la pathologie. Et quand je fais le bilan asthmatique, je reprends le questionnaire, je le lis, je fais les thèmes tous à la suite.

(Pharmacien 5) Mes pratiques d'éducation au comptoir sont **moins formelles et moins formatées que si c'était un entretien**. Je fais de l'éducation, oui, mais voilà ce n'est pas quantifiable comme avec un premier, deuxième entretien etc. *Par exemple, un patient qui se dit « essoufflé » etc. Je vais lui dire : « la haie ne la taillez pas quand il fait beau. Taillez après la pluie ou mettez un masque par rapport aux allergènes ou poussières. Allez marcher après la pluie ». Tout ça je vais le dire quand je sais qu'il marche beaucoup, puisque je le connais. Il dit : "ah bah, là je ne marche pas en ce moment ". Je lui dis : « Il y a trop de allergènes attendez que la pluie passe. Quand il pleut ou après la pluie, vous serez mieux pour marcher » c'est un petit quelque chose mais ça je vais le faire au quotidien. Au quotidien, je ne peux pas lui parler de son dispositif, de la pluie... Par contre quand il vient en entretien ciblé asthmatique; là je ne me formalise plus*

b) Pratiques éducatives informelles

P/ Variabilité des pratiques et activités : conseils, ordonnances, parapharmacie.

*** Activités diverses dans l'éducation du patient**

(Pharmacien 1) Il y a plusieurs formes d'éducation qui sont utilisées on va dire quotidiennement à la pharmacie...

*** En fonction de la localisation, du statut économique des patients, zone de chalandise et de typologie de l'officine :**

(Pharmacien 8) J'ai travaillé dans des pharmacies de quartiers, où il n'y a essentiellement que du tiers payant soit des ordonnances, très peu de parapharmacie ou de conseil. L'inconvénient c'est que un conseil avec un coût par patient très limité car la plupart des patients n'ayant pas d'argent à dépenser ou préférant se rendre dans les très grandes pharmacies pour trouver bien moins cher. C'est un peu brut, c'est tout simplement la vérité. Dès lors qu'un produit n'était pas remboursé sur l'ordonnance, le patient préfère sortir sans le traitement complet quitte à ne rien payer. Ce contexte-là est particulier.

(Pharmacien 8) Par exemple quand j'ai travaillé à la pharmacie de l'Aéroport terminal 2, tu vois une ou deux cartes vitales par jour. Les gens ne viennent pas chercher leur traitement à l'Aéroport à part les jours de gardes. Donc tu fais que du conseil toute la journée, alors ça c'est aussi trop cool parce que c'est du vrai conseil c'est à dire que tous les gens arrivent avec une demande sur petites pathologies, avec quelques demandes plaisirs annexes.

(Pharmacien 12) J'ai travaillé en remplacement dans une pharmacie de quartier. On ne faisait que des ordonnances. Pour la parapharmacie et le conseil c'était plus difficile parce que les gens là-bas n'avaient pas d'argent. Donc le conseil sur d'autres thérapies complémentaires au traitement, à l'état pathologique était limité. Je n'insistais pas parce que je n'aime pas ça. Mais dans ce cas de figure, j'accentuais sur l'éducation autour de l'ordonnance. Là maintenant je travaille dans une pharmacie balnéaire, touristique alors je ne fais pratiquement que du conseil à certaine période.

(Pharmacien 7) J'ai une pharmacie de quartier, je vois certains patients plusieurs fois dans le mois voire dans la semaine. Pour leur renouvellement premièrement mais dès qu'ils ont un petit bobo, où qu'ils ont juste envie de venir vous voir.

P/ Pratiques et composantes de l'éducation

**** INFORMER :**

*** Informations, explications sur les traitements et réponses aux questions**

Lorsque qu'un patient ne renouvèle pas son traitement de fond, expliquer les différences entre traitements de fond et traitements de crise

(Pharmacien 2) **Savoir accentuer et expliquer aux patients la différence entre le traitement de fond et le traitement de crise. Ca je le fais au quotidien ... L'exemple où un patient me dis "Je ne veux pas le symbicort, je ne prends que la Ventoline" Je lui réponds " Vous avez probablement appris et repérer que la ventoline vous fait du bien pour autant c'est censé être le traitement de vos crises d'Asthme uniquement, vous ne devriez même pas en avoir besoin si vous prenez bien votre traitement de fond. Donc au contraire c'est le symbicort qui va vous faire du bien si vous comprenez et respectez sa prise »**

(Pharmacien 11) Il y a plein de choses que l'on transmet au patient qui font partie d'une information simple de santé publique ou de l'aide et à la gestion d'une pathologie. C'est vrai que ce n'est pas spécifiquement de l'éducation thérapeutique mais de l'information pour aider le patient à ajuster ses comportements dans la vie quotidienne.

(Pharmacien 8) **Le pharmacien doit avoir une réflexion surtout d'ordre de santé publique. Ce serait stupide de dire « oui » à tout sans réflexion sur le cas en particulier.**

Nous sommes garants de l'usage des médicaments et de la santé des personnes. Un juste équilibre de toutes les façons. Donc toi tu te dis « est-ce que je donne ou pas ce traitement normalement sur ordonnance suite à cette demande ? ».

(Pharmacien 11) On retrouve très souvent deux cas de figures dans nos pratiques de pharmacien d'officine. Soit le cas d'un **temps de premier recours**, de **conseil spontané au comptoir**. Ou alors le **cas d'un temps plus long, d'accompagnement et de suivi avec éventuellement des entretiens et bilan du patient**

(Pharmacien 4) Même si notre métier s'oriente sur des missions formalisées d'éducation. On est toujours là, pharmacien, pour expliquer comment ça fonctionne et pourquoi il faut le faire comme-ci et dans cet ordre-là, etc. C'est le plus important.

***Information donnée à l'occasion d'un renouvellement d'ordonnance**

(Pharmacien 8) Concrètement je veux bien faire une délivrance avec des conseils pour chaque ordonnance mais bon quand c'est quelqu'un qui prend un même traitement depuis un bout de temps, au bout d'un moment ça va. Tu lui fais quelques rappels, tu lui marques les posologies sur ses boîtes. Mais quand même dans ce cas de figure, tu parles finalement plus de son chien que de lui, cela tend vers **un échange plus sur son quotidien que sur son état de santé**. On parle certes un peu du traitement mais c'est le même depuis dix ans. **Tu ne vas pas lui demander tous les mois s'il supporte bien son traitement. Tu lui demandes simplement de temps en temps.**

(Pharmacien 2) Conseiller de se « rincer la bouche après les corticoïdes inhaler » ... Après si ça fait 4 ans qu'il est sous Symbicort et qu'il a tous les mois son même dispositif je dis « Avez-vous l'habitude ? Je vous montre ? »

> Si non, le patient ne veut pas revoir la technique, information sur la notice :

(Pharmacien 2) Il me dit "non ce n'est pas la peine". Parfois ils me disent « non, le médecin m'a montré", "je n'ai pas envie" "Je n'ai pas le temps". Je dis : « Bon alors voilà si vous vous retrouvez c'est ici »

> Si oui, le patient veut revoir la technique, déchire la partie utile de la notice, et démonstration :

(Pharmacien 2) A chaque fois, c'est de sortir la boîte de montrer la notice en disant "Je vais vous expliquer mais tout ce que je vais vous dire c'est là" je déchire le bout de la notice ce qui est utile il y a tout le temps entre 45 pages et ils ont du mal à retrouver dont je déchire les deux pages où il a marqué la notice laisse ça remonte je refais la démonstration; ... mais ça je le fais à chaque fois alors qu'après pour moi ça c'est dû pour moi je considère que c'est l'éducation thérapeutique du patient.

*** Conseil lors de la délivrance d'ordonnance systématique**

(Pharmacien 8) La délivrance sur d'ordonnance, ça vient tellement naturellement je ne sais pas comment je fais vraiment, au feeling, mais **je ne délivre jamais un produit, un médicament sans prodiguer un conseil**. ça n'arrive jamais. Mais ça me paraît tellement normal. Ce n'est même pas forcément beaucoup. Ce n'est pas non plus des conseils de sécurité à appliquer à la lettre, ça peut être juste un rappel de posologie. Me dire « Ah là c'est quand même pas la peine de lui dire quelque chose » ça ne m'arrive jamais. D'ailleurs effectivement ça me ferait bizarre de délivrer sans rien dire.

*** Conseil sur exercice physique et alimentation**

(Pharmacien 2) Je conseille de faire de l'exercice, les exemples que je leur donne sont quand vous allez faire les courses à Auchan au lieu de vous garer le plus proche, vous garer plus loin comme ça vous fait un petit peu de marche ou quand vous venez me voir à la pharmacie au lieu de vous garer devant, vous vous garer en bas et vous faites le chemin Par exemple quand ils me disent qu'ils sont diabétiques ou qu'ils ont trop triglycérides. Les résultats ne sont pas bons, je leur dis surtout « Ne faites jamais les courses quand vous avez faim, faites-les après manger parce que vous aurez moins l'envie d'acheter n'importe quoi... » **C'est plein de petits conseil comme ça**. Par exemple le paquet de Curly quand il est dans le placard c'est déjà trop tard. « Votre bataille c'est quand vous êtes dans le supermarché, il ne faut pas l'acheter.

Parce qu'une fois acheté il est dans le placard et après c'est fini et ce qui est dans le placard. Un jour ou l'autre vous allez manger et ça ... »

*** Explications informelles possibles lors de l'initiation d'un traitement (Asthme), le dépistage d'une pathologie (Diabète)**

Parfois explications plus longues

(Pharmacien 2) Alors que par contre, au quotidien, **je vais surtout parler et insister la première fois, à l'instauration du traitement.** Ça peut être long et à chaque fois par exemple pour l'asthme où je vais parler et expliquer le dispositif médical.

(Pharmacien 6) A l'instauration d'un traitement, à la découverte récente d'une pathologie chronique, je rappelle **les règles d'hygiène à adopter, les gestes, la prise en mains du dispositif médical s'il y en a. Je rappelle aussi au minimum, les concentrations, les dosages, les chiffres si le patient connaît et sait se situer dans les normes.**

*** Apprentissage d'une technique, démonstration matériel**

(Pharmacien 6) J'imagine un cas de comptoir. Un exemple concret que j'ai eu la semaine dernière concernant le diabète. J'ai eu la venue d'un papa qui voulait faire refaire le point sur la prise de la glycémie pour son enfant. Il ne savait pas comment utiliser correctement l'appareil. Lui-même était diabétique. Donc, il voulait qu'on fasse une prise de glycémie ensemble. Je lui ai donc expliqué comment ça se passait. Je lui fais voir le matériel, on l'a fait ensemble c'est à dire je lui fais la démonstration seule puis il l'a refait tout juste après, derrière moi de façon de voir s'il a bien compris le geste. Il a bien compris aussi s'il est dans les normes ou pas. Le cas de ce papa il était important de revenir à la mesure de la glycémie. Effectivement le papa était un peu perdu, il ne savait pas encore si son enfant était diabétique comme lui, de par le facteur génétique. De par ses angoisses, je l'ai quand même réorienté vers un médecin pour qu'il soit sûr. Je questionne a posteriori sur comment s'est déroulée cette petite mise en scène après chez lui puis éventuellement de revoir avec son médecin après la prescription de l'appareil, le plus adapté qui soit et après il reviendra peut être à la pharma et on reverra l'appareil s'il le faut.

*** Informations et conseils systématiques au comptoir : la « piqure de rappel »**

(Pharmacien 2) Il y a le volet **vraiment quotidien à chaque délivrance, chaque dispensation de l'ordonnance un petit rappel d'éducation qui va par rapport à l'ordonnance.** C'est vraiment le côté où on va mettre un coup à chaque délivrance "voilà comme avec le Symbicort, pensez à bien vous rincer la bouche".

(Pharmacien 4) Alors on essaie de faire déjà l'éducation des gens au comptoir. **Basiquement sur des « petites ordo » toujours un conseil associé. C'est un réflexe chez nous.** C'est ce que j'appelle les basiques.

C'est quelque chose où je suis vigilante dès l'embauche, un nouvel employé s'il n'est pas formé. Je sais qu'il va faire ça deux à trois jours de formation parce que sinon ce n'est pas possible, cela ne me conviens pas.

Par exemple : une proposition d'ultra-levure sur un antibiotique. Si la personne revient avec des maux au ventre, diarrhée et autres symptômes liés à l'antibiothérapie, c'est qu'on a mal fait notre boulot (où il n'a pas eu de conseils pour atténuer les effets secondaires)

(Pharmacien 4) Donc on fait déjà de l'éducation classique comme ça au comptoir. Que ça soit un conseil sur ordonnance ou un conseil isolé, **on se met d'accord avec le patient**

(Pharmacien 6) Faire des rappels de temps en temps, on est plutôt ouvert à ça en tant que pharmacien

(Pharmacien 6) Après tout c'est bien de leur faire une piqure de rappels sur leurs traitements et sur les appareils qu'ils utilisent c'est notre travail et c'est toujours bon de remettre à jour. Pour l'asthme entre les appareils ou il faut inhaler et ceux où il faut respirer.

**** SOUTIEN PSYCHOSOCIAL**

*** Ecoute et soutien psychosocial du pharmacien**

(Pharmacien 11) **Pouvoir aider le patient éventuellement à se percevoir différemment de ce qu'il se perçoit aujourd'hui.** Il s'agit aussi d'aider le patient dans l'estime de soi, du rapport aux autres (équipe soignante, proches). Donc d'écouter d'abord le patient de ses craintes, sa propre perception de sa maladie... de faire un retour ensuite.

*** Respect de la route du patient et de ses propres ressources (autonomie)**

(Pharmacien 11) Nous sommes là aussi pour **respecter et encourager le patient d'accéder à ses ressources internes et externes qui lui permettront de poursuivre sa route**, celle qu'il a choisi.

*** Suivis et accompagnement des patients sur des ateliers d'écriture**

(Pharmacien 11) Il y a des ateliers d'écriture qui existent, en avoir connaissance et savoir le dire aux patients qui pourraient le nécessiter. Savoir aussi être participatif dans ces ateliers d'écriture éventuellement. Par la prise en compte des écrits des patients. Comment se mettre en liaison avec et pourquoi pas aller de temps en temps y assister pour voir ce qu'il en est. Je recommande le livre « Médecine narrative : rendre hommage aux histoires des malades »

Oui et aussi il y a des sessions de formation par rapport à la médecine narrative à Nice qui sont des sessions organisées en galets.

**** SENSIBILISATION et PROMOTION**

*** Sensibilisation, accompagnement pour aider au changement**

(Pharmacien 11) ... Donc vivre un **échange** qui fasse **doucement bouger les lignes** et non strictement d'un apport de connaissances de la part du pharmacien. Même si ces connaissances supplémentaires font partie aussi de l'échange. Encore faut-il que le patient ait envie de les entendre sinon c'est inutile. Il faut donc **une envie de changer ses pratiques** chez celui-ci donc **provoquer quelque part ce désir de vivre différemment** et c'est ça la difficulté le déni de la pathologie.

(Pharmacien 11) Il s'agit plutôt de **proposer des pistes aux patients, à la personne en face de nous, pour qu'elle prenne mieux soin d'elle-même. Pour qu'elle ait envie de changer des pratiques qui peuvent lui être délétères. Et c'est dans ce cadre-là, l'éducation thérapeutique peut porter des fruits.**

(Pharmacien 12) **Il y a aussi l'hygiène de vie, l'alimentation et bien d'autres choses qu'il faut considérer.** Ainsi, il faut à mon avis en discuter avec eux, les éduquer, les sensibiliser dans ce sens d'une ouverture. Je me rends compte que c'est le plus important.

*** Etre un relais pour les campagnes et journées de santé publique mondiale/nationale instituées par le ministère de la santé ou conseil de l'Ordre.**

(Pharmacien 6) En éducation pour la santé on retrouve aussi les journées dédiées à une pathologie comme par exemple la Journée du diabète. Occasion où l'on peut facilement **plus sensibiliser** les gens. Mais ce n'est pas parce qu'on a une journée anti diabète que ça marche non plus.

De toutes les façons, cela n'empêche pas que j'essaye de **sensibiliser régulièrement** sans attendre la journée dédiée.

(Pharmacien 6) Après il y a les **campagnes préventives** type anti-tabac où effectivement ça marche pas mal effectivement sur les gens surtout quand il y a en plus une grosse campagne publicitaire à la télé. Là souvent les patients viennent par eux même demander, chercher leur kit anti-tabac et là c'est l'occasion de **discuter un peu plus sur leur démarche** de sevrage tabagique, dans son ensemble en considérant les dispositifs délivrés en pharmacie les patchs. Les gommes, ces choses-là comme ça marche.

*** Sensibilisation par des mises en scène**

(Pharmacien 6) Mes pratiques éducatives, bonne question effectivement. Elles sont multiples **l'accompagnement, la prévention par le dépistage notamment, la prise en main ou prise de conscience par des mises en scène ...**

* **Sensibilisation par des rappels**

(Pharmacien 11) Au quotidien au comptoir, 1) c'est **essayer de rappeler l'usage** (le contexte d'utilisation, les précautions d'emploi etc.) à chaque délivrance de médicaments allopathique ou non, sur ordonnance ou non.

Par exemple en cas de délivrance d'un AINS comme l'ibuprofène informer ou rappeler l'importance de l'hydratation et de la brève durée du traitement puisqu'il y a un ralentissement de la filtration rénale donc risque de pousser hypertension mais aussi une diminution de l'efficacité du système immunitaire donc un risque infectieux.

* **Sensibilisation et éducation hygiéno-diététique**

(Pharmacien 1) Il y a toute l'**éducation aussi hygiéno-diététique** qui l'accompagne, elle est très importante parce que là **on revient sur le quotidien et l'autonomie de la personne la manière dont elle va vivre avec sa pathologie.**

* **Pratiques d'actes de « dépistage »**

L'intérêt premier c'est l'autonomie du patient, et la rémunération, c'est secondaire

(Pharmacien 2) Alors moi il y a bien des choses que je fais. Par exemple il y a **des actes de dépistages que je fais mais que je ne formalise pas** par exemple "la règle des trois ...pour la pression artérielle" **je le fais avec beaucoup de patients à l'officine.** Sauf que je n'envoie pas le tampon à l'URPS. *Je le fais déjà mais pour l'instant je n'ai pas encore envoyé à l'URPS pour me faire payer les 70 euros parce que l'important c'est que le patient prenne bien sa tension.*

P/ Pratiques et démarche éducative du pharmacien

****COMPRENDRE :**

* **Comprendre la demande du patient : situation hors ordonnance**

(Pharmacien 5) Mes pratiques éducatives se dévoilent surtout au comptoir dans le conseil simple à un patient. En premier lieu **c'est déjà de comprendre le sens et la raison** de sa venue dans la pharmacie. Et de cibler sa demande et si ce que je lui apporte correspond bien à ce qu'il désire, **de pouvoir répondre à sa demande le plus ajusté possible** ... Donc voilà c'est dans ce sens-là que j'entends les pratiques éducatives. **Déjà c'est la compréhension de la demande du client** quand il va venir nous demander n'importe quoi ça peut être un produit conseil, ça peut être un médicament, ça peut être une ordonnance. A chaque fois, **c'est la bonne compréhension et le dialogue qu'il va y avoir** par la suite.

* **Comprendre pendant l'acte pharmaceutique de délivrance d'ordonnance**

(Pharmacien 1) Il y a l'**accompagnement du patient** que l'on a suite à la délivrance **d'une ordonnance classique** pour savoir si le patient a compris à quoi servent les médicaments et comment les utiliser.

(Pharmacien 5) Déjà c'est de savoir **si le patient a l'habitude ou pas de prendre son traitement ou si c'est une initiation de traitement et s'il a besoin d'explications.** *Alors au départ il va nous dire oui ou non. Pour les patients qui viennent simplement le chercher en disant "Je connais mon traitement", le but là n'est pas d'établir un dialogue trop poussé. Pareil pour les patients pressés.*

* **Compréhension, décryptage de la problématique du patient et état des lieux**

(Pharmacien 11) Dans les entretiens de tout ordre, formels ou informels, 1) il faut **décrypter ce que nous raconte le patient** entre autres, ses ressentis, ses impressions. Mais **décrypter surtout ce qui lui pose problème** comme ce qui est problème pour son entourage. Nous sommes là pour ça, pour 2) faire **un état des lieux** avec ce qu'il nous dit, ce que l'on sait de lui et ensuite **une mise en lumière, un guidage, une aide, la délivrance d'un conseil adapté.**

* **Prendre le temps à la relation**

(Pharmacien 5) Le but c'est de pas délivrer une ordonnance à la va-vite, de mettre les médicaments dans un sac, de dire merci, au revoir, je suis pressé, je passe au client suivant. Non la relation compte, il faut en prendre soin aussi. **J'essaie dans la mesure du possible de prendre le temps nécessaire.**

(Pharmacien 10) Si **je sens qu'un patient a besoin d'une plus grande écoute, d'une explication plus approfondie** alors là dans ce cas je fais en sorte de lui accorder du temps parfois sur un comptoir plus à l'écart voire dans la salle orthopédique qui est plus confidentiel.

*** Comprendre par l'interrogatoire du patient vers un « diagnostic éducatif simplifié »**

(Pharmacien 4) Alors on débute toujours par un l'interrogatoire. « Qu'est-ce qui vous arrive ? ». « ... D'accord, vous avez mal à l'estomac avec ou sans TTT ATB ? », « Qu'est-ce que vous mangez, vous buvez et comment ? » « Vous avez une cystite d'accord, ça pique, ça brûle ... ? » La contention veineuse ce sera pareil. L'éducation commence lorsque l'on cerne la problématique, le besoin. C'est de procéder par quelques questions classiques. **Pour moi c'est de l'officine basique, Il faut aussi que les préparatrices et préparateurs en pharmacie soient tout à fait compétents là-dessus.**

(Pharmacien 1) On va pouvoir poser quelques questions, par exemple, quand on a une demande au comptoir sans ordonnance. « **C'est pour vous ? Qu'est ce qui se passe ? C'est pour Quoi ?** » Et ça c'est un peu notre côté de diagnostic éducatif.

*** Comprendre et respecter les dimensions psycho-socio-culturelle du patient**

> Questionner et considérer les croyances du pharmacien et du patient

(Pharmacien 11) Parfois il faut considérer le rapport du patient « à l'énergie vitale », « à l'envie de vivre et en bonne santé » puis comprendre comment travailler ensemble avec ces considérations.

(Pharmacien 12) Ni nous, ni le médicament sauve une personne. Mais malheureusement, les gens utilisent parfois bien trop de médicaments, ils y accordent une importance démentielle

> La culture en santé et dimension de rituel

(Pharmacien 11) La maladie comme le soin, relèvent de rituel par conséquent dans notre métier de pharmacien il y a cette notion du rituel de l'autre.

> Le rôle de la pensée magique chez les patients

(Pharmacien 11) Pour une ouverture au subjectif du patient et permettre aussi d'apporter des choses à son exercice et sa pratique de soignant, il nous faut respectez le rôle de la pensée magique. On retrouve la pensée magique pour beaucoup de patients qui nous font face. Elle est extrêmement fréquente. C'est le fait d'attribuer des choses qu'on n'explique pas avec la raison... mais de l'ordre plutôt de l'expérience intime, intérieur, de transcendance, de toute spiritualité et donc subjective. *Par exemple lorsque le patient exprime « C'est Dieu qui l'a voulu ... » ou bien d'autres phrases du type « Ça marche quand même depuis plus de 30 ans du fait de ... » Je me suis renseigné, intéressé par le Livre, **Hypnose et pensées magiques : modalité thérapeutique***

> Prise de conscience et respect du patient dans sa globalité

(Pharmacien 11) En bref, il faut vraiment respecter cette pensée magique, les croyances et la culture de l'autre. Nous avons beaucoup de patients qui sont sur ce type de croyances et nous les équipes officinales on n'en a absolument pas conscience. Donc il faut vraiment être au **courant, savoir** éventuellement ce qu'il en est.

> Conscience de l'effet placebo

(Pharmacien 11) Qu'est ce qui fait que le traitement marche ou ne marche pas pour eux. Parce que parfois, une personne ou le médecin/ le pharmacien eux-mêmes énonce que celui-ci ne marcherait pas par rapport à un autre. L'effet et le rôle du placebo par exemple. Nécessité d'avoir à l'esprit que le placebo existe et est pertinent pour beaucoup de patients.

**** ADAPTATION**

*** Adaptation au patient et aux situations particulières, intérêt, questionnement**

(Pharmacien 1) Il faut savoir que **je n'avais pas et je n'ai toujours pas de pratique fixe. Cela évolue facilement d'un mois à un autre.** Ça reste **quelque chose de dynamique.** J'aime bien partir sur un projet, Là où il y a de l'éducation. En soi pour moi je n'ai jamais une seule question et une seule pratique fixe. Vraiment c'est en évolution continue. C'est dynamique. **Avec des questionnements, des articles que l'on va lire qui va changer un peu notre manière de voir les choses.**

(Pharmacien 1) On est bien dans la réalité, en fait **c'est un peu au cas par cas**. A chaque fois pour chaque personne il faut **s'adapter ou réfléchir rapidement** et **donner des choses applicables et non pas uniquement théoriques**. Pour moi **c'est ça l'éducation au quotidien**.

(Pharmacien 10) Je donne surtout plus d'explication si c'est à la demande du patient. **Ça dépend du type de patient**. Je le vois quand **certains patients ont besoin d'être plus accompagné**. Je m'adapte à la situation le plus possible.

*** Adaptation au besoin du patient**

(Pharmacien 6) Le patient a toujours plein de questions sur tout plein de petites choses. Après effectivement sur des **grandes questions, des pathologies plus lourdes/ sévères, cela mérite d'approfondir, de réorienter si besoin**. Ils ont la plupart du temps déjà vu des spécialistes.

**** ORIENTATION et COORDINATION**

*** Pratique avec cas de figure différent, multiples prises en charges possibles**

Rôle de prévention et d'orientation / réorientation médecin

(Pharmacien 6) Il faut toujours proposer des **réponses concrètes** puisque **la plupart des gens viennent d'abord chercher une première réponse, un premier conseil chez le pharmacien. A nous de les orienter au mieux selon les signes de gravité s'il y a ou non après**. Il y a plusieurs cas de figures, 1) soit effectivement on considère que c'est de notre ressort, qu'il n'est pas nécessaire d'aller voir un médecin parce que... on leur donne un **conseil adapté** après un simple interrogatoire : « Je vous conseille, propose ceci... Avec ce schéma thérapeutique ». 2) Soit **on suspecte la nécessité d'un avis médical, d'une exploration, on propose nos conseils avec une invitation formelle à consulter** « Si cela ne passe pas après quelques jours, penser à consulter un médecin » 3) Soit on estime que **c'est du ressort en premier lieu du médecin ou d'un spécialiste/ autre professionnel de santé voir des Urgences**.

*** Orientation vers autres professionnels de santé**

(Pharmacien 3) Les soins coordonnés ... **Coordonner** c'est un mot qui est fort et qui par contre pour le préciser veut dire qu'on est capable de dire « oui je ne sais pas au jour d'aujourd'hui, mais oui je sais aller chercher des infos, je vais vous réorienter » Oui je peux avoir des solutions qui ne sont pas forcément des solutions centrées sur le médicament mais par exemple ça peut être avoir recours à un sophrologue, psy spéciale avec des **compétences particulières**, qui peuvent être trouvées. *L'exemple de contacter l'infirmière spécialisée en plaies particulière parce que j'ai un patient avec une plaie qui est vraiment très récalcitrante.*

*** Connaissance des autres professions de santé, partage de compétences**

(Pharmacien 3) Donc un moment donné on est coordonné en interne en externe et **on accumule des compétences qui sont aussi les compétences, une connaissance des autres métiers qui nous entourent en évitant les a priori** en évitant les idées reçues, en se connaissant mieux dans nos pratiques.

*** Bon contact avec les médecins généralistes alentours, rectifications de prescriptions parfois nécessaire justifiant un appel**

(Pharmacien 8) En général c'est vrai que **l'on s'entend très bien avec les prescripteurs à côté de la pharma**. Donc oui franchement ils sont très gentils. Mais ils font aussi parfois comme ils veulent, certes ce n'est jamais n'importe quoi mais il m'arrive d'appeler pour recadrer avec eux, rappeler parfois certaines règles de prescriptions.

Le cas de certaines situations où **l'on se doit d'appeler le médecin pour des rectifications de posologies ou autre demande d'information concernant le patient**. Certains médecins nous disent avec bonne foi « Tout ce que je veux c'est calmer, trouver une solution pour mon patient bla bla bla. » Bon ok, c'est tout à fait recevable, nous aussi mais là nous ne sommes pas dans les droits etc. ... Qu'est-ce qu'on fait ? **On se retrouve souvent finalement au lieu de parler de la santé du patient, on parle plus sécurité sociale.**

*** Nécessité d'un accompagnement coordonné entre professionnel de santé / pluridisciplinaire**

(Pharmacien 11) L'accompagnement du patient je conçois par définition qu'il doit être pluridisciplinaire, on n'agit pas seul auprès de quelqu'un. C'est un ensemble de gens tout autour du patient. Dans chaque prise en charge spécifique ou non, je choisis d'être pluridisciplinaire c'est à dire aussi rester en liaison avec le reste de l'équipe soignante qui accompagne le patient en me considérant comprise. Lorsqu'on travaille en équipe pluridisciplinaire, il est intéressant de savoir qui propose et quoi ?!

Exemple : Moi j'ai des exemples de patients suivis que nous avons aidé à réinsérer une vie normale mais c'était grâce uniquement aux liaisons puisque vous voulez des exemples. Une prise en charge pluridisciplinaire nous avions sur l'aéroport deux SDF. Avec une association qui s'appelait R qui était le réseau ville hôpital pour les patients. A terme nous avons réussi une réintégration dans la société active avec plusieurs années de suivi et de contact avec les médecins les infirmières le centre d'accueil le travail en réseau que ce soit pour les compléments alimentaires leur logement ou la livraison de médicaments.*

*** Promotion et mise en place de système d'information partagés entre professionnel : exemple de la construction de la maison de santé des collines**

Logiciel de données patients partagés

(Pharmacien 3) On travaille avec tous les professionnels de santé de la future maison de santé sur **les outils de communication** que sont **les systèmes d'information partagée**. On va faire mouliner pendant 3 mois les différents logiciels métier des 15 professionnels de santé qu'on a dans notre maison de santé pluri pros et en octobre on fait une **formation** pour que tout le monde se l'approprient et dès qu'on a finalisé, qu'on a entériné toutes leurs ressources patients de leurs anciens logiciels qui seront **transférées dans le logiciel partagé**. On peut entériner le passage à toutes les informations pour chaque profession de santé

P/ Pratiques et rôle éducateur du Pharmacien

*** A plusieurs niveaux : prise en compte de la santé globale du patient**

(Pharmacien 11) Le rôle éducateur du pharmacien lorsque le patient expose une problématique se fait à plusieurs échelles, thérapeutique, hygiéno-diététique, psychologique, sociale...

*** Principalement délivrer des conseils**

(Pharmacien 11) Nous sommes surtout **informatifs mais ça permet au patient de réfléchir après sur la façon dont il va considérer sa prise médicamenteuse par rapport à son mode de vie.**

Par exemple : Pour les maux de tête que les principaux facteurs préventifs et curatifs sont une bonne hydratation la veille et la qualité du sommeil puisque le cerveau n'est drainé que par ces toxines que dans certaines phases de sommeil. Autre exemple : les perturbateurs endocriniens et les grossesses. Il faut savoir dire au patient et à la patiente à qui on vend des produits pré-conceptionnels que la fenêtre de tir est de 3 semaines avant 3 semaines après la conception. Là encore, par exemple, il faut éviter de boire de l'eau dans des bouteilles en plastique pendant ces trois semaines pendant ces 6 semaines parce que les effets des perturbateurs endocriniens prennent la place des récepteurs iodés et donc il y a une modification de la structure du cerveau à ce moment-là.

*** Proposer un accompagnement avec objectifs**

(Pharmacien 2) Pour certains patients qui ont besoin et qui ont du temps, on va essayer d'aller plus loin avec eux ; d'évaluer la compréhension qu'ils ont de leurs traitements et éventuellement de leurs pathologies. **Pourquoi ne pas prendre le temps d'en parler parce qu'on est là pour ça. Quand on a le temps parce que ce n'est pas toujours évident.** Le principal c'est qu'effectivement **le patient puisse prendre son traitement correctement, avoir une bonne observance et un bon suivi sur son traitement.**

*** Face à une faiblesse décelée, action d'éducation systématique par le pharmacien**

(Pharmacien 1) Une faiblesse, si je reprends l'exemple de l'asthme, ce pourrait être un patient qui me dit qu'il a son traitement pour son asthme depuis deux mois et que ça ne marche pas. En fait, c'est qu'il ne sait pas

forcément bien le prendre. Peut-être qu'en fait il n'a jamais réussi à sortir des doses de son inhalateur. Et pour moi, c'est ce que je définis une faiblesse. Du coup, **on va revoir la régularité à laquelle il prend son traitement, la manière dont il le prend, et dont il veut le prendre.**

P/ Pratiques entretiens informels

*** Entretiens informels d'écoute dès que nécessaire : SOUTIEN psychosocial**

(Pharmacien 1) **La gestion des émotions des patients en entretien pharmaceutique.** J'ai le souvenir d'une patiente qui s'est mis à pleurer parce que son mari est mort et qu'il avait la même pathologie. Là aussi, à ce moment-là, **il faut aussi être présent et être empathique. Ne pas juger surtout.** (BIS Levier)

(Pharmacien 11) Lorsque cela est nécessaire, je prends le temps et une équipe autour prend le relais pour se charger du reste de l'officine, comptoir, commande etc... Pendant ce temps, **je réalise des entretiens informels dans notre espace confidentiel**, une mise à l'écart dans un espace autre que le comptoir. Il s'agit d'entretiens qui démarrent par l'expression d'une angoisse, d'un mal être, d'une désorientation. **Le patient témoigne qu'il est perdu, crainte, angoisse, suivi, peur du milieu médical, représentation de sa pathologie. Ensemble, on va un peu plus loin que les simples informations pharmaceutiques sur le traitement.**

Il s'agit d'une écoute puis d'un retour, rassurer, donner l'engagement, essayer, en reparler, familiariser le patient. Souvent, c'est le cas de patients avec des maladies chroniques avec traitement au long court, suivis sur plusieurs mois. Il y a la confiance qui s'installe.

Dans une pharmacie où j'étais en remplacement long : 1^{er} exemple, Homme sportif nouvelle abrupte hypertension, mis sous antihypertenseur ... 2^{ème} exemple, dame âgée, beaucoup de pathologies, changement qui déboussole avec son traitement AVK Préviscan à AOD.

I.2 – AUTRES PRATIQUES DU PHARMACIEN

P/ Pluralité des tâches dans le métier de pharmacien

(Pharmacien 1) En fait il faut tout gérer en même temps et notre profession évolue tout le temps aussi. Quand on change de pharmacie après ça change encore dans les pratiques. Puis cela change aussi en fonction des demandes des gens qu'on va rencontrer, des possibilités.

(Pharmacien 9) Aujourd'hui le pharmacien en plus d'être professionnel de santé dans son officine, il doit être capable de tout faire, le comptable, la gérance du personnel, tenir toutes les affaires liées à la pharmacie.

(Pharmacien 6) Après, je pense que tous les pharmaciens ont des manières, des façons de travailler, des pratiques, des sensations mais aussi un contact avec la patientèle très différent.

P/ Prise de liberté dans les pratiques

Cas de délivrance ou non de traitement sans prescription, hors cadre légale mais démarche assumée et dans une réflexion et cadre éthique : *Pharmacien expert garant bon usage des médicaments

(Pharmacien 8) Il y a un **conflit d'intérêts** très souvent entre le pharmacien et le patient dans le cas où ce dernier désire un traitement sur ordonnance sans avoir de prescription. (BIS FREINS)

C'est vraiment ce type de demande où en tant que **pharmacien diplômé tu dois te positionner « est- ce que je délivre ? »** et ce **en fonction du cas** où tu poses toujours **les questions nécessaires, tu fais évidemment quand même ton interrogatoire de base.** Cela reste beaucoup au ressenti. Même si la loi dit que tu ne peux délivrer un traitement listé, si et seulement si tu as une prescription recevable.

(Pharmacien 8) ... Je **me sens capable et légitime** de faire une délivrance exceptionnelle de traitement de manière sécurisée. **Moi je n'ai aucune honte** à délivrer des choses listés, **je n'ai pas honte je m'assume 100%** et devant la loi aussi s'il le faut.

(Pharmacien 8) Mais **c'est une pratique du pharmacien, à laquelle je crois**. Ce n'est pas des manipulations, des techniques pour faire plus d'argent. Ce n'est pas mon argent, je ne suis pas titulaire et donc de toute manière mon salaire c'est le même à la fin du mois.

Effectivement moi, dans cette pratique **je souhaite garder un regard sur le patient**. Pour ce faire je prends son nom et je renseigne son médecin traitant. D'ailleurs je demande à avoir une carte Vitale. Quel est votre médecin traitant ? Ou quel est le médecin qui vous prescrit ce traitement que vous souhaitez habituellement ? Et après le seul truc, c'est qu'il y a quelques étapes que je ne dois pas faire sur l'ordi pour ne pas transmettre à la sécurité sociale. Mon logiciel ne me bloque pas... Mais **effectivement, c'est là, que je vois bien, ce que je suis en train de faire est détourné, et pas légal dans la règle**. *Le premier exemple : Une patiente qui arrive et elle se tord de douleurs liées d'après elle à une cystite, elle est dans la demande de l'antibiothérapie en sachet uni dose. La question est donc « Est-ce que je délivre à ma patiente le MONURIL* qu'elle demande ». Et dans ce cas-là si « oui », je peux participer aux résistances bactériennes que je sais délétères... ».*

Après on va bientôt pouvoir prescrire puis délivrer le MONURIL, ce cas sera peut-être bientôt plus un débat ... mais justement cela reste un bon exemple parce que pour l'instant ce n'est pas possible. Et pour moi, du coup, il y a la nécessité de peser le pour et le contre avant la délivrance. D'abord se demander « est-ce que l'on ne rate pas une pyélonéphrite ? », que l'on soit sûr. Et savoir si elle n'est pas rendue à sa 4^{ème} cystite dans le mois etc.

Le deuxième exemple : Une demande de pilule contraceptive sans ordonnance. Il faut travailler au cas par cas. Cela me concerne, c'est mon histoire étant étudiante, je ne voyais ma gynéco qu'une fois par an et elle me faisait une ordonnance que pour 6 mois. A l'époque ce n'était pas possible de prolonger Maintenant on peut délivrer sur une période supplémentaire. J'avais une pharmacie à côté de chez moi qui ne voulait me délivrer ma pilule sans ordonnance. Bon, en allant dans une autre pharmacie, un pharmacien me l'a délivrée sans ordonnance et c'était tout. Je sais aujourd'hui, j'ai du coup une démarche avec les filles qui veulent leur pilule sans ordonnance. C'est évident que je délivre une pilule sans ordonnance comme ça, mais ça ne me viendrait pas à l'esprit de laisser une fille sans une solution. Par contre, à partir du moment où je décide de délivrer, je vais passer plus de temps pour l'interrogatoire et les informations que cela nécessite. Je leur dis, je vous délivre la boîte de contraception pour cette fois, par contre concernant le gynéco.... Et j'alerte sur les risques, les cancers de l'utérus, le besoin de consulter blablabla... Je délivre en informant de tout ce que j'estime être important comme une délivrance « sécurisée ».

P/ Comparaison des pratiques avec les Pharmaciens congénères québécois (peuvent diagnostiquer et mettre en place un traitement)

(Pharmacien 6) ... Je sais qu'au Canada, effectivement le médecin pose un diagnostic par exemple une angine après c'est aux pharmaciens de proposer un traitement adapté là-dessus. Eux, ils ont cette pratique-là, là-bas **nous malheureusement nous ne sommes pas encore considérés comme cela, à notre juste valeur. C'est comme ça**.

(Pharmacien 8) ... Je ne peux ni diagnostiquer, ni prescrire en France. Je peux décider néanmoins de délivrer ou non le traitement médicamenteux. En comparaison avec le Québec où j'ai l'impression quand même que le métier est vachement plus développée du point de vue clinique. J'ai l'impression que l'opinion pharmaceutique compte pour le médecin. Il diagnostique toujours certes mais parfois **c'est le pharmacien qui met en place le traitement (Antibiothérapie) et à quelle posologie**.

P / Pratique de soins par le pharmacien

(Pharmacien 6) : Il est aussi possible **de pratiquer les premiers soins de secours sur des cas sans gravité**

II - LES LEVIERS

II.1- LEVIERS DU PHARMACIEN

L/ Découverte de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP)

*** Expériences positives de programmes d'ETP en milieu hospitalier : ouverture, plaisir, motivation, engagement dans les missions proposées à l'officine**

Affirmation du rôle éducateur à l'officine (en ville) / Ouverture à l'éducation thérapeutique du patient en équipe pluridisciplinaire, séance collective avec les patients vers entretien et séance individuel et à l'officine

(Pharmacien 1) Moi, ce qui m'a amené à aller un peu plus là-dedans, c'est l'expérience que j'ai pu en faire lors de mon stage en centre d'éducation pour la douleur (Centre d'évaluation et traitement de la douleur). Pour cela, il faut y avoir des médecins, des kinés, des psychothérapeutes, et nous externes en pharmacie, tous dans la même équipe pour **justement être autour, mieux entourer le patient et l'éduquer** par rapport à sa pathologie et comment utiliser ses médicaments. **En tout cas moi c'était mon rôle et c'est là où j'ai découvert que j'adorais ça ; partager et me rendre compte que je savais pas mal de choses et que je pouvais aider d'autres/les gens.**

(Pharmacien 1) ... (BIS) C'est lors d'une expérience passée d'ETP à l'hôpital, où j'ai pu être intégrée dans un programme, que **j'ai commencé à m'apercevoir que j'aimais bien ce champ.** Donc forcément, je me suis ouverte aux entretiens pharmaceutiques proposés à l'officine qui se développaient tout juste à ce moment-là. Je me suis lancée là-dedans et ça continue encore aujourd'hui.

*** Passion du métier dans son côté pédagogique**

(Pharmacien 8) C'est juste que je réalise, que je fais ce boulot déjà beaucoup pour la passion de la biologie. Oui donc au départ c'est vraiment ce qui me passionne. C'est vraiment la biologie, le côté mécanique. Et après, voilà, j'adore expliquer **la pharmacologie et la biologie humaine avec les gens au comptoir, en tout cas même, de rendre pédagogique, de vulgariser. Cela me plaît trop. Moi, presque l'enseignement pourrait me coller plus à la peau que pharmacien d'officine.**

L/ Connaissance de programme, de structure, d'associations dédiées à l'ETP.

*** Chercher à savoir / utilité**

(Pharmacien 11) Il est intéressant en tant que pharmacien de savoir ce qui se fait dans les centres d'éducation existants. Je pense par exemple au CERES, centre d'éducation et de réadaptation pour les patients souffrant de pathologie nutritionnelle (patients diabétiques ou obèses, maladie inflammatoires chroniques des intestins, dénutrition). Je me suis renseigné sur les ateliers.

(Pharmacien 11) Il faut savoir à qui s'adressent nos patients et savoir les réorienter, les encourager à s'appuyer sur les **associations de patients.**

*** Notions fondamentales pour s'engager dans l'ETP**

(Pharmacien 3) La connaissance de l'approche médicale et l'éducation thérapeutique sont pour moi des fondamentaux pour exercer le métier de pharmacien. D'ailleurs, ce ne sont pas tant uniquement que pour le pharmacien, ce sont aussi, petit à petit, des notions à transférer à l'équipe.

L/ Développement de l'ETP à l'officine

Utilité perçue

*** Questionnement des pharmaciens sur l'éducation : réflexion sur les études à mener**

(Pharmacien 11) Je pense qu'il serait intéressant d'étudier les rapports entre thérapies cognitivo-comportementales des patients et approche centrée sur le patient acteur en éducation thérapeutique. En effet, cela me semble être un domaine important à privilégier lorsque l'on débute en éducation thérapeutique avec le patient à l'officine.

*** Questionnement sur l'accompagnement, l'éducation, les besoins du patient ? (Ambivalence)**

(Pharmacien 11) Qu'est-ce que l'accompagnement du patient ? Est-ce que le patient a réellement des attentes et des besoins ?

(Pharmacien 8) Qu'est-ce qu'il en est aujourd'hui de ces pratiques ? Quel est le sens de ces pratiques d'entretiens ? Comment je le ferais, si je me lançais, si je pouvais ?

*** Désir de développement pour l'ensemble des pharmaciens**

(Pharmacien 11) J'aimerais que les générations à venir puissent réellement développer l'éducation thérapeutique du patient au sein de l'officine

*** Choix du type exercice et objectif développement éducation du patient**

(Pharmacien 2) Si j'étais dans une galère financière, organisationnelle, peut-être que j'exercerais autrement ce métier. **Parce que je n'aurais pas le choix pour m'en sortir, peut-être que je prendrais moins le temps avec les patients. J'ai le choix et je peux donc j'agis dans le sens du développement de l'éducation du patient à l'officine.**

(Pharmacien3) L'idée c'est de **construire ce métier-là centré sur le conseil, sur les bilans partagés de médication, sur le patient. On a à gagner énormément.**

*** Envie de participer à la généralisation du dossier pharmaceutique et au développement du dossier médical partagé :**

Utilité et bénéfice pour le patient et les professionnels de santé perçue

(Pharmacien 2) Et surtout **j'ouvre le dossier médical partagé** pour que **le patient soit bien suivi**. Le Dossier pharmaceutique lui était quasiment ou déjà presque ouvert pour tous les patients avant que je sois là. Il avait été activé sans forcément demander au patient. Il est quasiment activé pour tout le monde. Par contre, le DMP à chaque fois, je le propose. Très souvent en fait, je dis au patient, « cela s'active ici à la pharmacie. Ça prend 20 secondes. » Donc je leur explique que **c'est le carnet médical dématérialisé** et je leur dis bien à terme **ça permettra à eux, aux médecins et pharmaciens d'y avoir accès.**

L/ Avis sur d'autres évolution de pratiques

*** Questionnements sur les évolutions des missions du pharmacien de prescriptions pharmaceutiques, vaccination antigrippale : Rôle perçu**

(Pharmacien 8) Il est question depuis peu des « **prescriptions pharmaceutiques** ». **Qu'on soit prescripteur** c'est très difficile parce que il y aurait un grand conflit d'intérêts, parce qu'on est dans la délivrance et vente des médicaments justement donc être prescripteurs. C'est difficile à imaginer. Cela voudrait dire demain on prescrit un milliard de choses pour pouvoir les vendre. Je sais pas ça me parait difficile à envisager.

(Pharmacien 1) Il serait intéressant **si l'on obtient un jour le droit de prescription de certains traitements** (avec la réflexion actuelle concernant l'Antibiothérapie MONURIL*) de débiter bien évidemment par prescrire la prescription d'analyses médicales, premières étapes avant l'antibiothérapie. Au regard de l'évolution et la mise en place de ces possibilités de prescription chez les pharmaciens québécois.

*** Cas de la Vaccination anti-grippale** (Pharmacien 4) Je me suis formé à la vaccination, **je compte vacciner contre la grippe à l'automne prochain**. En pratique, on a le vaccin au frigo, on traverse la pharmacie, on installe le patient dans le local dédié puis on le pique. Et on a gardé le patient simplement une demi-heure *alors que s'ils sortent chez nous avec le vaccin, ils rentrent chez eux, ils le mettent au frigo, ils prennent rendez-vous chez le docteur et ils s'y rendent ... On est presque sûr qu'une fois sur deux ils le font pas. Avec le nombre de vaccins qu'on ne vient pas me chercher. Ça me fait mal au cœur. Je mets 100 à 150 euros de vaccins à destruction tous les deux mois. En fait tous les deux mois, je fais le tri parce que dans le frigo on ne peut pas garder les vaccins de tout le monde et franchement j'ai énormément de promis que les patients ne viennent pas chercher. Là samedi j'ai jeté deux Gardasil* en plus c'est pas très commun, trois priorix* et trois neisvac* à la poubelle. C'est ceux qui coutent à la sécu. N'empêche que si on les fait nous pharmacien au moins ils les font. Ils ont été payés par la Sécu donc tant qu'à faire...* (Pharmacien 5) ... D'autres futures missions vont venir notamment **axée sur les vaccinations**. ça me semble totalement indispensable.

L/ Soins coordonnés

*** Relations paisibles avec les médecins**

(Pharmacien 2) Je suis seul au village avec les médecins de village que je connais et avec qui tout se passe bien.

(Pharmacien 3) Je m'entends extrêmement bien avec les médecins de mon village où je suis le seul pharmacien.

*** Proposer et orienter vers d'autres professionnels de santé**

(Pharmacien 3) Soins « **Coordonnés** » c'est un mot qui est fort et qui par contre pour le préciser veut dire qu'on est capable de dire : « oui, je ne sais pas au jour d'aujourd'hui, mais oui, je sais aller chercher des infos, je vais vous réorienter » « oui, je peux avoir des solutions qui ne sont pas forcément des solutions centrées sur le médicament mais par exemple ça peut être avoir recours à un sophrologue, psy spéciale avec des **compétences particulières**, qui peuvent être trouvées ». *L'exemple de contacter l'infirmière spécialisée en plaies particulières, parce que j'ai un patient avec une plaie qui est vraiment très récalcitrante.*

*** Bénéfice de travailler en Collaboration interdisciplinaire : Plus de possibilité à résoudre problème, lien de confiance**

(Pharmacien 3) Et aussi parce que dans les questionnements du patient, on a déjà **un bon terreau** pour trouver une stratégie, des solutions, des réponses avec eux et/ou avec d'autres professionnels de santé. (Pharmacien 3) Donc petit à petit, on **crée un vrai lien de confiance**. Et après tout, ça peut être avec leur médecin, ça peut être avec leur kiné, ça peut être surtout dans une sorte de **réseau bienveillant**.

(Pharmacien 8) Effectivement, du côté de la clinique, on **travaille vraiment main dans la main** avec les kinés ... Il **n'est pas question de hiérarchie**. Chacun peut **travailler ensemble** en tenant son poste et ça **c'est super intéressant**.

*** Coordination des soins par connaissance environnement**

(Pharmacien 3) Quand on parle de coordination, les techniques aussi sont de **connaître bien son environnement** en termes de médecine allopathique et médecine intégrative. Donc on est **en bonne intelligence collective**.

*** Organisation de réunion et de travail sur des cas pratiques en groupe pluri-professionnel**

Au sein même de la pharmacie (créneau et thème) / Suite futurs locaux de la maison de santé

1- (Pharmacien 3) Donc on a fait **des réunions pluri-professionnelles au sein de la pharmacie** dans notre zone « matériel-médical ». On a démarré il y a 6-7 ans, de midi à 14h30. Le modèle était sur trois ateliers et trois partenaires (il y a des petites choses à grignoter à boire). On s'était positionné par exemple les thématiques : les poches d'urine, les pansements complexes, les escarres, les pompes à morphine ou encore le diabète. Il fallait que ça touche les médecins, les infirmières, les kinés et les pharmaciens, toute l'équipe officinale. La première fois

qu'on a fait ça, les premières qui ont vraiment apprécié, c'étaient les infirmières parce qu'elles n'ont pas le temps en libéral de se former. Y compris d'avoir des échantillons dans les derniers pansements, et d'entrer en échanges et discussions. Pour une partie, certaines n'avaient jamais rencontré les médecins. **Donc, tout d'un coup, ça crée un lien de coordination de soins. Donc c'était déjà en premier lieu : créer du lien.**

2- (Pharmacien 3) **Présentation des bilans de médication partagés en groupe de travail avec évaluation pluri-professionnelle.** (Maison de santé de la colline, agréée pluridisciplinaire) Présentation de cas pratiques de patients qui nécessitent réflexions avec la bonne intelligence collective. J'ai eu l'occasion d'en discuter et de les préparer avec une interne en septième année de médecine générale. Puisqu'on a ici sur le territoire du Pays des Collines, beaucoup de maîtres de stage engagés dans le parcours de formation des futurs médecins. Et ils m'envoient systématiquement l'interne une journée avec moi. Il observe notre manière de travailler et on travaille sur les missions respectives.

*** Réorientation vers le pharmacien**

(Pharmacien 3) Et pour le coup on va avoir des patients qui vont aussi arriver en disant je viens vous voir de la part de mon ostéo ou de mon kiné ou etc., il m'envoie vers vous concernant telle problématique, il paraît que vous pourriez avoir une solution. Et là on se pose etc.

*** Connaissance des autres professions de santé, partage de compétences**

(Pharmacien 3) Donc un moment donné, on est coordonné en interne ou en externe **et on accumule des compétences qui sont aussi les compétences, et une connaissance des autres métiers qui nous entourent en évitant les a priori, en évitant les idées reçues, en se connaissant** mieux dans nos pratiques.

(Pharmacien 11) Lorsqu'on travaille en équipe pluridisciplinaire, il est intéressant de savoir qui propose et quoi ?!

*** Capacité à dire son désaccord au médecin généraliste, Bon contact avec les médecins généralistes alentours**

(Pharmacien 8) En général c'est vrai que **l'on s'entend très bien avec les prescripteurs qui sont à côté de la pharmacie.** Donc oui franchement ils sont très gentils. Mais ils font aussi parfois comme ils veulent. Certes, ce n'est jamais n'importe quoi. Mais il m'arrive d'appeler pour recadrer avec eux, rappeler parfois certaines règles de prescriptions.

Le cas de certaines situations **où l'on se doit d'appeler le médecin pour des rectifications de posologies ou autres demandes d'information concernant le patient.** Certains médecins nous disent avec bonne foi « Tout ce que je veux c'est calmer, trouver une solution pour mon patient. » Bon ok, c'est tout à fait recevable, nous aussi mais là nous ne sommes pas dans les droits etc. ... Qu'est-ce qu'on fait ? **On se retrouve souvent finalement au lieu de parler de la santé du patient, on parle plus sécurité sociale.**

*** Prise de conscience de la nécessité d'un accompagnement coordonné entre professionnels de santé / pluridisciplinaire**

(Pharmacien 11) L'accompagnement du patient, je conçois par définition qu'il **doit être pluridisciplinaire.** On n'agit pas seul auprès de quelqu'un. C'est un ensemble de gens tout autour du patient. Dans chaque prise en charge spécifique ou non, **je choisis d'être pluridisciplinaire, c'est à dire aussi d'être en liaison avec le reste de l'équipe soignante qui accompagne le patient** en me considérant comprise. Lorsqu'on travaille en équipe pluridisciplinaire, il est intéressant de savoir qui propose et quoi ?!

Exemple : ... j'ai des exemples de patients suivis que nous avons aidé à réinsérer une vie normale. Mais c'était grâce uniquement aux liaisons. Nous avions sur l'aéroport deux SDF. Avec une association qui s'appelait R qui était le réseau ville hôpital pour les patients, nous avons réussi à terme une réintégration dans la société active avec plusieurs années de suivi et de contact avec les médecins, les infirmières, le centre d'accueil le travail, en réseau que ce soit pour les compléments alimentaires, leur logement ou la livraison de médicaments.*

* **Promotion et mise en place de système d'information partagés entre professionnels : exemple de la construction de la maison de santé des collines**

Logiciel de données patients partagés

(Pharmacien 3) On travaille avec tous les professionnels de santé de la future maison de santé sur **les outils de communication** que sont **les systèmes d'information partagés**. On va faire mouliner pendant 3 mois, les différents logiciels métier des 15 professionnels de santé. Et en octobre, on fait une **formation** pour que tout le monde se l'approprie, dès qu'on a finalisé, qu'on a entériné toutes leurs ressources patients de leurs anciens logiciels qui seront **transférées dans le logiciel partagé**. On peut entériner le passage à toutes les informations pour chaque profession de santé.

L/ Cadre de travail

* **Lieu adapté à développer l'accompagnement et le suivi du patient**

(Pharmacien 1) ... Mais j'ai cherché une pharmacie où ça pouvait se développer. Où il y avait déjà des possibilités et ça me plaisait. C'est grâce à ça, c'est pour moi **le côté positif d'avoir pu trouver un endroit où c'était possible**.

* **Lieu de confidentialité et son utilité**

(Pharmacien 2) On a créé une **pièce spécialisée dédiée** pour ça (les entretiens, la vaccination), qui n'existait pas avant.

(Pharmacien 3) Nous avons un espace « matériel médical » prise en charge orthopédique, incontinence ou nutrition associée avec **une vraie salle d'orthopédie**. L'idée est que **ce lieu soit vraiment un lieu où l'on puisse faire des soins d'urgence** (par exemple, là on a tout ce qu'il faut pour faire des soins en tout cas les premiers soins) et **puis de bonne prise de mesures** (par exemple prendre le temps pour un bon conseil sur les douleurs lombaires). Donc un lieu qui peut offrir une vraie prise en charge de qualité et ça pour moi c'est fondamental. C'est une **zone polyvalente**, vraiment très **atypique** parce que ça nous a servi à faire des **réunions pluri professionnel**. (BIS coordination)

(Pharmacien 5) Il y a toujours la même problématique dans les pharmacies, pas de places suffisantes pour accueillir le patient... Mais bon moi **ce n'est pas mon cas j'ai un local adapté pour faire la vaccination**. Pièce qui peut être à réaménager parce que c'est surtout pour l'Orthopédie.

* **Configuration et répartition des postes/ comptoirs à l'officine**

(Pharmacien 3) ... l'idée c'était de répartir les postes pour qu'il y ait toujours **une sorte de semi-discrétion, semi-confidentialité** et qu'il n'y ait pas d'effet de masse, des patients

* **Typologie de l'officine impact sur la manière de travailler**

(Pharmacien 6) ... Et après cela dépend bien de la pharmacie dans laquelle tu travailles. **Entre la pharmacie de quartier et celle du centre-ville, il y a un écart dans les pratiques. Voilà, donc j'ai choisi de travailler surtout en pharmacie de quartier**, là où je me sentais le mieux, cela correspondait à ma manière de travailler

* **Bonne connaissance de la patientèle fonction de la typologie pharmacie**

(Pharmacien 7) Dans ma pharmacie de quartier, je connais très bien la plupart de mes patients, je les ai vu naître et grandir pour certains, et vieillir et mourir pour d'autres.

(Pharmacien 2) ... J'ai repris cette pharmacie de village il y a 5 ans, cela reste une petite patientèle, donc je les connais. Je me souviens de ce que je leur dis, je sais ceux à qui j'ai parlé de telle ou telle chose. Je suis content d'apprendre à connaître de nouveaux patients aussi.

Ceux à qui il y a vraiment un intérêt d'appuyer, ceux avec qui voilà je veux le redire tous les mois parce que je sais qu'ils m'écoutent à moitié et où il m'a dit "Oui je suis allé", "oui, j'ai pris rendez-vous chez la podologue" ça fera rien que je remette un coup alors je dis que "c'est bien, vous faites bien attention".

(Pharmacien 8) J'ai une patientèle, que je connais qui est très privilégiée, c'est à dire que la plupart des gens qui habitent autour sont Russes. L'argent ne pose aucun problème pour eux, parfois ils sortent la liasse de billet.

* **Bonne connaissance de la pharmacie**

(Pharmacien 8) Moi j'ai surtout appris le conseil associé dans la pharmacie où je travaille actuellement, j'y ai travaillé tous mes étés pendant mes études.

* **Contexte de travail adéquat**

Zone peu concurrentielle, Confiance avec les confrères les plus proches, pas de problématique financière, investir du temps pour le patient, confiance des patients

(Pharmacien 2) Alors moi, j'ai la chance d'être dans un village où la pharmacie la plus proche, c'est ma mère et l'autre pharmacie la plus proche c'est un autre pharmacien avec qui je me suis associé. J'ai 50% de la pharmacie, donc déjà j'ai un environnement peu concurrentiel, qui fait que je suis tranquille dans mon coin. J'ai repris une pharmacie qui était gérée d'une autre façon avant, et j'ai eu la chance de pouvoir l'agrandir un peu. D'un point de vue financier, il n'y a pas de souci.

(Pharmacien 6) aujourd'hui je ne pense pas avoir de freins dans cette nouvelle structure, pharmacie de quartier **moi je me sens bien là où je suis actuellement.**

(Pharmacien 8) Mais dans cette pharmacie où je travaille, il y a ce côté très variable, ordonnance, conseil etc...

Ma journée est très riche et cela me plaît beaucoup.

* **Conceptualisation d'un cadre idéal**

(Pharmacien 12) J'ai vu ou lu quelque part, je ne sais plus dans quel pays, mais il existe des pharmacies où le pharmacien s'installe, s'assoit avec le patient dans un espace où il y a une discussion sans aucune vente. La vente se fait après et ailleurs.

(Pharmacien 10) Je fais bien la différence entre le comptoir en France et le comptoir dans les pharmacies Anglo-saxons qui parfois est plus confidentiel, où on prend le temps de s'asseoir de partager. Et je sens que l'on souhaite tendre vers ça en France.

L/ Relation Pharmacien-patient

* **Affinités variables**

(Pharmacien 6) Il y a **des affinités avec quelques-uns plus que d'autres.** Certains tu es toujours très content de les voir, d'autres toujours plus compliqué de prendre le temps avec eux. Mais ça fait **partie du boulot. C'est plus sympa les bonnes accroches avec certains. D'autant plus, en étant dans une pharmacie de quartiers,** alors cela installe la relation. Il y a un rapport aussi très sympa parce que l'on se voit régulièrement, ils reviennent pour leur traitement ou autres conseils. Les petits grandissent.

* **Echanges et interactions vivants**

(Pharmacien 6) ... je considère que l'on a un métier d'échanges loin de là d'être des robots. **Là, nous avons justement un métier où l'on discute, on échange.** Et probablement qu'il faut le revaloriser à nouveau.

* **Accueillir et gérer les émotions du patient en toutes situations** *Apprentissage, attitude*

(Pharmacien 1) **La gestion des émotions des patients en entretien pharmaceutique.** J'ai le souvenir d'une patiente qui s'est mis à pleurer parce que son mari est mort et qu'il avait la même pathologie. Là aussi, à ce moment-là, **il faut aussi être présent et être empathique. Ne pas juger surtout.**(Bis pratiques)

(Pharmacien 11) Voilà donc il est très important de savoir que l'on travaille, **la plupart du temps avec les patients sur du très long terme. Il n'y a aucune urgence.** Je choisis d'être au coup par coup, à chaque occasion de rencontres, à l'écoute du patient et souvent c'est vraiment étendu sur un temps très long.

* **Rôle du pharmacien : Attitude de soignant passif à soignant actif, de client à patient**

(Pharmacien 3) ... L'idée c'est **d'être dans un état permanent de soignants passifs** (cela a été travaillé avec notre coach). Avec la prédisposition et le travail sur les équipes et moi-même pour être en veille permanente et en écoute permanente, c'est qu'on **se met en position de soignants passifs qui vient tout simplement un soignant actif dès qu'il est évoqué une problématique de santé** qui est en préventive ou curative. Et dès ce

moment-là vous voyez qu'on va créer un autre lien avec le patient qui est l'humain, qui est centré sur lui, sa problématique, qui peut être des angoisses, qui peut être sa réflexion sur la nutrition sur des articles quand en permanence par des petites phrases du patient, par des réflexions, par des questions ouvertes (qui sont toujours aussi anodines mais toujours aussi importantes) ... C'est que simplement on se met en position de soignants passifs et tout d'un coup on démarre sur un accompagnement coordonné et actif.

On voit bien qu'à un moment donné cette position-là permet de ne plus avoir en face de soi un client mais un patient. Parce que oui la distinction, ça s'embrouille les équipes pour avoir longuement discuté avec eux ou avec les étudiants préparateurs ou avec les étudiants en pharmacie.

*** Proximité avec le patient : positionnement dans l'espace pour être à égalité**

(Pharmacien 3) Surtout aussi avoir une vraie philosophie du pharmacien non pas derrière le comptoir, non pas à côté du comptoir en conseil, mais de l'autre côté du comptoir ou à domicile.

(Pharmacien 11) Lorsqu'il est possible ne pas se positionner en face, derrière le comptoir mais plutôt à côté du patient, un positionnement dans l'espace qui témoigne que je suis humaine et à égalité.

Proximité et connaissance du patient permettant conseil soutien psychosociale

(Pharmacien 7) Dans l'exercice du métier de pharmacien, vous êtes vraiment bien souvent dans une relation de proximité avec le patient. Vous êtes la personne qui connaît le mieux le patient. Parce que oui, vous allez être le confident, vous allez être le conseiller, le premier professionnel de santé qui pourrait lui trouver une solution. Ça peut concerner beaucoup de choses, les difficultés morales, les difficultés financières...

*** Vision et considération du patient : autodétermination du patient**

(Pharmacien 8) Mais après voilà, moi je suis très libérale dans ma tête. Je considère que les humains sont responsables de leur vie et doivent vivre comme ils l'entendent. Je réfléchis comme ça aussi pour la santé, tu vois, donc je ne suis pas du tout dans une démarche d'injonction avec le patient de dire "Par contre, il faut faire comme ça il ne faut pas faire comme si...". Cela ne me plaît pas du tout. Sans quoi les gens sont heureux comme ils ont décidé de l'être. Il y a des choses que je ne comprends pas, il y a beaucoup de choses qui m'échappent mais pour autant qui suis-je pour juger et ordonner. Voir ça ne me dérange pas du tout et je peux juger parfois mais cela doit rester intérieurement et c'est mon problème. Pour moi les gens sont responsables. Et je n'aime pas que l'on considère nous pharmaciens que les gens sont débiles et qu'ils ne sont pas responsables, types ils vont effectivement aller sur-doser le paracétamol. Après je comprends, que c'est une utopie et que certaines personnes ne soient pas responsables. Donc oui je comprends tout à fait et qu'on soit garde-fou de l'usage du médicament dans un sens, c'est super. (Bis Tensions)

(Pharmacien 11) L'être humain est complexe ; ses motivations sont très diverses, ses modes d'appropriation du monde sont très variés.

*** Compréhension**

(Pharmacien 11) Compréhension de l'autre, compréhension de ce qui se passe dans la relation de soin. Le patient a aussi des choses à nous dire, sur nos propres angoisses. Respecter aussi qu'il n'y ait parfois pas de compréhension, que nos visions soient différentes de celles du patient.

*** Confiance**

(Pharmacien 2) Donc j'ai une vraie relation de confiance avec les patients dans le village où je suis. J'ai repris la pharmacie depuis 5ans.

*** Bienveillance**

(Pharmacien 8) J'essaie d'être bienveillante avec le patient de façon à ce qu'il ressente le moins possible que je suis en train de juger qui il est.

*** Adaptation au patient, pas de modèle théorique**

(Pharmacien 1) On est bien dans la réalité, en fait c'est un peu au cas par cas. A chaque fois, pour chaque

personne, il faut **s'adapter ou réfléchir rapidement** et **donner des choses applicables et non pas uniquement théoriques**. Pour moi, **c'est ça l'éducation au quotidien**.

*** Présence, considération auprès des patients chroniques, isolés dans leurs pathologies**

(Pharmacien 3) ...Et donc dans tous ces personnes-là, isolées, seules avec des pathologies chroniques ce sont pour nous des patients à considérer plus que des clients.

*** Apprentissage et exercice de techniques éducatives à l'officine**

(Pharmacien 3) Les techniques éducatives qu'on utilise clairement quotidiennement **sont des techniques de communications humaines**. Méthode qui va être centrée premièrement sur **une équipe formée et bien construite à ses techniques** ... Alors ça c'est typiquement ce que j'ai pu acquérir, améliorer avec le diplôme et l'éducation thérapeutique...

Il y a le savoir-faire, le savoir être et le faire savoir

***** Les questions ouvertes (vs questions fermées)**

(Pharmacien 3) ... Déjà apprendre et se familiariser avec **les questions ouvertes**, parce que naturellement dans 90/95 pourcent des cas on est dans un moule qui est la question fermée Oui/Non, Blanc/noir qui forcément et très réductrice, avec des œillères.

***** La reformulation**

(Pharmacien 3) ... Autre technique, la **reformulation**, ça veut dire savoir aller jusqu'au bout des choses. Alors quand je dis jusqu'au bout des choses **c'est qu'on apprend à poser des questions** à savoir entre guillemets ne pas passer deux heures sur des questions **mais aller au cœur du sujet**, savoir, noter les informations fines, des informations importantes.

C'est dans la partie reformulation il y a la **priorisation** « on est bien d'accord que les priorités pour votre santé c'est ça, ça et ça ». Nous pouvons dire au patient que peut être cette chose/ problématique là, on le travaillera un peu plus tard

***** Objectif des techniques éducatives :**

(Pharmacien 3) On travaille sur la structure du questionnement, jusqu'à la résolution et l'établissement d'une stratégie commune au pharmacien et patient, l'alliance thérapeutique.

*** Connaissance des moyens pour pouvoir offrir un accompagnement optimal**

(Pharmacien 5) Il y a tout un système à mettre en place. La communication, l'information des patients, le changement de pratique

*** Engagement personnel et investissement dans la relation Pharmacien-patient**

(Pharmacien 10) Je trouve que l'investissement dans la relation avec le patient c'est très personnel. Je m'en rends compte quand j'observe mes collègues pharmaciens. Certains s'engagent et me semblent passionnés d'autres donneront peu de leur personne.

*** Informé ne suffit pas - Communication dans la relation Pharmacien-patient**

(Pharmacien 11) Ce n'est pas l'information qui apporte un changement de comportement **mais la manière d'informer**. Il faut bien avoir cette humilité de le reconnaître.

L/ Comportement du Pharmacien

*** Attitude de Compassion, de bienveillance, d'empathie**

(Pharmacien 2) Je tends à renouveler toujours une **posture empathique**.

(Pharmacien 8) Parce qu'aussi **il faut se mettre à la place du patient**. Moi je suis patiente demain je sais que ...

*** Humilité du soignant**

(Pharmacien 11) ... **L'apprentissage de l'humilité du pharmacien** par rapport à la multiplicité des façons d'être et de penser de ses patients. Et souvent il faut vraiment bien se rappeler que **c'est le patient qui choisit**. C'est son choix, même si ce n'est pas le choix que nous témoignons en tant que soignants. Nous avons des savoirs, nous sommes là pour les partager certes et aider au maximum les patients. Pour autant, il est bon de

reconnaître avec humilité que l'on ne sait pas tout. Donc pour moi, la première des choses est de rester très humble dans l'exercice de notre métier. Ne pas se mettre en position de celui qui sait, de savant, de professeur.

* **Ecoute active, attentive du soignant**

(Pharmacien 11) Il faut savoir s'adapter au patient, premièrement par **une écoute attentive** pour lui offrir en retour toute l'aide possible, qu'on peut lui apporter. L'écouter dans son rapport avec sa maladie (qui peut être comme une prison), son rapport à la prise de ses médicaments, à l'hygiène...

(Pharmacien 9) Il faut **être réellement à l'écoute des personnes** puis essayer de les aider du mieux que nous pouvons. Moi, je suis un peu à l'ancienne, **je suis quelqu'un qui écoute**. Et si quelqu'un a un problème, je prends le temps. Je fais en sorte de gérer la situation et de ne pas de jeter la personne dehors au plus vite. Il faut **apprendre à écouter puis à expliquer** quelque chose et principalement sur les médicaments. *Par exemple, c'est simplement prendre un temps plus long à côté, parler 15 minutes avec un patient. Autre exemple : c'est de prendre le temps de faire une livraison à domicile du patient. On est là et on profite toujours pour donner quelques conseils, écouter, parler un peu.*

* **Questionnements sur le comportement du pharmacien éducateur**

(Pharmacien 11) Pensez-vous que l'on remette en cause, le comportement des pharmaciens qui ont le même comportement avec le patient depuis toujours ?

* **Mise en scène, adaptation, manière d'être**

(Pharmacien 6) Après il y a **jeu théâtral avec les patients**.

* **Connaissance des lignes de conduite pour exercer en étant pro-éducation du patient : Attitudes, compétence soignant/éducateur : ne pas faire peur !**

(Pharmacien 1) Avoir un **discours qui ne fait pas peur**. Réussir à intéresser les gens sans leur prendre trop de temps non plus.

* **Compréhension de la demande réelle du patient préalable à l'éducation**

(Pharmacien 5) Le rôle éducateur, on ne l'a pas toujours. Mais l'éducation on peut y arriver. C'est pour moi apprendre quelque chose au client, ça passe par une compréhension de ce qu'il vient (re)chercher. **C'est premièrement la compréhension de sa demande puis l'explication, l'information, l'éducation.**

* **Travail avec un coach extérieur à l'officine sur les compétences de chacun, de toute l'équipe officinale** *Audit, bilan de compétence, mission, management*

(Pharmacien3) On fait un vrai **audit des compétences**, pour qu'il y ait des valeurs communes à l'équipe ou encore gagner le temps utile pour ... Donc ça veut dire qu'on travaille avec un coach depuis 5- 6 ans sur les valeurs de l'entreprise avec l'équipe, sur les missions de chacun, sur le management horizontal. (Pharmacien3) Parce qu'après s'il y a une bonne équipe et que vous êtes très organisés, vous êtes capable de tout faire, tout ce que vous voulez dans votre officine.

* **Changement de pratiques, de comportement** (Pharmacien 8) Je préfère que les questions viennent du patient. Parce que oui au début de mon exercice j'étais un peut-être un peu trop intrusive, je posais des questions directes. C'était souvent mal reçu d'ailleurs.

Mais désormais c'est très rare que les gens soient dans le refus frontal avec ma manière de faire. Je les laisse me questionner, rechercher l'information et je leur offre tous mes services, tout ce que je peux.

L/ Equipe soignante de l'officine

* **Proposition d'activité de groupe de partage, de ressourcement**

(Pharmacien 11) Par ailleurs il faut **savoir prendre soin des équipes soignantes**. Il existe des activités possibles pour cela. Je fais partie d'une association qui proposent des journées loisirs par exemple des randonnées avec lecture de contes, des échanges réservés aux soignants. Parfois avec une ouverture auprès des patients experts, ça peut exister aussi. Par ailleurs, j'ai **connaissance de DU** proposé par la faculté de médecine

de Nice respectivement « Art du soin » et « Méditation, relations thérapeutique et soins » qui vont dans ce sens.

*** Dynamique positive : valorisée et exigée**

(Pharmacien 9) Une bonne dynamique d'équipe, avec le même état d'esprit c'est aussi fondamental pour moi. J'aime que mon équipe **sache innover, renouveler ses connaissances mais surtout qu'elle soit présente dans le conseil, l'accompagnement et donc dévouée au patient** (jeunes ou âgés).

*** Confiance dans son équipe**

(Pharmacien 5) Mes préparatrices sont **suffisamment professionnelles pour savoir détecter les besoins et pouvoir faire de l'éducation.**

*** Expérience pharmacien adjoint/ titulaire différente**

(Pharmacien 5) par mon expérience, j'ai 25 ans d'expérience en tant qu'assistant adjoint et huit ans en tant que titulaire, j'ai remarqué que les choses se font différemment suivant le poste que vous avez. **Que le temps accordé à l'éducation et à l'accompagnement a été plus jouable en étant adjoint.** Parce que nous avons déjà deux fois plus de contact avec le client, quoiqu'ici en tant que titulaire, je suis aussi très présent.

*** Rapport positif, constructif avec le pharmacien titulaire** : adhésion et soutien à l'éducation

(Pharmacien 11) Là aussi la **relation pharmacien adjoint-pharmacien titulaire est une relation humaine à construire pour in fine offrir le meilleur service au patient.**

J'ai la chance d'être actuellement dans une pharmacie où le titulaire a appris à accepter sur le long terme **mon mode de fonctionnement plus qualitatif, plus dans l'accompagnement et désormais il adhère à ma pratique.** C'est une relation basée sur le respect, ce que je peux apporter à la pharmacie, à l'équipe.

(Pharmacien 6) Mais oui, je pense que le **pharmacien assistant a aussi un rôle à jouer, s'il a le temps, la motivation et si le titulaire aussi le laisse un peu guider, s'il lui laisse un peu les rênes.** Après si effectivement, il y a quelque chose que le pharmacien assistant souhaite mettre en place, faire évoluer, à lui aussi de le démontrer et/ou de le proposer au titulaire. Rien ne se fait sans volonté et intérêt. Et après effectivement c'est une discussion, un échange de façon à venir vers de nouvelles choses comme celles-là.

Par exemple, moi je suis plus sportif. Je vais tenter de proposer à mon titulaire une gamme de nutrition pour sportif ... Je garde un petit espoir, ça peut être plus sympa etc. Ça fait 4 mois que je suis là, **je pense qu'en ce moment, on pose les bases et après si des choses se lance ...**Un fort levier, c'est **de se sentir bien, en confiance avec son titulaire qu'il approuve ce que l'on fait, les idées de changement que l'on a et qu'il offre la possibilité de changement.**

(Pharmacien 6) La bonne relation avec mon titulaire me tient à cœur. C'est pour cette raison que j'ai fait plusieurs officines, plusieurs postes différents parce que je n'ai pas toujours collé non plus avec la façon de travailler des titulaires. J'avais le besoin de trouver un lieu de travail qui me corresponde.

*** Ambiance de l'équipe importante**

(Pharmacien 6) Si tu travailles dans **une bonne ambiance**, si le patron ne te tombe pas sur le dos tout le temps, tu auras envie de **donner un peu plus du tien** et surtout au patient en face de toi, y mêlant peut-être plus d'émotions. Je pense que c'est la base aussi pour bien travailler, on n'est pas des robots.

*** Choix, recrutement des membres de l'équipe officinale**

Attitude, profils, compétences

(Pharmacien 3) C'est construire une équipe capable d'être avec ces valeurs-là et non pas centrer sur une seule personne, le pharmacien qui serait soi-disant génial. Déjà à l'embauche, il faut avoir des gens qui aient le **plaisir du contact, le plaisir du travail en équipe, qui aient la curiosité, qui aiment ce métier-là, qui aiment en apprendre tous les jours.** Ça déjà c'est fondamental. **Le recrutement ne se fait pas seulement par le pharmacien, c'est l'équipe en globale qui recrute.**

L / Dynamique de changement de pratique

* Remise en question de sa pratique utile

(Pharmacien 11) Reconnaître qu'une pratique ne peut changer et évoluer qu'au contact de la pensée et des pratiques d'autrui. La remise en question est primordiale aussi : « Est-ce que ce que je fais est valide ? Ne suis-je pas dans l'erreur, si je suis seule à agir ainsi ... »

* Une ressource au changement : l'adaptation

(Pharmacien 12) Je trouve que **je m'adapte assez rapidement dans le milieu de l'officine**. Je ne suis pas contre le changement. **J'aime bien le changement**. Alors ces nouvelles missions ne me déplaisent pas.

* Bénéfices perçus pour la profession : valorisation du métier

(Pharmacien 12) Les nouvelles missions permettraient **d'affirmer notre rôle d'éducateur**, donc je suis pour. Je **trouve ça très bien, cela valorise notre métier de professionnel de santé. Tu es dans un espace bien plus privé avec le patient et tu prends plus le temps pour l'éducation**.

* Questionnements, remises en question permanente de son exercice vers l'évolution

(Pharmacien 1) On va commencer par ce qui a permis d'améliorer mes pratiques. **C'est le fait de vouloir évoluer toujours et encore, de changer d'officine et de changer dans ce que je fais à l'officine**. Ce sont des questionnements personnels déjà.

* Convictions

(Pharmacien 8) Moi cependant l'idéal de mon métier mais c'est complètement idéaliste, vraiment utopique. Oui et justement dans mon utopie, **la pharmacie elle existe oui mais elle n'est qu'une option**. En effet le patient qui rentre en pharmacie c'est parce qu'il vient chercher de lui-même son plein gré un conseil. Mais **toute cette histoire de médicaments en grande surface etc. Moi ça ne me pose pas de problème**, pour moi, le patient doit avoir envie d'aller chercher le conseil. **Pour moi le médicament n'est pas bloqué en pharmacie**.

* Evolutions et priorités

(Pharmacien 10) Je pense que mon exercice de pharmacien se fait par palier, premièrement j'ai dû être à l'aise avec la délivrance d'ordonnance, le conseil associé ensuite et enfin peut être un jour je m'engagerais dans l'éducation, l'accompagnement du patient.

* Technique pour ne pas être envahi par le problème de santé

(Pharmacien 8) Donc il faut je trouve le plus possible ... oui vraiment il faut chercher à délocaliser le problème. Le problème ce n'est pas ni le patient qui le porte ni toi. Le problème c'est plutôt sa demande et on a discuté ensemble, on réfléchit en commun. Comment pouvoir déconstruire, traiter ce problème mais surtout sans en prendre les responsabilités que l'on ne le mette ni sur ses épaules ni sur les miennes.

* Changement de point de vue, de pratiques

(Pharmacien 8) Au début ça me posait problème de répéter plusieurs fois par jours la posologie du Doliprane à tous les patients qui m'en demandaient ou sur ordonnance. En fait, maintenant, ça ne me pose aucun problème, je le fais absolument à chaque délivrance parce qu'en fait cela reste important. Tu le dis, en les regardant dans les yeux et s'il faut tu écris la posologie en même temps « Vous le savez, c'est trois comprimés par jour maximum... » Il n'y a pas de secret, ce n'est pas dans la première leçon que l'on est juste, mais aussi dans les rappels parce que la pédagogie ça marche c'est comme ça : répéter, répéter, répéter...

* Droit à la prescription

(Pharmacien 8) Le droit à la prescription (de médicament définis) par le pharmacien va venir. **Pour moi ça reste quand même quelque chose d'évident**. Mais ça reste un conflit d'intérêts certain. Ça a commencé les pharmaciens pas comme moi qui ne se considère pas tellement acteurs de santé. Oui il faudrait que la prescription par le pharmacien soit ultra règlementée et encadrée. Mais vraiment en **plus ça rendrait les pharmaciens beaucoup plus responsables**.

* **Considération et renseignement sur les médecines alternatives**

(Pharmacien 11) Il y a aussi, il ne faut pas oublier et considérer le rôle et la place des médecines alternatives pour certains patients. Cela demande une écoute toute particulière des patients. J'ai choisi par conviction d'être extrêmement ouverte à tout, ce que me présente le patient, ce que cela lui apporte support, soulagement et solution. Il se prendra mieux en charge. Je témoigne et j'encourage aussi des multiples possibilités.

Je pense que les pharmaciens se doivent de savoir que telles ou telles médecines alternatives existent et considérer le rôle que cela joue dans le parcours du patient.

L/ Identité du pharmacien

Connaissance de son rôle d'acteur dans le soin des patients, « Auto-considération », affirmation de soi, rôle perçu

* **Questionnement sur le statut**

(Pharmacien 11) Qu'est-ce que l'on entend par pharmacien éducateur ?

* **Responsabilité et cohérence du métier**

(Pharmacien 9) Il me tient à cœur d'être un **pharmacien responsable de mes actes** tout en restant cohérent avec l'éthique de notre profession, qui va, in fine, dans le sens de la santé du patient.

(Pharmacien 8) Si j'ai une ordonnance, là j'estime effectivement que c'est à moi de m'imposer entre guillemets dans mon conseil, parce que c'est vraiment mon boulot. Et après, il y a la **situation du conseil** « rhumes, nez bouché etc... » du patient qui arrive avec une demande de conseil où cela doit venir de lui. (BIS Leviers).

(Pharmacien 8) Après j'ai conscience que notre pratique diffère d'un pharmacien à un autre parce que cela dépend aussi des tempéraments de chacun.

* **Ne se considère être un simple commerçant, business man (Ambivalence)**

(Pharmacien 2) ... c'est vraiment notre pratique, notre attitude avec mon équipe qui fait que l'on n'est pas de simples **vendeurs de boîtes mais bien des pharmaciens**.

(Pharmacien 2) Alors moi le truc c'est que je **prends mon métier à cœur et que je ne suis pas là juste pour vendre des boîtes**.

(Pharmacien 9) Ne pas tendre vers un profil plus commercial, un modèle économique qui tourne simplement autour du profit.

* **Sentiment de compétence sur certains problèmes de santé**

(Pharmacien 10) J'ai été formé aux prothèses mammaires, ainsi je suis plus à mon aise dans le conseil, la prise en charge d'une femme ayant eu le cancer du sein. Je peux m'entretenir avec elle plus longtemps.

* **Etre digne de confiance**

(Pharmacien 9) Il ne faut pas profiter de la confiance de nos patients.

* **Connaissance de ses limites /atouts :**

Reconnaissance des patients, Domaine prédilection

(Pharmacien 6) **Je sais que je peux être apprécié comme pas apprécié**. Je sais que je peux être meilleur dans certains domaines, dans un conseil plus que d'autres. Voilà, je connais mes limites comme mes atouts (ce qui m'intéresse aussi le plus), dans les différentes disciplines qui touchent l'officine. *Je serais par exemple bon sur le côté sportif mais pas tant en aromathérapie.*

Reconnaître ne pas savoir dans l'immédiat, se renseigner, chercher l'information

(Pharmacien 3) Aussi se familiariser avec une façon d'être, humble. De savoir dire que l'on est en fragilité parce qu'on sait dire « non je ne sais pas » ou « Ah bon ça vous me l'apprenez ». Savoir dire « non je ne sais pas tout ».

On apprend tous les jours des patients.

Sensibilité oriente choix du métier d'officine

(Pharmacien 12) Moi je suis **assez sensible** donc je prends beaucoup sur moi. Sensible par rapport à la maladie des gens oui quand il y a de la souffrance physique et psychique. Peut-être c'est pour ça que je ne peux pas aller travailler à l'hôpital. (Ambivalence)

Demande et nécessité de performance, rentabilité : Ne trouve pas d'intérêt

(Pharmacien 8) Et que l'on ne vienne pas trop m'embêter à savoir si je fais une performance de vente ou pas. **Ça c'est le côté qui ne m'intéresse pas du tout.**

(Pharmacien 8) C'est vrai que rapidement quand l'ego s'exprime cela peut prendre une mauvaise tournure ... J'essaie que le patient sente que mon égo ne se réveille pas ou qu'il ne se sente pas.

Les patients et nous-mêmes, on n'est pas là pour faire un débat. Je souhaite éviter aussi le modèle avec le patient de la relation prof-élève et de la relation parent-enfant.

L/ Statut et rôle social du pharmacien

Sentiment de devoir s'investir dans le village, d'être vrai authentique, réorienter par les médecins.

*** Rôle perçu : expert du médicament, savoir se positionner**

(Pharmacien 9) C'est clair que l'éducation dans la santé, c'est notre rôle. **On est les experts du médicament.** Et je pense qu'il faut que **les pharmaciens assument leurs responsabilités et soient capables de dire non quand il le faut.** C'est aussi ça l'éducation.

(Pharmacien 8) Je ne suis pas assistante sociale. C'est vrai que ce n'est pas pour moi l'interaction avec des personnes en grandes difficultés, qui nécessitent réellement un accompagnement global. **Je ne considère pas que ce soit notre travail** à proprement parler. Je veux bien les réorienter. *Pourtant j'ai l'impression d'être parfois quand même plus tolérante que certains de mes collègues. (BIS Freins)*

*** Rôle perçu dans le changement d'état du patient : une finalité de santé**

(Pharmacien 11) Notre but en tant que pharmacien est de **contribuer au changement d'un état pathologique à un état physiologique ainsi aller vers la guérison.**

*** Investissement dans le village**

(Pharmacien 2) C'est vraiment ce qui m'a plu, c'est le côté village. **Quand tu es pharmacien dans un village quelque part c'est un peu un statut. Donc c'est un peu à l'ancienne,** il y a le médecin, il y a le pharmacien et il y a le maire. Je suis notable du village donc à la fois je vais à la pharmacie mais je dois m'investir aussi dans la vie associative ou je les aide pour les courses. Quand il y a le festin du village, j'y vais à la fois ça me fait plaisir mais ça leur fait plaisir aussi. **Je m'investis dans le village** et tout ça ce qui fait que j'ai vraiment envie quoi ...

*** Ressenti positif : proximité avec les gens (comme un bar)**

(Pharmacien 2) Je suis content, la pharmacie de village c'est un peu comme un bar. En fait c'est un bar. Sauf qu'il y a beaucoup de relationnel avec les gens et ce qui est bien c'est que vu que je suis seul au village ce n'est pas du faux relationnel. Les gens ils le sentent.

*** Représentations dans le parcours de soin**

(Pharmacien 6) Souvent **les médecins disent au patient « demandez à votre pharmacien** des précisions, de vous faire voir comment ça fonctionne » soient parce qu'eux ils n'ont pas les moyens, le temps ou les connaissances suffisantes.

*** Conscience de son statut sociétal**

(Pharmacien 6) La pharmacie où je suis adjoint, nous faisons partie des commerçants de proximité pour le quartier, c'est toute une manière de vivre et d'être...

*** Importance du statut social du pharmacien**

(Pharmacien 7) Il faut bien comprendre que l'on a **un rôle sociétal très important en tant que pharmacien ...** Ce lien avec la société c'est vraiment quelque chose qui est primordial à mes yeux.

*** Place du pharmacien vs place du médecin**

(Pharmacien 7) Là aussi la médecine a évolué, les rapports entre patient et médecins surtout les jeunes médecins. Ils me semblent beaucoup moins investis dans la prise en charge qu'avant et donc c'est du bonjour-bonsoir. Ils font de moins en moins de visites au domicile du patient. **Donc de ce fait, vous continuez vraiment à suivre le patient beaucoup plus souvent que le médecin qui le voit une fois par mois.**

*** Rôle sociétal historique vs aujourd'hui** (Pharmacien 7) Il faut reconnaître pourtant que la société a évolué et effectivement notre statut et rôle aussi. Ce n'est plus vraiment le même qu'avant et on peut le regretter. Voilà quand vous êtes un des personnages du petit village, vous jouez forcément un rôle sociétal. Et parfois cela dépasse très largement le cadre uniquement professionnel. *Moi je vais vous parler de mon expérience, j'ai plus de trente ans de métier donc j'ai vu toute cette évolution. Moi, j'ai débuté dans une petite pharmacie de la Trinité. C'est un petit village dans l'arrière-pays Niçois. Donc à l'époque le maire, le pharmacien comme le médecin et le curé étaient les notables du village. D'ailleurs, les gens venaient très souvent d'abord à la pharmacie avant d'aller chez le médecin, que les personnes qui soient dans le besoin où qu'ils aient vraiment besoin de conseils. Donc voilà désormais je suis installé dans une grande ville, Nice, je pense continuer à jouer un rôle important. Vous êtes le lien sociétal avec les citoyens d'un village, de votre quartier surtout avec les personnes âgées, isolées.* *** « Notoriété » du pharmacien positive** (Pharmacien 4) Voilà, j'ai espoir dans la profession parce que globalement a priori tout ce que je lis nous concernant dans les sondages, articles, ce n'est pas forcément négatif. C'est **plutôt à tendance positive quand même**. D'ailleurs, les gens majoritairement quand on leur parle de la possibilité des médicaments en grande surface, ils ne sont pas pour. Ils n'ont pas cet esprit-là. Ils préfèrent venir chez le pharmacien avoir un réel contact, un vrai conseil puisque ce sont des médicaments. Donc ça veut dire quand même qu'on garde une image de confiance.

L/ Valeur ajoutée du pharmacien

*** Capacité à résoudre problème du patient**

(Pharmacien 11) Rappelons-nous que le patient est humain comme nous-mêmes, nous fonctionnons donc comme lui. Mais notre valeur ajoutée est **la capacité à solutionner de manière la plus spécifique les problématiques de santé du patient.**

(Pharmacien 9) Lorsque je ne sais pas quelle solution apporter dans l'immédiat à un patient, je me renseigne. J'essaye de trouver **une réponse sérieuse, fiable et pertinente le plus rapidement. C'est quelque chose de bien pour moi et pour eux et très souvent très apprécié et qui fait donc la différence avec les pharmaciens alentours.**

*** Revaloriser notre rôle soignant**

(Pharmacien 5) Nous concernant, **il faut donc revaloriser tout simplement aussi notre rôle soignant.** Que les patients puissent avoir une bonne image de leur Pharmacien. Et je trouve au fond que c'est une image n'est pas forcément altéré.

*** Lors d'un changement de propriétaire d'une Officine**

(Pharmacien 9) Depuis que je suis le nouveau propriétaire, j'ai eu de très bon retour, j'ai beaucoup de monde qui apprécie les services de la pharmacie

*** Connaissance de langues étrangères.**

(Pharmacien 12) Je parle 5 langues, c'est donc très appréciable dans la pharmacie balnéaire où je travail.

(Pharmacien 9) A Nice, je me sens parfois comme dans mon pays. J'ai beaucoup de patients italiens.

(Pharmacien 10) Il m'arrive de servir des patients polonais. A ce moment-là c'est très facile pour moi.

*** Présence du pharmacien titulaire au sein de son officine**

(Pharmacien 7) Pour qu'une pharmacie fonctionne et « survive » aujourd'hui, cela passe par la

Présence du pharmacien titulaire au comptoir. C'est une question d'organisation de manière à ce qu'il soit en lien direct avec les patients. J'ai bien conscience que le patient côtoie plusieurs pharmacies en fonction du besoin, du budget.

*** Monopole du pharmacien**

(Pharmacien 8) Pour l'instant, on a un monopole ainsi le patient n'a pas le choix. Il est obligé de passer par nous pour l'accès aux médicaments et surtout aux informations médicales qui s'y rattachent.

*** Considérer le patient, l'accompagner dans la répétition**

(Pharmacien 8) Quand je questionne le patient « Connaissez-vous ... » là même si on me dit oui, en fait je vais réexpliquer. Pour autant je suis dans une démarche infantilisante, je ne prends pas le patient pour un stupide mais j'ai plutôt cette impression en tout cas de l'accompagner.

L/ Satisfaction du Pharmacien

Bénéfices perçus

*** Enrichissement et Impressions personnelles de la dynamique pharmacien-patient,**

(Pharmacien 11) **L'échange soignant-soigné est si riche, je m'émerveille et il me permet de garder et renouveler l'enthousiasme à être dans le soin.**

(Pharmacien 7) Moi, j'ai toujours imaginé mon travail avec un rapport très humain. C'est ce qui me plaît dans le métier de pharmacien. *C'est vrai que je suis en plus très actif dans l'associatif étant directeur de la FFN. J'étais entraîneur, je dirigeais un club. Je retrouve le même rapport entre les enfants que j'entraînais et ma clientèle de quartier. Il y a un attachement, je suis comme leur papa de substitution parfois.*

*** Cadre de travail très apprécié et engagement : liberté d'action**

(Pharmacien 8) **C'est vrai que c'est un cadre de travail, on ne peut pas le nier, c'est super agréable parce que je peux faire mon conseil de pharmacienne comme j'en ai envie.** Les patients sont très faciles et aisés pour la plupart. En plus, j'ai des références par millions, c'est une grosse pharmacie mais quand même, On a plein de choix et donc d'offres.

(Pharmacien 2/ bis) Je suis content de travailler dans un village avec une vraie relation humaine. Je suis content d'être ici. Et le fait d'être bien au travail, ça m'incite à bien faire mon travail.

*** Sécurité financière, peu de contrainte, plaisir à faire**

(Pharmacien 2) ... Du fait que j'ai peu de souci côté financier, **j'ai du temps pour vraiment faire mon métier comme j'ai envie de le faire.** Oui c'est vrai que j'ai **la chance de ne pas avoir de problème financier**, parce que j'ai acheté à un moment où la conjoncture était facilitatrice. Auprès des banques auprès des vendeurs etc. Ce qui fait que **je ne suis pas pris à la gorge** par le crédit et **je ne suis pas forcément là pour faire du chiffre et de la rentabilité.** Et je n'ai pas le cas de la personne qui arrive où je dois lui vendre le produit, parce que si je ne vends pas le produit, je ne vais pas m'en sortir. Je ne vais pas pouvoir nourrir mes enfants, ce n'est pas ça.

*** Engagement et plaisir à travailler : satisfaction du pharmacien**

(Pharmacien 1) J'ai pu lancer certaines choses avec de nombreux patients et ça c'est top.

(Pharmacien 4) Il y a aussi qu'on **met du cœur à l'ouvrage avec ses patients** quand on **se lance** dans des trucs comme les missions d'éducation.

(Pharmacien 2) Les gens viennent chez moi, si je suis sympa. Les gens qui viennent déjà chez moi, c'est volontaire, c'est réel de leur part.

(Pharmacien 6) ... Ce n'est pas pour autant, **notre métier je l'adore, tous les jours je suis là parce que j'aime faire ce boulot**, parce que l'on apporte de notre personne aux autres, on les oriente, les conseille. J'ai bien sur plaisir à travailler en officine même si ce n'est pas encore l'exercice du métier optimal.

*** Fierté, moteur du pharmacien**

(Pharmacien 1) En général, je **suis toujours fier de mon travail, de mes missions accomplis.** C'est ça mon

métier je l'aime comme ça. J'aime partager et recevoir. J'aime savoir ce que je fais bien ou mal. C'est une question que je me pose tous les jours, ai-je été à la hauteur aujourd'hui ? Qui aurait-il à reprendre. Je pense que la fierté c'est important. **C'est la fierté qui va permettre de gagner plus en confiance et de continuer à faire.** *Ce n'est pas pour me la péter. Pas du tout. Parce que c'est vrai, c'est un mot multi sens en français. Le mot fierté c'est le mot à dire.*

*** Par la satisfaction finale du patient :** *Conseils ajustés, adaptés*

(Pharmacien 2) Dans ces cas-là, ces pratiques au quotidien, **ça me fait plaisir** parce que souvent ils me disent « ben on nous l'a jamais dit » que ce soient des touristes ou autres.

Moi, ça me fait plaisir de leur donner un conseil qu'ils n'avaient pas et de dire je n'ai pas servi à rien dans le sens. Un petit conseil qui va pouvoir impacter leur quotidien.

*** Passion de la transmission, l'enseignement, la pédagogie, la vulgarisation.**

(Pharmacien 8) J'ai appris la biologie, les sciences du vivant avec passion. J'aime la méthodologie scientifique et surtout le côté biologique de la chose. Et après, je sens que le relationnel, il en découle naturellement. Moi si j'avais pu être enseignante, j'aurais adoré. Oui j'adore m'adapter, j'aime la pédagogie. Je veux transmettre des connaissances, des connaissances et des valeurs d'aujourd'hui. Je me suis rendu compte assez rapidement que je suis assez bon pédagogue et bon vulgarisateur au comptoir avec les patients.

L/ Ethique du pharmacien

*** Conscience professionnelle personnelle**

(Pharmacien 5) Tous les produits quel qu'ils soient **dans la Pharmacie ne sont pas anodin surtout ce que l'on délivre sur une ordonnance.**

(Pharmacien 2) Je **considère que je fais bien mon travail.**

*** Transfert, association du patient à un proche pour une PEC de qualité**

(Pharmacien 2) Voilà mon éthique c'est me dire que les patients qui viennent pourraient être un de mes proches ... et ainsi je fais de mon mieux pour eux. Par exemple le papi qui viens me voir ça pourrait être mon grand-père donc moi mon grand-père quand il était malade, j'aurais aimé que quelqu'un lui explique bien les choses et qu'il soit bien ...

*** Choix du métier de pharmacien par convictions, déterminations**

(Pharmacien 2) Donc **c'est un équilibre** ce métier parce qu'il y a des difficultés ... **J'ai fait les études de pharmacie par choix et je ne l'ai pas fait par volonté pécuniaire.**

(Pharmacien 11) J'ai **toujours eu à cœur de pratiquer ce métier en conscience, dans mes faits et actes et donc par éthique.**

Je **souhaite exercer ce métier** comme je le veux surtout avec **grande cohérence**

L/ Motivation du Pharmacien

*** Importance de formaliser les BPM tels que demandé par la SS** *Création et formalisation des BPM. Toujours Ambivalence avec les inconvénients des BPM.*

(Pharmacien 2) ... Mais je l'ai fait quand même et finalement pour la majeure des patients **ça revient à pas grand-chose en termes de temps passé.** Au début, pour quatre ou cinq ça a été très intéressant. (Pharmacien 2) ... Nous c'est des choses qu'on faisait déjà. En fait il faut juste le formaliser ... Mais **ce qui est bien c'est que ça n'a pas trop changé nos pratiques** mises à part l'entretien qu'on doit formaliser plus mais sinon...

*** Bénéfice de la rigueur, de la démarche qualité du pharmacien**

(Pharmacien 2) Aussi le fait de bien faire les choses, de manière consciencieuse par rapport au patient, à terme je suis persuadé que j'ai une meilleure ... quoi ... je me sens mieux.

*** Projet de sortir du système de soin français**

(Pharmacien 8) Moi j'aimerais bien pour ça, c'est un projet et si j'ai l'opportunité, travailler à Monaco. Parce que là-bas, le métier de pharmacien est autre. Il n'y a pas de tiers-payant, ils sont hors de ce système que je n'aime

pas en France. Je pense que le boulot est donc très différent quand on n'a pas de double discours paradoxaux.

*** Motivation à exercer les bilans de médication partagés, connaissance du plaisir à faire**

(Pharmacien 8) C'est vrai que **j'aimerais franchement** faire des bilans de médication partagés. Cette coopération plus ancrée avec médecin autour du patient **ça me plairait énormément**. Activité au sein de la pharmacie ou bien au sein d'un centre ou pôle médical. **Je me sentirais comme un poisson dans l'eau**.

L/ Mise en œuvre éducation par le Pharmacien

*** Lancement des démarches entretiens du fait de l'embauche d'un pharmacien adjoint à emploi stable**

(Pharmacien 4) Donc on a lancé les entretiens pharmaceutiques, on avait plutôt bien réussi, on arrivait à faire chaque année on va dire une dizaine de Asthmes, une dizaine d'AVK sachant que cela a commencé en 2017 avec mon pharmacien adjoint. Mais depuis 2017, nouvelle organisation, pharmacien adjoint plus stable. On y arrive bien mieux. A ce moment-là on avait bien réussi à se lancer.

*** Procédure et démarche Qualité au sein de l'Officine.**

(Pharmacien 11) Nous faisons en sorte de **normaliser certaines pratiques** au sein de notre officine par **la rédaction et la tenue de procédures qualité telles des chartes de bonne conduite, de bonnes pratiques officinales, dans le conseil au patient** par exemple etc.

*** Engouement du pharmacien à s'engager dans les Bilans de médication partagé.**

S'accorder plus de disponibilité et recrutement simple spontané avec organisation des entretiens. Le premier recueil de données sur un comptoir déporté dans la pharmacie.

(Pharmacien 2) Et la plupart du temps c'est du recrutement. C'est moi qui les ai fait, ma sœur elle était en congé maternité donc n'a pas eu trop le temps donc. Concrètement, j'ai fait ça un jour où on est en nombre suffisant au comptoir où on est minimum 3, moi j'ai un comptoir déporté qui est moins proche des 2 autres et je me mets sur celui-ci dès qu'il y a une personne qui correspond aux critères quand elle vient à la pharmacie.

(Pharmacien 2) Après c'est vrai qu'il y a eu une incitation ce qui m'a déclenché à les faire vraiment avec le formalisme de la Sécu c'est les nouvelles missions avec un **transfert de rémunération** qui s'est fait de la partie marge dégressive lissée sur la partie honoraires et entretiens ... C'est vrai que ça a été une grosse incitation à le faire de cette façon-là.

(Pharmacien 2) Je lui en parle (au patient) et fait directement le recueil de suite en leur expliquant que c'est quelque chose ...

(Pharmacien 4) Je mets du cœur à l'ouvrage dans le suivi de mes patients. C'est vrai que ce sont des gens que l'on va revoir deux ou trois fois.

*** Critères d'inclusions des EP et BPM : Avis, solutions pour référencements, information, proposition, prise de rdv**

(Pharmacien 4) Les critères d'inclusion ne sont pas très difficiles. Oui ça englobe 45 pour cent de la population.

(Pharmacien 4) Pour tout ce qui est le **référencement des patients** auxquels on pourrait proposer les entretiens c'est facile. Avec le **logiciel** que nous avons, il peut y avoir une prédiction, quand je mets à jour il y a un message "proposer un entretien BPM pour les patients potentiels". Au début on avait fait ça comme ça. En fait en pratique, nous le faisons surtout **pendant le double contrôle**. La personne délivre et il y a une autre personne qui n'est pas la personne qui a délivré et qui va vérifier les ordonnances des autres. Et là c'est facile dans la logique des BPM parce qu'en fait on a l'âge, les médicaments du patient. Cela devrait être aisé sachant qu'on a beaucoup de personnes âgées poly médicamenteuses, en effet la majorité de mes patients ont 70 ans et ont minimum cinq molécules/médicaments. Au début, il a fallu que je leur dise trois quatre fois quand même mais on avait obtenu une liste de 15, 20 personnes assez rapidement. Pendant 2 semaines on avait noté des personnes qui pouvaient être incluses dans le BMP. Donc ce n'est pas très propre comme dans toutes les pharmacies je pense que le référencement n'est pas difficile à trouver pour les BPM.

Voilà il nous a fallu moins de 20 jours, on les avait tous virtuellement recruté par notre système. Je ne dis pas

qu'on les a fait d'accord. Je mettais un petit message sur le profil de la personne « proposer un entretien avec Sophie ».

*** Proposition de l'entretien : fiche explicative**

(Pharmacien 4) Donc en fait, on avait fait des petites fiches qui expliquaient qu'est-ce que sont ces entretiens pharmaceutiques / entretien BPM. On leur remet alors après c'est à eux de faire le choix. C'est important de leur proposer doucement. On met sur la fiche le tampon de la pharmacie et rdv avec Sophie ou Thibault. On peut prendre leur rdv tout de suite après discussions sur l'intérêt des entretiens pour eux.

Le but c'est « de les englober », leur montrer qu'il y a dans notre pharmacie une prise en charge globale et réactive.

*** Face à une faiblesse décelée, action d'éducation systématique par le pharmacien**

(Pharmacien 1) Une faiblesse, si je reprends l'exemple de l'Asthme, ce pourrait être un patient qui me dit qu'il a son traitement pour son Asthme depuis deux mois et que ça ne marche pas. En fait, c'est qu'il ne sait pas forcément bien le prendre. Peut-être qu'en fait il n'a jamais réussi à sortir des doses de son inhalateur. Et pour moi c'est ce que je définis une faiblesse. Du coup, **on va revoir la régularité à laquelle il prend son traitement et la manière dont il le prend et dont il veut le prendre.**

* Explications à la demande du patient :

(Pharmacien 10) Je donne surtout plus d'explication si c'est à la demande du patient. **Ça dépend du type de patient.** Je le vois quand **certain patients ont besoin d'être plus accompagnés. Je m'adapte à la situation le plus possible.**

*** Prise de liberté sur les guides et contraintes imposés pour les entretiens pharmaceutiques : Priorisation, au ressenti et adaptation**

(Pharmacien 2) Mais ces **guides on n'est pas obligé de suivre à la ligne** et je ne redemande à chaque fois pas le poids du patient et j'insiste vraiment sur les essentiels de ce qu'ils savent à quoi sert leur traitement. Est ce qu'ils ont bien la petite notice de leur traitement dans leur carte dans leur portefeuille.

(Pharmacien 1) Le cadre obligatoire de la Sécurité sociale je ne l'ai plus, je n'en tiens plus rigueur concernant les entretiens pharmaceutiques. **Aujourd'hui je les pratique plutôt au feeling, au ressenti, par rapport à la personne si c'est bien et utile d'aller à part, je le fais.**

... Mais le cadre et l'ordre dans lequel cela est demandé, je ne m'en préoccupe plus, je le fais plutôt au ressenti.

En toute connaissance des questionnaires de référence

(Pharmacien 1) Je sais et connais les informations que j'ai besoin de recueillir et après on fait selon les questions de la personne. Au début j'étais parti sur le cadre vraiment très rigide. Récolter toutes les informations qu'il nous faut, vraiment toutes les connaissances et aussi les faiblesses de la patiente. Puis évaluer et partir sur chaque faiblesse. En fait aujourd'hui, **je relève une seule faiblesse**, on va aller travailler ensemble soit au comptoir avec cinq minutes soit à côté, dans une pièce si c'est possible on fait 15 minutes sur l'asthme par exemple. **Et ça c'est ce qui a changé, c'est le côté plus fluide côté plus dans la réalité.**

*** Garder le cap et user de répétition même si le patient en prend conscience et le fait remarquer**

(Pharmacien 2) J'ai pris 2-3 stop où l'on me dit « non, mais ça je suis au courant vous me l'avez déjà dit la dernière fois » Je dis « oui mais est-ce que vous avez pris rendez-vous chez l'ophtalmo », il me dit « non » alors **je le dirai le mois prochain. Mais à part ça je n'ai pas eu trop de situations négatives, ni vis à vis des patients, ni vis à vis des médecins.**

*** Conseils avisés bien-être / nutrition / pratique avec attitude double Pharmacien/ professionnel de santé en lien avec la conduite personnelle.**

Plaisir de tenir rôle d'éducateur en adéquation avec son mode de vie

(Pharmacien 2) **Parce que moi, me concernant, je n'aime pas tout ce qui est malbouffe. J'aime bien courir et faire attention.** Donc quelque part ça me fait plaisir de leur expliquer pour leur bien être en tant que professionnel de santé mais aussi parce que je le vis personnellement et c'est ce que je veux transmettre

*** Préparation à l'acte de la Vaccination antigrippale en officine** *Volonté / Intérêt / Faisabilité de l'acte*

(Pharmacien 5) Alors là on est sur **un acte plus rapide** (par rapport aux entretiens) **donc on va pouvoir le faire. Je vais essayer de m'organiser pour pouvoir le faire.** C'est tout une organisation la vaccination surtout pour les personnes qui sont réticentes à aller chez une infirmière/ un médecin, passer à la Pharmacie puis retourner chez l'infirmière/médecin pour faire le vaccin...

(Pharmacien 5) En fin de compte certains ne vont pas se faire vacciner. Alors que faire le vaccin par le Pharmacien est bien plus facile. Après la délivrance, on pourrait vacciner immédiatement **ça c'est un gros atout.** Voilà on a un petit local dans la pharmacie où l'on peut le faire. Je pense que la sécurité sociale ne va pas être très exigeants (pièce d'eau etc.) Ils nous ont bien fait comprendre que les personnes qui n'avaient pas de locaux ne seraient pas contrôlées ou sauf au début parce qu'il faut mettre en place ce système-là.

(Pharmacien 5) Mais je pense que le plus simple c'est vraiment de le faire au coup par coup au moment de la vente pour éviter de faire revenir les patients à des heures particulières. Quitte à faire attendre le patient mais il attendra 5-10 minutes. Si vraiment il y a du monde dans la pharmacie.

*** Conditions pour s'engager dans les nouvelles missions :** *Organisation, contexte, structuration*

(Pharmacien 6) Si **ce n'est pas trop compliqué, si c'est facile à mettre à mettre en œuvre et à maintenir** dans le temps, à fidéliser les patients à ces pratiques. Je pense que oui, je me lancerai. Tout est bon à prendre.

L/ Outils à la portée du pharmacien

*** Existence d'outils d'ETP clé en main (Pharmobservance : PACA – URPS ; textes – HAS textes sur entretiens pharmaceutiques) :** *Les pratiques éducatives seraient plus faciles à appliquer*

(Pharmacien 2) Dedans, il y a tout ce qu'il faut avec Mme F. pharmacienne. Là il y a vraiment beaucoup de choses chez eux. Ils ont déjà bossé toutes les choses avec l'ARS sur le budget de l'ARS. C'est ça et il suffit de faire les éducations thérapeutiques. C'est moins compliqué que ce qu'on pense. Y compris expliquer à un patient comment prendre sa tension avec les règles des trois et le faire au moment où l'on vend un tensiomètre c'est de l'éducation thérapeutique bien sûr.

*** Textes réglementaires, aides**

(Pharmacien 2) Donc ça après ce qui est bien c'est qu'on a tous les **textes de la HAS**, on est aidé, on a les formulaires on a tout ça...

*** Travailler dans une pharmacie équipée, moderne avec outils de travail automate :**

(Pharmacien 6) ... Une pharmacie bien organisée, achalandée avec du matériel neuf cela donne envie d'y venir bosser le matin tu n'y vas pas à reculons. Tu as envie de donner de toi forcément... Je travaille avec un robot depuis seulement 4 mois, mais cela permet d'avoir plus de temps au comptoir avec le patient et d'échanger sur son cas, de prendre plus le temps pour relire l'ordonnance, de lui donner des explications et des questions plus poussées peut être aussi. Au lieu de courir à droite à gauche pour aller chercher tous les produits et médicaments dont il a besoin.

(Pharmacien 12) Depuis 3 mois je travaille avec un robot, cela change les pratiques. Nous prenons plus de temps au comptoir avec le patient.

(Pharmacien 5) ... Alors moi il m'est facile à chaque délivrance **d'être présent au patient.** Tout simplement parce que quand vous avez un **robot, c'est un outil technique. Vous ne quittez pas le client du comptoir,** vous tapez votre ordonnance et les produits descendent **donc vous ne vous absentez pas. Vous êtes avec le patient et pendant ce temps vous entamez un dialogue** sur ce qui va prendre du temps si c'est un produit dispositif médical comme pour traiter l'asthme. Donc on va le questionner, on va pouvoir faire ce qu'on pourrait faire le temps d'un bilan.

* Faire des choix de gammes pour offrir un conseil de qualité

> **Choix gamme dermo-cosmétique de qualité**

(Pharmacien 3) Vous remarquerez qu'on a très peu de gammes de cosmétique. C'est dire qu'il y a souvent un alignement de 5 gammes. Si vous réfléchissez bien une des premières demandes de conseil à l'officine, c'est la dermatologie (eczéma, l'acné, les piqûres ...) **Mais pour bien conseiller, il faut bien connaître les gammes.** Si vous avez 10 gammes, je suis désolé ce n'est pas possible, c'est un autre métier. *Par contre on a une gamme dermo pure, on a des petites gammes pointues et atypiques et vraiment au strict minimum des gammes « plaisir ».*

> **Proposition d'un large éventail de médecines naturelles dont l'homéopathie fait sur place**

Associé aux entretiens de terrain

(Pharmacien 3) Après toutes les médecines naturelles, on rentre dans les grands univers. On a de la **Gemmothérapie, la Flora thérapie, la médecine traditionnelle chinoise, l'Aromathérapie, les huiles essentielles, la phytothérapie, les probiotiques, la mycothérapie** ou encore **la nutrition cellulaire active**. Et puis l'idée après ça a été, il y a quatre ans aussi de se **réapproprier une des branches du métier** qui était la préparation homéopathique puisqu'on a notre propre homéopathie, préparée dans notre préparatoire qui inclut totalement la notion de bonnes pratiques de préparation, une traçabilité avec la gestion des lots. La gestion des péremptions ... Ca veut dire qu'en fait quand on souhaite être crédible de A à Z, il faut s'approprier le métier que ce soit en conseil ou en fabrication.

* **Savoir où trouver l'information**

(Pharmacien 8) L'apprentissage à la faculté des connaissances fondamentales c'est bien mais moi, je l'ai ressenti en sortant de mes études, j'ai senti un vide. J'ai eu l'impression de ne rien savoir par rapport à la pratique, le terrain à l'officine. Mais voilà j'apprends à **me renseigner, aller chercher les bonnes recommandations de santé, les informations pour le patient et pour nous même**. De toutes les façons, on n'est pas des machines alors savoir au moins où et comment trouver les infos les plus scientifiques, justes et claires

L/ Formation du pharmacien, de l'équipe

Formation outils pédagogiques, changement de pratique - Inconvénients perçus et propositions de résumé ainsi que d'exemples concrets / Formation faites à plusieurs personnes connues – Cohésion de groupe

* **Engagement, prise de responsabilité dans des structures de formation.**

(Pharmacien 11) J'ai fait partie d'une association le **cercle d'études pharmacologiques de Nice**, créée en 1968. Cercle qui permettait de promouvoir des manifestations culturelles et scientifiques ayant trait à la santé publique et à la pharmacologie en particulier. C'est une association qui permettait la formation des pharmaciens et de leurs équipes officinales, l'échange interprofessionnel Pharmacien-médecin. L'idée était que des médecins, chefs de service, enseignants-chercheurs viennent par le biais de conférences former les pharmaciens sur leur domaine en cardiologie par exemple.

Il y avait une organisation annuelle comprenant un cahier des charges sur un an avec tel sujet qui devait être abordé de telle manière. Cela offrait une dizaine de conférences à l'année sans support par des laboratoires pharmaceutiques.

Il y eu 4 soirées de 4 h sur la pharmacovigilance fort enrichissantes. Nous y avons intégré je pense le rôle ET l'importance des notifications qui relèvent de notre sort, ou bien l'étude et le retour de validation universitaire de ces notifications.

(Pharmacien 11) Je suis représentante UTIP de Nice pendant 6 ou 7 ans Je suis intervenue sur l'entretien motivationnel lors de nos congrès nationaux UTIP. J'ai dû m'adapter aux diapos que l'on avait mis à ma disposition.

* **Bénéfice et apport de la formation continue**

(Pharmacien 11) Je considère qu'un pharmacien formé, a plus d'assise, de poids non seulement dans sa discussion avec les médecins concernant les problématiques de prescription et de délivrance de la thérapeutique mais aussi dans sa pratique directe au comptoir avec le patient.

(Pharmacien 5) Pour moi la formation s'adresse à des pharmaciens, préparateurs un peu moins expérimentés. Pour autant, pour avoir eu des formations pour les entretiens pharmaceutiques concernant le diabète concernant, les AVK, l'Asthme, **on a appris énormément de choses qui nous échappaient complètement** avant.

* **Formation initiale tournée sur les nouvelles missions**

(Pharmacien 6) A mon avis il faudrait que les futurs pharmaciens soient dès le départ, dans leurs études, bien formés à la pharmacie clinique, aux perceptives d'avenir de l'officine pour proposer avec assurance et s'engager avec facilité dans ces nouvelles pratiques. Que les bases soient bien posées théorie/pratique pour qu'il y ait aussi une cohérence avec la pratique à l'officine. Et puis mettre de côté ou bien en options, les sciences fondamentales moins utiles pour la pratique, je pense à la botanique par exemple et se concentrer sur la clinique.

* **Formation continue sur les nouvelles pratiques**

(Pharmacien 2) J'ai **ma sœur** qui est mon associée directe qui est venue avec moi, **tous mes associés** avec qui je travaille sont venus, **mes parents qui sont tous les deux pharmaciens** pas loin ainsi que tous leurs pharmaciens adjoints sont venus.

(Pharmacien 4) J'ai fait des formations sur les entretiens pharmaceutiques, les bilans de médication.

(Pharmacien 10) Je vais être formé à la vaccination comme bon nombres de mes collègues, certains le sont déjà. Dès octobre, je pense, qu'il va y avoir des plannings et on aura des plages de vaccination à attribuer,

* **Formation continue tournée vers l'accompagnement du patient ETP / Oncologie**

(Pharmacien 3) J'ai obtenu un **diplôme d'éducation thérapeutique** et un **diplôme sur les soins de support en cancérologie** que j'ai fait à l'hôpital Pitié-Salpêtrière à Paris. **Je fais donc désormais des consultations en oncologie.**

* **Formation en interne de l'officine par du training, du partage d'expérience**

(Pharmacien 3) **On va s'occuper de leurs connaissances on va dire « livresque, universitaire » et échanger sur la connaissance pratique, celles concernant les patients.** Les connaissances pratiques sont toutes les techniques pour le coup éducatives qui permettent d'appréhender la façon de prendre en charge le patient. **Cela veut dire qu'on va travailler en Training, travailler en équipe pour travailler le fond, la forme** et intégrer cette connaissance là et non pas l'apprendre comme dans les livres. **On va faire des Trainings avec des problématiques de patient où l'on a dressé un portrait-robot.** Cela prend la **forme de jeu de rôle**, il y en a un qui va faire le patient et l'autre qui va faire le soignant et inversement, on va voir **la qualité avant tout du questionnement.** Vraiment l'intérêt de ces trainings est que **chaque membre s'approprie avec ses propres mots, la capacité à être sur un conseil, une écoute de qualité.**

(Pharmacien 2) J'ai refait un résumé en 1h à tous ces pharmaciens, une dizaine de personnes. Je leur ai montré **ce que je faisais au quotidien** en disant voilà ce que c'est le BMP, voilà ma façon de montrer quelque chose. J'ai montré concrètement les questions des patients, ce que les patients me demandaient et ce que je disais aux patients, comment je présentais l'entretien. Je leur ai montré un entretien réel.

(Pharmacien 11) Je forme dès que je peux mes collègues. **J'en ai la responsabilité.** Je témoigne des bonnes pratiques de délivrance etc. et nous échangeons sur des cas pratiques. Les formations se font au fil de l'eau. Avec souvent au sein de la pharmacie un préparateur en apprentissage. Par exemple, je forme au Basics du conseil officinal, aux premiers soins. Je rappelle que l'on ne fait pas de vente sans une démarche de conseil et d'explication.

(Pharmacien 3) Il faut surtout **perdurier un apprentissage et l'accompagnement** des préparateurs. Parce qu'en deux ans il y a toujours des choses, des techniques à apprendre et à intégrer telles que travailler (énormément) sur l'efficacité, sur le temps perdu sur le back office.

*** Formation continue comme fondement des connaissances et des pratiques** *Apprentissage, ouverture*

(Pharmacien 6) C'est précisément là où je fonde et renouvelle mes connaissances, ma pratique aussi grâce aux formations continues.

*** Formation continue proposé par les laboratoires pharmaceutiques**

(Pharmacien 6) La formation continue on peut l'obtenir par des laboratoires, pendant ou hors temps de travail (même si je sais qu'ils nous brossent dans le sens du poil pour la promotion de leur gamme, leur produit parfois. Cela reste toujours dans le sens du labo) Les représentants sont toujours très forts pour faire des rappels. « Mais oui vous savez, vous connaissez le nouveau produit... » C'est toujours intéressant effectivement de voir un peu les différents produits, apprendre à le conseiller (Pharmacien 10) L'avantage que j'ai à travailler dans cette pharmacie de grande échelle, c'est que je reçois sans arrêt des formations, le plus souvent par les laboratoires pharmaceutiques. L'idée c'est de connaître le mieux tous nos produits et les conseiller efficacement en fonction des cas pathologiques. Nous sommes beaucoup dans le conseil.

*** Formation dans le cadre de l'obtention d'un diplôme universitaire**

(Pharmacien 6) J'ai fait comme diplômes d'études, orthopédie, histoire d'avoir des connaissances complémentaires et supplémentaires. Et cela m'a réellement intéressé effectivement et je ne le soupçonnais même pas.

*** Formation sur la relation avec le client, en période de recherche emploi**

(Pharmacien 12) Quand je cherchais un poste, la **structure d'intérim m'a proposé une formation sur deux jours** à Paris. C'était exactement sur la relation avec le client. C'était encadré par une femme pharmacien et nous avons fait surtout des cas pratiques sur le profil, l'attitude du pharmacien au comptoir tel que savoir tenir sa position, sa juste distance avec le patient. Beaucoup d'enseignements sur la communication non-verbale. **Cela m'a apporté beaucoup de chose que je pratique dans mon exercice maintenant.**

*** Autoformation**

(Pharmacien 8) Quand je ressens une lacune, qu'il me manque quelle que soit la connaissance dans mon bagage de pharmacien, alors je note dans un coin de tête et dès que j'ai le temps le soir, **je vais me renseigner, me former sur internet.**

(Pharmacien 10) Au début, dans mes premières pharmacies françaises, je me formais toute seule, je lisais et apprenais beaucoup le soir.

L/ Expérience du pharmacien

*** En fonction du parcours officinal**

(Pharmacien 5) Mais avec les **années d'expérience** que j'ai, je trouve que désormais **c'est plus facile de faire assez rapidement de l'éducation au comptoir.**

(Pharmacien 5) Je pense que c'est surtout par **l'expérience** que je me débrouille dans l'éducation du patient. C'est **un levier presque principal. Ce n'est pas exactement que je devrais dire « principal », mais c'est déjà un atout même si il faut aussi considérer la formation.**

(Pharmacien 6) Ma pratique éducative avec le patient se base sur mon parcours et sur mes expériences dans telle ou telle officine.

*** Formation et apprentissage par l'expérience, le terrain**

(Pharmacien 9) Je me suis formé par l'expérience. J'ai eu la chance de commencer en France à Menton, ville à quelques km de l'Italie, avec dans ma clientèle, une bonne partie italienne aussi. J'ai pu exercer parfois en italien avec le système français.

(Pharmacien 10) J'ai été totalement formée aux pratiques françaises sur le terrain. Quand je suis arrivée en France.

L/ Disponibilité du pharmacien / Temps du pharmacien

*** Par choix et par possibilité, prendre le temps pour le développement**

(Pharmacien 2) ... J'ai le choix et je peux donc j'agis dans le sens du développement de l'éducation du patient à l'officine (BIS Pratiques)

*** Ralentir le rythme, prendre le temps**

(Pharmacien 1) Prendre le temps aussi parce que ça on le fait de moins en moins, on court tous après le temps. C'est pour moi le côté challenge de ces missions d'éducation qui sont proposées.

*** Prendre le temps dans l'immédiat**

(Pharmacien 5) Si vraiment un client a une incompréhension ou un doute, alors je prends le temps tout de suite

*** Se rendre disponible en fonction des possibilités**

(Pharmacien 5) J'essaie dans la mesure du possible **de prendre le temps nécessaire**.

*** Prendre le temps en fractionné**

(Pharmacien 5) J'évalue jusqu'où je peux aller suivant le temps que j'ai pour le faire. Quand vous connaissez un client et que vous savez qu'il vient régulièrement, vous pouvez interrompre à un moment donné et continuer la fois suivante.

*** Temps dans l'élaboration de préparation de doses à administrer pour une maison de retraite**

(Pharmacien 7) J'ai établi un partenariat avec une maison de retraite pour faire les piluliers des résidents . Cela occupe beaucoup mon équipe, c'est toute une organisation. Je déploie beaucoup d'argent et de temps pour cela. Je suis rémunéré pour ce service rendu qui rentre en fin de compte dans une démarche déontologique du pharmacien, présent dans le parcours du patient âgé. C'est aussi dans l'idée d'aider les équipes soignantes à améliorer l'observance.

L/ Organisation, logistique de l'officine, du pharmacien

*** Valorisation du travail de délivrance traitement sans ordonnance par les honoraires**

(Pharmacien 8) Tant mieux qu'il y ait l'**honoraire de dispensation**, pour moi je l'ajoute au prix de la boîte que je délivre comme ça sans ordonnance parce que **j'estime justement que c'est une façon de complètement valoriser mon travail de délivrance sécurisée et c'est valoriser mon métier de pharmacien** ... Pour autant, je ne sais pas trop si c'est légal.

Contexte, Adaptation, Objectif service de qualité proposé au patient, objectif satisfaction du patient, objectif de prendre du temps avec et pour lui

*** Trouver son bon fonctionnement, sa politique de gestion de Backoffice, gain de temps pour le patient**

(Pharmacien 2) Toute cette partie qui est invisible au comptoir mais que j'ai faite en back-office, c'était quand même très chronophage au début. Maintenant **avec** la dématérialisation des factures, la gestion du back-office **c'est rodé et c'est ce qui fait que je peux m'occuper des patients**. Au début **j'étais vraiment sur tout ce côté paramétrage**, comment je gère les factures, les rejets et toutes les choses comme ça qu'il a fallu mettre en place avant de m'occuper des patients.

Parce que j'aurai pu être **dans un cercle vicieux**, je n'aurais pas eu l'argent auprès de la banque etc...

Alors je suis très content parce que ce paramétrage il fallait le faire. **Après je l'adapte au fur et à mesure. Je suis très content d'avoir fait ça et c'est ce qui me permet maintenant de pouvoir passer du temps avec les patients.**

(Pharmacien 2) Au début, quand j'ai repris puisque c'était la première pharmacie que je reprenais, j'étais dans le jus avec le logiciel, le stock, le banquier... Au commencement, c'était compliqué parce que en effet quand on est pharmacien, il y a aussi tout le **volet gestion. Pour pouvoir s'occuper des patients il faut s'occuper de tout ce qui est back office**. Il y a eu comme même un temps, une phase d'adaptation.

Et au début, j'étais surtout tout seul. Ma sœur m'aidait au tout début en travaillant seulement sept heures par semaine. J'avais la chance d'avoir une équipe connaissant l'officine avant.

Exemples 1 : (1) On a une politique qui n'est d'avoir quasiment pas de manquant. Donc j'essaye vraiment d'avoir du stock. Parce que quand une personne revient une deuxième fois, ça lui fait faire une énième fois la queue, ça fait perdre du temps. Difficile de revenir aussi du fait de la localisation. Si j'ai 150 personnes par jour et que j'en ai 40 qui viennent chercher un promis, ça fait 190 personnes au total. Ça fait de la queue pour rien et ça fait du mécontentement.

*Exemple 2 : Un autre exemple de la politique de gestion de notre officine c'est que je reçois le moins possible les représentants. **En semaine mon temps représentant ce n'est même pas une demi-heure.** Sauf les représentants quelque part institutionnels que je suis quasiment obligé de voir. Mais par exemple la représentante de Sanofi Aventis, je la vois deux fois par an. Mon génériqueur je dois le voir quatre fois dans l'année en tout. Malgré tout certains viennent me voir en disant « J'ai une nouveauté, un nouveau complément alimentaire et tout » je leur réponds « Je suis une pharmacie de village, on n'en vend pas, Je n'ai pas la place, merci au revoir ... ». Pour les achats je fais beaucoup par mail et comme ça j'ai pu me libérer beaucoup de temps.*

(Pharmacien 2) **Bilan** C'est **facilitant** désormais dans ma **pratique d'avoir pris du temps en amont à mon installation pour la gestion du backoffice** parce que désormais j'ai bien plus de liberté, ce qui me permet de **m'occuper pleinement des patients.**

... ça m'a vraiment libéré du temps le fait d'avoir gérer le back office

(Pharmacien3) Il faut comprendre que **tout le back office doit être ultra organisé.** Donc on est ultra organisé dans toute la gestion des bons / des promis, dans les préparations et fabrication Homéo. **La philosophie c'est de gagner du temps utile pour le patient** ou sur les problématiques qui nécessitent plus de temps ce qui veut dire se rendre disponible.

*** Organisation de plages horaires de disponibilités en fonction de la présence des pharmaciens au sein de l'officine :**

(Pharmacien 4) Donc **on réserve des disponibilités** comme cela pour les patients avec mon pharmacien adjoint, **lorsqu'on est là tous les deux**, l'un de nous peut s'accorder un temps où on peut prendre des rendez-vous juste pour ça dans ce temps-là on est d'accord qu'on fixe aussi les visites à domicile, les entretiens, les BMP dans ces créneaux. **C'est un emploi du temps spécial avec des disponibilités à la pharmacie où l'on peut fixer des rendez-vous** (BIS Pratiques).

L/ Intentions du pharmacien

*** Intentions exprimées et objectif du pharmacien**

(Pharmacien 1) **La santé du patient**, c'est l'intérêt de mon travail jusqu'au bout.

Pour autant ce n'est pas toujours être en bonne santé. Quand les patients viennent à la pharmacie en règle générale ils ne le sont pas. **Le but c'est qu'ils se sentent mieux pour profiter de leur quotidien, profiter de la vie en "meilleure santé" par rapport à celle d'avant.**

(Pharmacien 8) Mon intention est avant tout **l'éducation du patient.** Je cherche à être avec la personne, je cherche à mettre mon expertise au service de sa santé. C'est à peu près comme ça que je le vois. Et alors très vite dans un accompagnement, je peux parfois voir les évolutions particulières et des améliorations côté pratiques du patient.

*** Intérêt perçu et utilité perçue**

(Pharmacien 9) La force de notre pharmacie de quartier, c'est d'avoir **la confiance de nombreux patients. C'est ce qui me donne envie de poursuivre mon travail** parce que si tu es capable d'obtenir la confiance du client après, tu peux bien gérer toute la pharmacie. Et la confiance c'est dans les deux sens.

(Pharmacien 8) Lorsqu'un patient rentre dans sa pharmacie, c'est de notre ressort de pharmacien de faire au mieux pour qu'il sorte avec ce dont il a vraiment besoin.

L/ Pistes, propositions, réflexions

*** Proposition réduire la composante gestion, administration vers plus de santé**

(Pharmacien 4) Sinon on devrait élaguer le côté un peu plus administratif, commercial et on revient plus sur la personne. **Proposition d'adapter les protocoles formalisés de conseils et d'entretiens**

(Pharmacien 4) En fonction du besoin, reconsidérer les protocoles de conseils et d'entretiens qu'on utilise. On peut les garder en tête mais on les adapte et on les rend plus flexibles à nos besoins, nos pratiques.

II.2 – LEVIERS PATIENTS

L/ Engouement des patients

*** Engouement à faire Bilan partagé de médication :**

(Pharmacien 2) ... mais c'est là qu'on a commencé avant que la pièce soit finalisée parce qu'il y avait un engouement de la part des patients. Un engouement parce que certains ont vu par une brochure

Proposition : parce qu'il y avait un engouement de la part des patients qui ont vu des brochures où en ont entendu parlé.

*** Souhait des patients de faire plaisir aux pharmaciens : *Désirabilité sociale***

(Pharmacien 2) Et la plupart des patients **sont contents de le faire pour me faire plaisir**, en se disant : «la Sécu veux qu'ils les fassent. Il fait son travail. »

L/ Satisfaction du patient

(Pharmacien 2) Et dans **l'ensemble les gens sont contents, ils sont contents.**

(Pharmacien 1) **J'apprécie après que les gens viennent à la pharmacie** me dire "Ah Merci parce que tout ce que vous m'avez dit la dernière fois ça m'a beaucoup servi."

(Pharmacien 3) C'est qu'ils sont bien contents quand ils **commencent à vivre ici une relation qui est autre qu'une délivrance très simple**. Ils sont bien contents de trouver **une oreille attentive**. Il y a un moment pour eux.

(Pharmacien 10) Je me sens souvent encouragée à poursuivre ma manière de faire par les nombreux retours positifs de patients. Notamment des patients que j'ai vu plusieurs fois, ils témoignent leur satisfaction.

L/ Fidélisation du patient

(Pharmacien 5) ... Donc le but de la fidélisation, c'est effectivement que le patient puisse avoir son médecin, son pharmacien, son infirmier libéral.

(Pharmacien 2) Je pense que **les gens sont contents parce que je passe après des pharmaciens qui étaient très très rigoureux peut être trop ... Cela a facilité la relation avec les gens parce qu'ils me considèrent comme plus arrangeant**. Ce qui fait que c'est plus facile de perdurer et garder la fidélité des patients. Par contre ils étaient dans leur droit il y a **des choses que je ne fais pas bien mais que je choisis de pas bien faire**. (1) Par exemple lors de la délivrance du Bisoprolol*, je ne redemande pas à chaque fois à avoir l'ordonnance du spécialiste et eux ils le faisaient. (2) Voilà où deuxième exemple typique du médecin généraliste du village qui était venu les voir à la pharmacie qui a fait la queue comme tout le monde, arrive son tour il dit "ma petite est malade il me faudrait tel antibiotique". Ils lui ont répondu « oui mais il nous faut l'ordonnance pour vous délivrer ce traitement, on ne vous le délivre pas comme ça ».

Par contre elle était totalement dans son droit elle avait tout à fait raison légalement

Si j'étais passé après un pharmacien qui faisait des bêtises, des échanges de médicaments etc. Les gens auraient dit mais il est moins sympa il ne fait pas, il ne veut pas. Alors que là il y a une notion plus positive vis à vis des villageois qui fait qu'il y a une relation de confiance et qui fait que je peux faire mon métier plus facilement.

L/ Pouvoir d'achat du patient

*** Patient sans barrière financière leviers pour le conseil pharmacien**

(Pharmacien 8) ... Du fait d'une patientèle avec des moyens et désireux de conseils, **on se sent le roi du conseil** parce qu'avec ce type de personne il n'y a pas du tout la barrière financière. **C'est vrai qu'au niveau de la confiance en soi... elle monte en flèche ... Ça monte en flèche parce que je peux faire un conseil exactement comme je l'entends, comme je pense que ça va être le mieux.**

Par exemple *peu importe, que ou le fait que tu lui explique que "ça serait vraiment le top ceci ajouté à cela... maintenant vous faites comme vous voulez ... "* et la personne vous dit *"Oui je prends tout, Et vous allez me donner encore le double parce que ma cousine..."*

Autre exemple avec une dame qui souhaitait un thermomètre. Je dis à la patiente un thermomètre rectal parce que c'est quand même le plus fiable, léger à porter et qui coûte seulement 5 euros. La patiente préférerait celui auriculaire et je l'informe sur le prix comme quoi ça coûte à l'inverse 50 euros. Pas de souci pour elle.

III- FREINS

III.1- FREINS PHARMACIENS

F/ La formation du pharmacien

*** Vécu d'une formation sur les nouvelles missions peu concrètes et claires :**

Réajustement savoir-faire, pouvoir faire / Ambivalence

Contenu et application pratique formation non satisfaisant

(Pharmacien 2) ... J'ai trouvé ça trop brouillon, trop noyé parce qu'elle ne le fait pas concrètement ... En fait la formatrice qui a fait la formation sur les BPM n'est pas pharmacien elle-même. C'était **vraiment dans les grandes lignes, ce n'était pas du tout concret**. Elle n'a pas expliqué à la fois le côté technique de l'espace pro Amélie et le côté avec le patient. Quand on ne sait pas ce que sont ces entretiens on a l'impression que ce sont des **nouvelles missions venues d'un autre monde et qu'on va jamais s'en sortir**.

(Pharmacien 2). Je trouve ça trop brouillon, trop noyé parce qu'elle ne le fait pas concrètement.

*** Centre de formation et moyens financiers**

(Pharmacien 11) Ébranlement du cercle pharmacologique de Nice malheureusement en dizaine année jusqu'à 2018, assez récent. La grande problématique étant mercantile et financière : rémunération, enseignement payant hors de portée par rapport à la cotisation annuelle demandé etc...

*** Gêne liée au conflit d'intérêt lié aux laboratoires pharmaceutiques**

(Pharmacien 11) En étant membre de l'Utip je ressens de la gêne parce que dans notre système, les conférences et formations peuvent être sponsorisées par des laboratoires pharmaceutiques et par l'influence des laboratoires.

*** Pratiques actuelles et formation initiale**

(Pharmacien 5) Je suis un pharmacien **un peu ancienne génération**. C'est assez péjoratif ce que je dis mais ... je n'ai pas été formés aux pratiques d'aujourd'hui, parfois elles me dérangent.

*** Formation sur l'éducation thérapeutique du patient pas encore développée à la faculté de pharmacie**

(Pharmacien 8) Je n'ai même pas reçu de formation sur l'éducation thérapeutique du patient pendant ma formation initiale. On avait une option appelée Pharmacie Clinique, j'adorais ça, mais ce n'était pas du tout de l'éducation thérapeutique c'était de la pure clinique c'est à dire les arbres décisionnels, les recommandations bla bla bla comme tu peux trouver dans le VIDAL RECO*. Mais l'accompagnement du patient avec sa pathologie chronique non je n'ai pas du tout reçu de formation.

F/ Organisation, logistique du pharmacien et mise en œuvre

*** Difficulté de suivre à la lettre sécurité sociale** *Face à une certaine rigidité le pharmacien s'adapte,*

(Pharmacien 1) Il y a un autre frein, **si l'on reste uniquement sur ce que veut la sécurité sociale pour pouvoir être rémunéré**, on ne s'en sort pas.

(Pharmacien 1) Interruption partielle des entretiens pharmaceutiques du fait du cadre obligatoire de la Sécurité sociale.

*** Questionnaire rigide, trop dense, pas adapté, peu agréable, avec perte de temps**

(Pharmacien 1) C'est aussi un frein parce que **cela fait vraiment questionnaire de police parfois au lieu de se recentrer sur l'intérêt même de l'entretien**. Un questionnaire qui fait parfois **un peu hors-sujet**, cela fait une liste de questions, avec trop d'informations à demander en une fois. Nous sommes censés avoir 20 min d'entretien, on passe déjà 5 à 10 min sur les premières questions qui ne sont pas le cœur de l'entretien.

Une solution est **de le remplir avant ou de chercher les informations plus tard** et là c'est pareil, c'est aussi un problème, car il faut du temps. Mais au moins on passe moins de temps à récolter toutes les informations pendant l'entretien avec le patient et il reste **un peu plus de temps pour l'éducation** (Ambivalence avec la solution)

*** Sentiment d'obligation lié à l'injonction de la SS à faire des EP et BPM sans connaissance du terrain**

(Pharmacien 2) Concrètement, je me suis senti obligé de formaliser par rapport au fait que sur l'espace pro Amélie qui nous oblige de faire des entretiens. Ce que je trouve dommage c'est qu'on soit obligé d'en arriver là, à être payé pour faire ça. A nous payer pour expliquer par exemple qu'il faille montrer comment marche le traitement de corticoïde inhalé, rappeler de se laver la bouche après son utilisation. Et je trouve ça dommage d'en être arrivé là.

*** Missions à Formalisées non adaptées à la pratique au terrain**

(Pharmacien 7) Bon le problème dans ce pays, c'est que nos grands énarques font des lois. Ils croient savoir quoi faire mais au fond ils ne connaissent plus la réalité du terrain

*** Formalisme de pratiques quotidiennes informelles sous injonction SS**

Inconvénients de la formalisation des BPM par le caractère obligatoire, trames, temps passé ...

(Pharmacien 2) Alors que c'est des choses **qu'on sait déjà faire** et **que l'on peut faire** et **que l'on fait déjà** du moins **que l'on est censé déjà faire** et **qu'il faut faire autrement**.

*** Pense faire déjà de l'éducation au comptoir, avant l'injonction de la SS**

(Pharmacien 2) Je n'ai pas attendu que la sécurité sociale fasse un avenant et indemnise pour dire « attention là il y aurait une interaction » etc... parce que faire correctement mon travail c'est principalement analyser l'ordonnance voir s'il n'y a pas d'interactions.

(Pharmacien 2) ... Pour autant je n'ai pas attendu d'être payé (par la SS) pour dire au patient comment et quand doit-il prendre son traitement.

(Pharmacien 2) ... Les interactions médicamenteuses tout ça je le faisais déjà.

*** Missions d'éductions pas encore dans les mœurs**

(Pharmacien 6) Pour moi, les nouvelles missions, ce n'est pas encore rentré ni dans les mœurs ni dans l'organisation des pharmaciens d'officines actuels, ni des patients, ni des autres professionnels de santé... C'est une période charnière pour autant.

(Pharmacien 5) En fait **on ne formalise pas**, dans une cabine, sur un temps lambda **parce qu'on le fait déjà au moment de la délivrance de l'ordonnance**

(Pharmacien 6) Même si c'est sans contradiction avec notre métier, perdre une demi-heure en BPM pour discuter avec une personne âgé pour reprendre tout son traitement ...c'est à **se demander l'intérêt puisqu'on est sensé bien le faire au comptoir**.

* **Questionnement sur les EP et BMP**

(Pharmacien 8) par exemple on peut proposer des entretiens sur deux types de pathologies/médicaments AVK et Asthmes parce que la sécu les rembourse mais sinon les autres qu'en est-il ? Pourquoi ceux-là et pas les autres ? Concernant les bilans de médication partagés, pourquoi le patient âgé qui prend un traitement avec qu'une seule molécule mais complexe ou avec un B/R important n'aurait-il pas le droit de faire un bilan lui aussi (en effet en dessous de 5molécules)

* **Sentiment de gêne face au formalisme**

(Pharmacien 2) ce sont des choses qu'on faisait déjà avant quoi ? Les bilans partagés ? Moi ce qui me gêne c'est qu'on me demande de le faire d'une façon formalisée alors que je le faisais déjà.

(Pharmacien 2) ... c'est vrai qu'aller noter dans leur petit formulaire avec la date à laquelle j'en ai parlé au patient, ça m'embête

* **Formalisme compliqué à la mise en place**

(Pharmacie 4) Donc s'il commence aussi à nous imposer des choses un petit peu compliqué à mettre en place, qui va pouvoir le faire ? Les grandes pharmacies ? **Je ne sais pas encore comment je vais m'organiser pour le faire.**

* **Pas de pratique formelle ni des entretiens pharmaceutiques ni des bilans de médication au sein de l'officine**

(Pharmacien 5) Les entretiens pharmaceutiques je ne les pratique pas du tout parce que nous, petites pharmacies, **on n'a pas les moyens de se mobiliser** pendant un quart d'heure- vingt minutes pour expliquer un traitement. Et pour moi tout ça c'est ... de toute façon **notre travail quotidien**. Donc bloquer le client sur rendez-vous pendant un quart d'heure pour évaluer son traitement, cela ne me convient pas. Souvent quand il a un traitement et qu'on essaie de savoir s'il a bien compris son traitement, on fait comme un entretien pharmaceutique.

(Pharmacien 5) Le bilan de médication partagé je ne m'en suis pas encore vraiment préoccupé. Mais bon ça fait partie aussi de notre travail (tensions)

(Pharmacien 8) Les missions d'éducation que l'on est sensé lancer. Voilà, ni moi ni aucun de mes collègues n'en n'ont fait

* **Absence de pouvoir décisionnel sur les choix de la pharmacie**

(Pharmacien 10) Nous ne faisons pas d'entretiens pharmaceutiques ni de bilans de médicaments au sein de la pharmacie où je travaille actuellement et je ne sais pas pourquoi on ne s'organise pas puisque nous sommes 20 pharmaciens. Mais je n'ai pas le droit de décision pour mettre en place ces missions.

F/ Expériences du pharmacien

* **Découragement à poursuivre les missions par manque de retour positif /Absence de financement des entretiens**

(Pharmacien 6) Effectivement les entretiens, bilan de médication, ce n'est pas quelque chose qu'on développe actuellement dans l'officine où je suis adjoint. **Par contre j'ai fait des entretiens AVK dans une autre pharmacie quand la démarche de ces derniers a été lancée.** Donc avec mes anciens titulaires on s'était lancés là-dedans. Mais il est vrai que **les retours ont été compliqués...** N'ayant pas eu d'encouragement ni de retour financier au bout d'un an, un an et demi par les titulaires par rapport au travail que je faisais. **Nous avons mis ça de côté assez rapidement.**

(Pharmacien 6) Parfois oui tout est long à mettre en place, on s'y met, on fait quelques temps puis on abandonne parce que on n'a pas vu rapidement **les effets c'est à dire le retour financier disons le franchement et aussi les avis auprès des patients.** Oui parce qu'en plus finalement les traitements AVK ont été moins prescrits du fait de nouvelles molécules AOD. On est passé sur autre chose petit à petit, on a abandonné...

* **Expérience négative en tant pharmacien adjoint vs travail personnel titulaire**

Grande pharmacie avec politique de rendement, plus de vente associée non ajustée Discernement sur ce que le pharmacien veut, comment il désire exercer : tension liée à la culture de la pharmacie

(Pharmacien 4) j'ai travaillé dans des grandes pharmacies où l'on nous regardait, nous épiait en nous disant « **ça ne va pas être possible, tu passes trop de temps avec les patients** ». Ce n'était pas pour moi et j'ai arrêté en leur disant que je ne travaille pas comme ça, je suis pharmacien, je suis là pour accompagner le patient, pour qu'il n'y ait pas d'accident, pour que les gens prennent leurs médicaments, pour qu'il y ait un effet...

F/ Compétences du Pharmacien

* **Connaissance de la non compétence en termes de prise en charge par certains confrères**

(Pharmacien 8) Je me rends compte quand mes amis sont allés en pharmacie, que ce qu'ils reçoivent **comme conseils c'est parfois assez catastrophique. Je suis outrée, très souvent c'est le néant.** Pareil quand j'observe ou écoute certaines collègues, je me dis intérieurement que c'est pire que le néant, si j'étais leur patronne je préférerais qu'elles se taisent. C'est encore plus terrible de travailler avec elles. (Parce que dans un sens, tous ensemble nous sommes liés à la même image...)

(Pharmacien 8) Mais en tout cas le pharmacien d'officine aujourd'hui, **il fait un peu semblant. Il est là. Il a toujours son monopole même si il sait que c'est un monopole en péril.** Parce que oui aujourd'hui, on ne fait plus d'argent sur les boîtes mais on fait de l'argent d'honoraires.

* **Patience, attitude empathique**

(Pharmacien 8) **Je ne suis pas assistante sociale.** C'est vrai que ce n'est pas pour moi l'interaction avec des personnes en grandes difficultés, qui nécessitent réellement un accompagnement global. **Je ne considère pas que ce soit notre travail** à proprement parler, je veux bien les réorienter. *Pourtant j'ai l'impression d'être quand même plus tolérante que certains de mes collègues.*

F/ Difficultés du pharmacien

* **Métier de pharmacien est exigeant, difficile**

(Pharmacien 12) c'est parfois **très dur physiquement.** Parce que toute la journée debout et **je dois tenir physiquement et psychologiquement.** Accueillir les problématiques des autres alors que j'en ai moi aussi, le sommeil par exemple, je ne dors pas bien du tout parfois. Je ne suis pas là pour me plaindre moi, mais bien pour accueillir les souffrances et problématiques des autres, des patients.

(Pharmacien 8) Je trouve en tant que pharmacien que cela apporte beaucoup. A la fin de la journée, tu es rincée. Tu as parlé sans cesse vraiment toute la journée et rapidement. C'est n'est pas du conseil avec une personne tranquillement 10 minutes où tu prends la température. Non c'est la queue toute la journée. Voilà tu es quand même un peu obligé d'être efficace, rapide. Donc c'est des journées bien fatigantes aussi.

* **Solitude non accompagnement des pharmaciens étrangers**

(Pharmacien 12) Quand je suis arrivé en France, **je ne me suis pas sentie soutenue, ni accompagnée, ni formée de manière formelle aux pratiques du pharmacien d'officine.** Je me suis auto-formée toute seule. C'est dommage qu'il n'y pas de système d'intégration pour les pharmaciens étrangers qui désirent travailler en France. Notre statut n'est pas clairement défini non plus.

(Pharmacien 10) j'étais tout juste diplômé en Pologne je ne connaissais vraiment rien. Au début c'était très difficile, avec en plus la barrière de la langue. Je me suis formée au fil du temps et je travaillais le week-end toute seule et le soir parfois. J'ai pris du temps à comprendre le système de soin etc.

* **Rapport temps / argent**

(Pharmacien 5) Là aussi **on veut les quantifier, les rémunérer.** On nous parle beaucoup de **ce que ça nous rapporte.** Mais quand on n'a pas trop le temps, il faut voir **ce que cela nous coûte** à la mise en place.

* **Conséquences financières du temps dédiées aux entretiens**

(Pharmacien 12) Quand tu parles et que tu passes une heure avec un patient, pendant ce temps-là c'est bien des ordonnances ou conseils que tu n'auras pas fait au comptoir et ça il faut faire le rapport avec le chiffre d'affaire dans la journée. Pour la pharmacie en apport ce n'est pas intéressant.

* **Frustration de ne pas avoir connaissance de la pratique du patient suite aux conseils**

Désir de feedback

(Pharmacien 8) Lorsque je délivre une ordonnance avec mes conseils, c'est vrai que ça me fait bizarre de ne pas savoir exactement comment le patient fait, comment ça va être fait.

F/ Insatisfaction du pharmacien

* **Sentiment de ne pas être à la hauteur**

(Pharmacien 8) En fait je me rends compte que parfois j'ai peu confiance en moi parce que j'ai l'impression que ma réponse thérapeutique n'était pas à la hauteur de ce que j'estime être une belle réponse. Et concernant l'éducation du patient j'ai l'impression que je suis trop limitée dans mes connaissances. Et quand je ne sais pas comment m'y prendre cela ne me convient pas.

F/ Indisponibilité du pharmacien

* **Pollution par d'autres tâches que l'éducation**

(Pharmacien 1) J'ai commencé certaines démarches éducatives que je n'ai pas fini ... je ne me suis pas lancé totalement parce que finalement il y a toujours ce temps qui passe vite et la pollution générale de l'officine ... Donc c'est vrai que moi je n'ai pas vraiment de comparaison avant/après de ma pratique éducative

* **Difficulté libérer du temps pour les temps d'entretien formalisés avec le patient en fonction de la typologie de la pharmacie**

***** Cas d'une petite officine**

(Pharmacien 5) **c'est un défi** pour une petite pharmacie. Parce que vous voyez ce matin on était pourtant à notre effectif maximum, trois plus notre apprenti. On n'a pas arrêté une seconde ou si quelqu'un était venu pour un entretien, cela aurait été presque impossible pour moi de débloquer 10 minutes ou 15min. **Mais c'est une question de temps**, peut être qu'une pharmacie avec un ou deux adjoints, peut se permettre de faire ces choses-là.

***** Cas de pharmacie de quartier**

(Pharmacien 6) Pourquoi on ne s'engage pas dans ces entretiens parce que **ça prend 20 ou 30 minutes** par entretien hors comptoir, **ça mobilise un pharmacien** forcément pendant ces 30 minutes là. **Dans la pharmacie on est toujours effectivement en personnel assez restreint, flux tendu.** Voilà donc le titulaire, il n'a pas spécialement envie que ses employés perdent du temps. Il préférerait que l'on puisse vendre des boîtes. Dommage ... Peut être que là, il y a pas mal de boulot aussi à faire là-dessus.

(Pharmacien 6) La mise en place des nouvelles missions c'est compliqué. Imaginez-vous faire perdre une demi-heure voire une heure à ton pharmacien assistant.

(Pharmacien 9) Pour les entretiens pharmaceutiques, je n'en ai toujours pas fait. Lorsque j'étais titulaire à Menton ce n'était pas possible. J'avais à gérer les préparations des piluliers pour deux maisons de retraites. Cela prenait déjà beaucoup trop de temps.

* **Cas de pharmacie balnéaire, touristique**

(Pharmacien 12) comme je le disais il faut prendre un rendez-vous avec le patient, ça peut durer plus que 20 min, j'imagine jusqu'à une heure. Et ce n'est pas dans nos pratiques de pharmacie touristique.

***** Cas d'une grande Pharmacie centre-commercial**

(Pharmacien 10) Mon contexte de travail est particulier, nous n'avons pas vraiment le temps de nous accorder un

espace, un moment pour l'éducation avec le patient. Malgré que nous soyons très nombreux. Il y a très peu de patients habitués qui viennent pour des ordonnances avec ou sans renouvellement par rapport à une pharmacie de quartier.

*** Perte de temps avec les représentants médicaux au détriment de plages éventuelles pour des entretiens avec des patients**

Pas ou peu d'intérêt à recevoir des délégués médicaux vs intérêt à faire des entretiens de patients

(Pharmacien 2)... Certains représentants médicaux viennent se présenter à la pharmacie spontanément. Malheureusement pour eux c'est leur métier, donc ils sont obligés de passer. **Mais à chaque fois que j'en reçois un je vais perdre une demi-heure, une heure pour au final n'apprendre rien du tout.** Ça c'est compliqué parce que le temps que je ne passe avec eux c'est un entretien ou deux entretiens que je ne peux pas faire ...

F/ Motivation du Pharmacien

*** Peur de se lancer a priori dans une perte du temps lié au « formalisme » des EP et BMP**

(Pharmacien 2) **au début** je suis allé un peu à **reculons** en me disant c'est du travail que je fais déjà. C'est juste du formalisme **ça va me faire perdre du temps** mais je le fais quand même ...

*** Plaintes rapportées émises par les pharmaciens concernant les BPM**

(Pharmacien 4) Il y a beaucoup de pharmaciens qui se plaignent en disant « oui il y a beaucoup de critères, cela ne nous facilite pas la tâche » Ces gens-là disent aussi « on n'arrivera pas à trouver 20 personnes / patients motivés là-dedans » **Je ne dis pas que c'est facile pour moi non plus, difficile de rester motivé pour continuer.**

F/ Identité du Pharmacien

Ce que le Pharmacien n'est pas censé faire

(Pharmacien 11) A mon avis, vous n'êtes pas là pour apprendre au patient à vivre. Il vit comme il l'entend.

(Pharmacien 12) Moi je **suis assez sensible**, parfois je ne me retiens plus, il m'arrive de pleurer (en backoffice), de ressentir beaucoup d'émotions. **Ce qui est dur pour moi, c'est que mon ancien patron me l'a reproché plusieurs fois.** Il me demandait de prendre sur moi, de rester calme faire bonne figure, comme une vitrine. *L'exemple le plus marquant c'est suite aux attentats de la promenade des Anglais en Juillet 2017. J'ai eu beaucoup d'émotions longtemps après au sein de la pharmacie. D'ailleurs je travaillais le lendemain, j'étais terrorisé. Nous avons beaucoup de patients de la pharmacie qui ont été où ont connus des personnes touchées par cet événement. C'était horrible. Dur d'accueillir tant de souffrance et de ne pas pouvoir souffrir avec eux`*

F/ Ethique du Pharmacien

*** Attitude non authentique de certains Pharmaciens pour un profit commercial**

(Pharmacien 2) Quand je prends des nouvelles de son mari auprès d'une dame par exemple, parce qu'il a été hospitalisé, ce n'est pas pour récupérer l'ordonnance de sortie d'hospitalisation. Dans tous les cas la pharmacie la plus proche, est loin... ? Comment ça ? Je supprimerais ...

Parce que parfois certains pharmaciens vont dire « Ah comment ça va Madame ? » **Ils font les faux-sympa pour récupérer des ordonnances.**

*** Consciences professionnelles différentes**

(Pharmacien 2) Je trouve ça dommage d'en être arrivé à un stade **où l'on n'a pas tous la même conscience professionnelle.**

*** Patients avec demande insatisfaite dans une pharmacie et satisfaite dans une autre.**

(Pharmacien 8) Il y a un **conflit d'intérêts** très souvent entre le pharmacien et le patient dans le cas où ce dernier désire un traitement sur ordonnance sans avoir de prescription. Mais quel que part tu sais que si tu ne délivres pas

ta boîte, au patient s'en va, fâché voire carrément trahi. **Il se dit « je suis allée chez mon pharmacien (même si les jeunes n'ont pas de pharmaciens attirés) quelqu'un qui est sensé m'offrir de l'aide et il ne me l'a pas offert ».**

Après refus de notre part, en allant dans la pharmacie d'à côté, si il lui donne ce qu'il souhaite, qui n'est d'ailleurs pas forcément ce dont il a besoin, il **sera satisfait et donc possiblement fidélisé parce qu'on le prend par les sentiments.** Il fera des généralisations mais "**ici c'est cool, ici on m'a soigné alors que là-bas, on ne m'a pas soigné, ils ont été injustes**"

*** Connaissance des pratiques abusives de certains confrères :**

Pratiques non éducatives mais mercantiles, conscience professionnelle multiple

(Pharmacien 2) ...On verra précisément les freins. Mais dans ce sens c'est quelque chose qu'on faisait déjà avant. Il y a des pharmaciens qui veulent du rendement ... J'ai bien conscience qu'il y a des pharmaciens des pharmacies d'usine, ils prennent l'ordonnance, ça sort, ils donnent le truc « merci, au revoir » et encore « merci au revoir » c'est limite... Donc ceux-là, la baisse de marge, Ils s'en moquent parce qu'ils ont pleins de choses à côté

(Pharmacien 8) Donc oui il n'y a pas la même conscience dans le premier cas, c'est une réflexion d'éducation pour la santé du patient et de santé publique et dans le deuxième cas c'est pour l'argent bien-entendu et c'est l'origine du problème... **Evidemment je suis d'accord pour dire que l'on est des commerçants et de toute façon la plupart des pharmaciens font très bien ce boulot mais en contrepartie très mal le réel travail du pharmacien.**

(Pharmacien 8) Mais il ne faut pas se leurrer, bons nombres de pharmaciens délivrent des médicaments listés, sans ordonnance depuis la nuit des temps. Le pire qu'ils puissent faire c'est de ne pas questionner, chercher à comprendre pourquoi et en pratique ils encaissent simplement le patient en faisant une vente directe. Certains pharmaciens dont moi-même, prennent soin de l'ajouter au moins à l'historique patient qui est une démarche déjà plus qualitative.

*** Limitation dans le rôle de Pharmacien lié à des interdits**

(Pharmacien 8) Moi ça me paraît invraisemblable que le pharmacien ne puisse plus délivrer certains traitements devenus listés *L'exemple de la contraception. L'exemple de la codéine sur ordonnance pour moi, c'est du délire. C'était une solution parfois importante et on était là, pharmacien pour faire la différence entre le jeune qui désirait du sirop Euphon* pour sa grand-mère ou une boîte de paracétamol codéinés mais qu'il use pour sa propre consommation, et la personne qui a une douleur dentaire type rage de dent où il faut proscrire les anti inflammatoires, où le paracétamol n'est pas suffisant par contre on avait une réponse qui était le paracétamol codéine. Là c'était mon boulot de discerner maintenant que c'est sur ordonnance, le patient doit aller voir le médecin, payer 25 euros pour une douleur aux dents qui l'a pris en plein milieu de la nuit. Donc je délivre la codéine parfois j'aurais dit de ma codéine que je mets au nom du patient.*

C'est la base de mon boulot de pharmacien **de décider si oui ou non en fonction du cas de figure le patient peut obtenir tel ou tel médicament, listé ou non.**

En tout cas on n'aide pas je trouve le pharmacien à faire son boulot quand c'est au médecin de décider sur tout.

F/ Equipe soignante

*** Relation avec son titulaire**

(Pharmacien 6) Les freins liés au métier de pharmaciens, J'en ai eu. Je pense souvent liés à la **relation que tu peux avoir avec ton titulaire en tant qu'adjoint.** Si lui effectivement n'est pas dans la **même dynamique et avec les mêmes perspectives de boulot comme par** l'exemple moins de temps pour l'éducation pour se tourner vers plus de profits sur vente etc. ...

F/ Coordination des soins

*** Relation peu fluide avec le médecin concernant les BPM**

(Pharmacien 12) Dans les BPM on ne sait jamais **comment les médecins vont réagir**, si vous en parlez de votre analyse et votre proposition concernant un patient. Est-ce qu'il accepterait la rectification des traitements. Quelles seront les relations après ?

(Pharmacien 12) Dans la démarche du BPM, il peut y avoir de nouvelles informations, propositions concernant le traitement. Et là on a aucune idée de **comment le patient peut recevoir ces propositions** qui s'apparente automatiquement pour lui à un changement. **Ils sont, je trouve, souvent attachés à leurs habitudes et peu demandeur de changement.**

*** Freins à la communication entre professionnels de santé**

(Pharmacien 3) Les vrais freins vont être de mettre en place des réflexes d'utilisation, des outils cryptés et sécurisés, conformes à la RGPD à la Cnil pour toutes les données de santé. Utilisées des outils connectés.

(Pharmacien 7) Malgré le fait que je sois **en très bon terme et même amical avec les médecins** de mon quartier, je sais déjà que la démarche proposée par les BMP ne va pas leur plaire. Je sais déjà qu'ils ne veulent pas perdre de temps à discuter sur des choses qu'ils leur semblent être de la pacotille... Certains médecins (peuvent faire blocage à ce que les patients viennent dans ta pharmacie) certains médecins déconseillent ta pharmacie à leurs patients.

***Impressions données sur la relation patient-médecin-pharmacien (freins)** (Pharmacien 7) Là aussi la médecine a évolué, les rapports entre patient et médecins surtout les jeunes médecins. Ils me semblent beaucoup moins investis dans la prise en charge qu'avant et donc c'est du bonjour-bonsoir. Ils font de moins en moins de visite au domicile du patient. Donc de ce fait, vous continuez vraiment à suivre le patient beaucoup plus souvent que le médecin qui le voit une fois par mois

*** Freins dans la collaboration avec les médecins pour les BPM : Santé du patient en jeu *Médecins sont peu informés, ne saisissent pas l'intérêt, ego, ne veulent pas de remise en cause*** (Pharmacien 4)

Je parle bêtement mais quand lors du premier entretien BPM, il y a quelque chose qui ne va pas, quand on le voit, on est quand même qualifié pour le faire. **Le médicament c'est nous.** Quand on dit aux médecins ça ne va pas, et qu'ils répondent « moi je ne changerai pas mon traitement, vous pouvez dire tout ce que vous voulez ; J'estime que le patient est comme ça ... » il dit implicitement non, je ne collabore pas avec vous. Et 2 semaines à deux mois après, on apprend que le patient finit à l'hôpital et là enfin il y a un changement de traitement qui suit. . Alors là, émotionnellement, vous êtes furax, vous êtes énervé, vous êtes déçu parce qu'on aurait pu éviter l'hospitalisation d'un patient et que vous vous sentez peu considéré. **On avait vu que ça allait finir comme ça et le médecin n'a pas voulu faire un travail pluridisciplinaire. Un truc d'ego** parce que « Nous les médecins de quartier c'est comme ça, c'est tout ». Ils m'ont tous dit oui tu peux faire tes entretiens et BPM mais ils m'ont parfois dit derrière « **Moi, je n'adapte pas mon traitement** » et ce, malgré les recommandations malgré les enquêtes. Je pense que le problème est là. (Pharmacien 8) Moi je trouvais qu'en même temps on est un peu enchaîné du fait qu'on n'est pas considéré par de vrais docteurs, par les autres professionnels de santé et patients. Parfois, nous avons un avis. Avec notre profession on est censé adopter une démarche de critique pharmaceutique et très souvent, nous sommes très gênés de corriger une ordonnance même lorsqu'il le faut absolument. Et nous devons passer par le médecin libéral ou hospitalier et très souvent notre avis n'est pas reçu tel quel. On reçoit parfois plus d'ordres des médecins plutôt qu'un partage.

F/ Relation Pharmacien-patient

*** Incompréhension/ abandon**

(Pharmacien 12) Quand il y a une incompréhension trop ancrée, c'est là que j'abandonne ...

*** le pharmacien réalise que souvent les parcours de soin de ses patients sont des parcours isolés**

(Pharmacien 3) ... En échangeant sur **le long parcours de certains patients on se rend compte qu'ils ont quand même souvent un parcours très isolé**. Parce que le temps prescripteur est un temps extrêmement court, par rapport aux temps patients. Vivre avec sa pathologie, c'est difficile, le traitement est dans 80 à 95% du temps géré seulement par le patient et pour peu qu'il ne soit pas soutenu, qu'il n'ait pas de personne relais, ressources ou des personnes qui sont simplement à l'écoute et bienveillante, il peut perdre pied. (Pour peu qu'il n'ait pas de soutien, il tient mal son traitement)

*** Les patients ont un rapport biaisé avec le corps médical lié au modèle paternaliste et infantilisant.**

Freins psychologiques

(Pharmacien 3) Parce qu'ils ont souvent ce frein vis à vis du corps médical. « Si je lui dis que ça n'a pas marché, si je lui dis que je ne le prends pas, ... » Enfin pour toutes ces choses, il faut couper ce frein-là qui est vraiment **un frein psychologique des patients, avec ce côté paternaliste et ce côté infantilisant, qui est un modèle ancré**.

*** Perception nouvelle de certains patients, anxiété quant au devenir de la profession, de la relation pharmacien-patient**

(Pharmacien 6) La plupart du temps, les patients nous disent « **Ah mais bientôt on aura des robots en face de nous au comptoir** ». *Je ne rentre pas dans ce débat là parce que ça ne sert à rien je considère que l'on a un métier d'échange loin de là d'être des robots. Là on exerce justement un métier où l'on discute, on échange. Et probablement qu'il faut le revaloriser (Bis LEVIERS PHARMACIENS)*

*** Notion du patient expert, vision négative sur les pharmaciens**

Représentation du patient expert par le pharmacien

(Pharmacien 11) Vous connaissez le patient expert. Vous savez qu'il se connaît, il sait comment il gère sa maladie. Il vient **vous écouter parfois plus pour vous faire plaisir qu'autre chose. Mais il n'est pas du tout persuadé que vous allez lui apporter quoi que ce soit**.

(Pharmacien 8) Comme je l'ai dit tout à l'heure je ne prends jamais pour acquis ce que le patient me dit parce que le patient n'est pas toujours expert même s'il le prétend.

*** Le pharmacien ne sait pas reconnaître l'expertise du patient sur sa propre pathologie**

(Pharmacien 11) Le problème très souvent c'est la reconnaissance de l'expertise du patient par le pharmacien. Donc il faut avoir pour cela changé les mentalités.

*** Patient avec sa perception, son point de vue sans besoin d'aide particulière**

(Pharmacien 11) Les patients **ne sont pas forcément en attente** qu'on leur apprenne à gérer leur pathologie. Un patient, c'est comme vous et moi il n'a pas envie qu'on lui apprenne quelque chose. Il a une certaine perception de son vécu qui ne se retrouve pas forcément dans votre perception de pharmacien. On n'est pas dans un réel face à face avec le patient à l'officine.

F/ Cadre de travail

*** Cadre strict, rigide**

(Pharmacien 8) Le problème pour moi c'est que nous, les pharmaciens nous sommes trop dans un cadre réglementé, fossilisé.

***si absence de lieu ou d'espace de confidentialité dans la pharmacie**

Difficulté à proposer un temps d'échange privilégié au patient

(Pharmacien 1) C'est assez compliqué si dans le cadre de l'officine où l'on travaille, on est dans un endroit **où il n'y a pas de possibilités de nous mettre à part avec le patient** pour justement reprendre tranquillement les

points qu'il a besoin de travailler ensemble posément (Pharmacien 8) Nous ne nous lançons pas dans les entretiens parce qu'il , **n'y a pas d'espace de confidentialité dans cette pharmacie, on n'a même pas de local orthopédique**. On a un **seulement un petit bureau de 3 m²** qui est le bureau du patron dans lequel on va certainement vacciner cet hiver. Je ne sais pas vraiment encore comment ça va se passer ça aussi ... Et il n'y a malheureusement pas moyen d'en créer, pas du tout. Aucun moyen d'en créer un. Donc ça c'est le premier point qui est tout à fait un frein.

(Pharmacien 8) Déjà le fait qu'on n'a (le fait que l'on n'ait pas) pas d'espace de confidentialité, alors concrètement c'est compliqué physiquement de faire un entretien long avec une personne âgée qui resterait debout au comptoir.

(Pharmacien 12) Nous n'avons ni local orthopédique ni salle dédiée à la confidentialité

*** Si trop grande pollution administrative au sein de l'officine**

(Pharmacien 1) Il y a **beaucoup trop de travail administratif** à faire et en conséquence **on ne peut pas se libérer du temps pour échanger amplement avec le patient**. Et bien là aussi ça devient compliqué et concrètement là ça me concerne.

*** Local, espace encombré peu accessible** *Multi-usage dédié*

(Pharmacien 4) Là c'est le bazar parce qu'on a fait une formation avec les infirmières sur le maintien à domicile dans le local. il y a du matériel médical partout et on doit le ranger bientôt

*** Changement de lieu de travail avec moins de possibilité**

(Pharmacien 8) quand **tu es habitué à un cadre agréable de travailler qu'après changement, tu regrettes parce que tu te retrouves dans une toute petite pharmacie** où le plus gros souci c'est qu'il y a pas de variétés dans les références même parmi les crèmes cicatrisantes, tu n'as qu'un seul choix et parfois qui est parfois cher.. Le comble est quand tu n'as pas de produits médicament remboursés sur l'ordonnance et que c'est une vraie problématique pour le patient. **Ce type de pharmacie, c'est une expérience à faire, mais ça me frustre dans mon travail.**

*** Localisation pharmacie quartier difficile**

(Pharmacien 8) Dans les pharmacies de quartier où je travaillais c'était vraiment très populaire. Il y a des gens qui parlaient très mal le français qui étaient parfois rudes avec leurs enfants. **C'est difficile il faut vraiment se mettre à leur niveau, il faut prendre beaucoup plus le temps et puis surtout, il y a toujours ce côté où il faut que ce soit gratuit alors tu rentres dans le négoce**. Ce n'est pas pour moi.

*** Non-respect de la confidentialité**

(Pharmacien 12) Les **discussions aux comptoirs sont très personnelles**. J'ai le cas en tête de patients qui se mêlent des discussions qui ne les regardent pas, voulant bien faire très souvent... Mais le respect de la confidentialité à l'officine en pratique, ce n'est pas toujours ça.

*** Connaissance du contexte de confrère défavorable**

(Pharmacien 2)...Je me mets à la place des confrères qui sont **pris à la gorge par la banque ou par les grossistes** et qui courent après le chiffre, qui se font arnaquer au moment de la vente ou autre. (BIS Leviers) **Si je devais agir pour m'en sortir, peut-être que je prendrais moins le temps parce que je n'aurai pas le choix**
(Pharmacien 2)... au début quand j'ai repris ma pharmacie, c'était la première fois que je gérais seul. J'étais plus dans le jus avec le logiciel, le stock, le banquier. Au début c'était compliqué. Il y a le pharmacien mais il y a aussi tout le volet administratif, gestionnaire avant de pouvoir s'occuper des patients. Il faut s'occuper de tout ce qui est back office, la gestion des commandes etc ... il y a tout un travail en amont. Au début j'étais moins avec les patients parce qu'il a fallu faire tout le back office pour pouvoir dans la suite m'occuper des patients.

F/ Prise de conscience

***Pas le cadre parfait pour l'ETP à l'officine**

(Pharmacien 4) A l'officine, au comptoir ce n'est pas de l'éducation thérapeutique du patient à proprement parler. Ce vrai que ce n'est pas le cadre parfait où l'on fait le diagnostic, l'évaluation avec un compte rendu.

*** Choses à améliorer au sein de l'officine**

(Pharmacien 8) Il y a beaucoup de freins au changement dans l'officine. Pour autant il y a des choses qui ne peuvent pas durer et qui peuvent être améliorées, et ça peut être général avant de parler de pratiques éducatives.

***Conscience des pratiques éducatives possibles sans pour autant faire**

(Pharmacien 8) Si on évoque tout ce qui est entretien, je sais que c'est un peu plus spécialisé que l'acte de délivrance au comptoir, avec des outils, un questionnaire et dans un lieu à part. Pour autant, je ne le fais pas dans l'officine où je travaille. Je n'ai pas l'occasion de le faire.

*** Constat d'échec, déception face aux pratiques des autres pharmaciens**

(Pharmacien 2) Bien faire son travail de pharmacien oui ...et ça malheureusement j'ai bien conscience que ce n'est pas partout pareil qu'ailleurs, d'autres pharmacies ne font pas bien leur travail. Et c'est pour ces raisons qu'ils ont baissé le prix des médicaments, ce qui demande un transfert de marge sur du conseil pur. Alors que ces pratiques d'éducatives, entretiens etc... je pense qu'on aurait déjà dû les faire depuis longtemps sans en arriver là. C'est un petit peu un constat d'échec, la non-motivation de mes confrères ...Il y a beaucoup de pharmaciens à qui j'ai parlé et qui me disent « on n'a pas le temps » j'ai envie de répondre « mais si tu n'as pas le temps maintenant, il va y avoir des soucis pour notre profession plus tard »

J'en ai vu beaucoup des pharmaciens et **ça m'a fait quelque part de la peine**. Oui cela m'a vraiment fait de la peine. Je me suis dit « On n'est pas bien, on n'est pas bien du tout ... » C'est le constat d'échec et cela me fait peur par rapport à l'évolution du métier, de la communauté, de la profession de pharmacien. (Pour autant cela ne me freine pas à faire non plus.)

*** Rapport à la sécurité sociale**

(Pharmacien 8) Moi ça c'est un truc que je dis beaucoup à mes préparatrices quand c'est moi qui suis seul et que c'est moi qui me charge de ... **Je leur dis : « la Sécu n'est pas le grand décisionnaire**. Parfois on peut se cacher derrière tel médicament (à deux par jour) la sécu ne remboursera pas. **La Sécu ne doit pas toujours compter, ce qui compte pour moi c'est la santé** ». En plus, un jour la Sécu rembourse, un autre jour la Sécu ne rembourse pas.... J'ai cette impression **parfois d'être totalement le larbin de la Sécu**. Et surtout je n'aime pas que nous puissions faire croire aux patients que c'est la sécu qui décide. Et en plus voilà qu'on crée cette image inutile (Non la sécu ne peut pas mais ce n'est pas vrai.). C'est toi en tant que pharmacien qui est aussi décideur, responsable (c'est à nos risques et périls). Alors c'est ce discours où l'on va dire : « Je ne vous le donne pas parce que la Sécu ceci, cela... » Moi cela me gave profondément. Je préfère dire « je choisis de ne pas vous le donner parce que c'est moi qui suis l'expert. »Même si certains patients disent « je le paye ». Cela ne m'empêche pas, c'est moi qui décide.

F / Rémunération missions formalisés

*** Hypothèses et conséquences de la perte de rémunération ou attribution de ces missions de bilan de médication**

(Pharmacien 2) je me dis que, si la sécurité sociale se rend compte que les pharmaciens de Nice ne jouent pas le jeu, s'ils ne s'engagent pas dans les missions parce qu'ils estiment qu'ils n'en ont pas besoin pour vivre, finalement, la SS va nous enlever cette rémunération et la donner aux infirmières. Alors que J'ai besoin de cette rémunération pour vivre puisque dans ma pharmacie on ne vend pas de compléments alimentaires.

Moi si je n'ai plus la rémunération sur ces missions spécifiques, certes je vais continuer à les faire parce que c'est mon métier, je continuerais à expliquer, éduquer, par contre je vais avoir un manque à gagner et je suis à risque d'être peut être en déséquilibre financier.

Je n'ai pas envie de dire que je passe mon temps à expliquer. Je vais vendre trois merdouilles qui passent à la télé pour faire de la marge. **Cas** : Maintenant toutes ces rémunérations pour ma pharmacie ça représente plus de dix mille euros à l'année en entretiens, AVK, AOD asthme et les bilans partagés de médication. C'est plus de 10000 euros par an de marges et j'en ai besoin. C'est ce qui fait que je fais bien mon travail parce qu'il y a ça qui me permet de bien faire mon travail. Quelque part il me les faut. En revanche, la Sécurité sociale n'a pas payé ce qu'elle aurait dû payer. Par exemple, j'ai fait beaucoup de bilans partagés de médication, 144 l'an dernier et il n'y en a que 72 qui ont été payés soit 50 pour cent. Je n'ai pas reçu de raisons valables, ils me disent « on verra ; on n'est pas sûr informatiquement ». **(Voilà j'étais sûr de moi pourtant)**. J'étais pourtant sûr de moi je pense avoir fait comme il le fallait. Alors que je n'ai pas été payé parfois pour les entretiens AVK/AOD, mais là c'était moi qui avait oublié de valider le deuxième entretien donc ça n'a pas été payé.

*** Conditions pour recevoir la rémunération post BMP ou EP**

(Pharmacien 2) A chaque fois comme à peu près tous quasiment tout ce que j'ai fait pour cette année. ? Pas d'objet dans cette phrase... En fait ils ont changé en cours le mode de rémunération : il fallait faire deux entretiens pour être payés et moi J'ai fait deux entretiens mais le premier est enregistré en tant que l'entretien d'évaluation et le deuxième en entretien thématique alors qu'apparemment il fallait deux entretiens thématiques. J'aurais dû faire l'évaluation et deux entretiens thématiques et je me suis fait avoir à cause de ça mais c'est ma faute. Evaluations et 2 thématiques ?

(Pharmacien 12) Pour moi la **rémunération est un peu floue** (quand, combien et qui la perçoit au final, le pharmacien titulaire pour l'officine ou le pharmacien adjoint ?) Il me **semble que ce soit bien peu** par rapport au temps passé et à l'argent perdu sur ce temps bloqué.

(Pharmacien 7) D'entrée de jeu, ils ont proposé les bilans de médication comme soi-disant un substitut à la chute de rémunération du pharmacien sur les médicaments. Ils disent encore que les EP et BPM seraient « un nouveau complément de rémunération aux pharmaciens ». **Je me suis dit que ça ne marchera jamais dans le temps.**

Il faut que les pouvoirs publics soient plus clairs.

(Pharmacien 6) ... Par rapport aussi à la carotte de la sécurité sociale qui est la rémunération sur les entretiens et des nouvelles missions. Quoi par rapport à quoi ?? Parce que oui, on nous propose une rémunération pour cela mais on ne le fait apparemment pas et bilan final, on se fait taper sur les doigts et ils ne comprennent pas pourquoi on ne se lance pas avec plus d'entrain dans les suivis thérapeutiques avec les AVK et d'autres thérapeutiques comme pour le diabète ou l'asthme. .

III.2- FREINS PATIENTS

F/ Difficultés du patient

*** Difficulté à conscientiser et à comprendre sa problématique de santé**

(Pharmacien 11) Parce que bien souvent, il **n'y a pas de prise de conscience réelle et juste d'un problème particulier**. Il y a juste quelques symptômes, qui ne sont **donc pas toujours compris**. Comme par exemple une glycémie élevée, une fatigue excessive, une apparition de boutons, une diarrhée (liée par exemple à un traitement Metformine trop dosé). Le **patient ne mettra pas souvent en rapport** ses symptômes avec son hygiène, son alimentation, ses traitements si il y en a. Ainsi il vous demandera très souvent juste un traitement symptomatique.

Les erreurs d'attribution de ces symptômes et la honte d'en parler sont très souvent des **facteurs bloquants** chez le patient mais aussi chez le pharmacien. Rappelons-nous que le patient est humain comme nous-même, nous fonctionnons donc comme lui.

*** Changement de mœurs pour le patient**

(Pharmacien 5) Mais c'est très difficile aussi de **programmer des rendez-vous** et faire **venir les gens à des heures particulières**, la plupart des gens ne comprennent pas **toujours le sens de ces entretiens**. "Mais je

connais mon traitement, mais pourquoi vous me donnez toutes ces explications... "

Tant que vous n'avez pas établi un dialogue pour faire comprendre aux gens le but de ces entretiens, il y aura des petits détails qui leur échapperont

*** Difficulté de faire le BMP dans sa globalité par « désistement du patient »**

(Pharmacien 4) Le suivi proposé dans les bilans de médication est difficile. Les deux premiers entretiens à la rigueur par exemple le questionnaire d'observance est facile. Mais quand il faut évaluer et reprendre date, les patients ne veulent plus « J'ai déjà fait le rendez-vous », « Moi je veux bien changer mon traitement mais pas de médecin »

*** Difficulté dans la motivation, l'engagement, la demande du patient à réaliser ces entretiens**

(Pharmacien 4) Mais **ça prend difficilement parfois par les patients**. Autant cibler les gens à inclure c'est facile, autant de les motiver pour le faire, C'est très difficile.

(Pharmacien 8) ... Deuxième point qui fait frein à la pratique des entretiens à l'officine, le fait que la plupart des patients concernés par ces entretiens soit la génération des patients âgés de plus de 70 ans qui **ne sont pas du tout demandeurs**. Quand je leur propose un entretien, c'est limite s'ils veulent que tu les payes pour venir parce que cela les emmerde. Moi je n'ai jamais travaillé dans une pharmacie où les gens seraient possiblement potentiellement demandeurs de ces entretiens, il y en aurait une toute petite partie je pense. Un tout petit pourcentage donc pour engager la démarche cela doit venir vraiment de moi.

(Pharmacien 12) Les patients **qui ne sont pas réceptifs, tu peux leur répéter la même chose mille fois, ils resteront bloqués et cela ne les intéresse pas**. Dans un sens ils s'en moquent, ils veulent juste acheter le plus vite possible. Ce n'est pas facile de gérer ça non plus parce que j'essaie au mieux de rendre. De rendre quoi ?

*** Réceptivité du patient pour éducation thérapeutique.**

(Pharmacien 12) Déjà il faut d'abord voir le type de gens avec qui tu peux prendre un temps plus long d'éducation formel ou non. Parce que **ce n'est pas avec tout leur monde... (Dans un sens) il faut qu'ils acceptent aussi**.

(Pharmacien 8) Moi je n'ai pas grand monde qui serait intéressé par ces entretiens J'ai une patientèle qui ne me semble pas très demandeuse de ce type d'entretien. Il faudrait arriver à leur présenter une façon où ça pourrait les interpeller (Bis Ambivalence)

*** Organisation des patients, parfois certains peu concernés par leur traitement**

(Pharmacien 8) En général dans un couple, seulement un des deux s'occupe des médicaments et l'autre applique. Ce dernier, les entretiens ont un intérêt pour lui mais il ne veut très souvent rien savoir.

*** Difficultés rencontrées avec les patients pendant les entretiens**

(Pharmacien 4) En effet, c'est **aussi difficile si en ½ h d'entretien, il n'y a que le récit de vie du patient**, qui raconte tous ses problèmes. Ils ne sont là que pour vous raconter toute leur vie. Ces gens-là n'ont pas saisi les objectifs. Autre chose, **ce qui est le plus difficile à accepter en tant que pharmacien, c'est le refus des gens pour qui justement il y a beaucoup à faire en termes d'éducation mais qui ne veulent pas être éduqués. C'est difficile de les convaincre de faire un entretien.**

(Pharmacien 8) Justement je me demande comment aider des gens qui suite à ma démarche de questionnement vont être dans un refus frontal

F/ Insatisfaction du Pharmacien/Patient

*** Situation de patient insatisfait**

(Pharmacien 12) Parfois c'est fatigant, parce que le patient ne comprend pas. Il ne considère pas que tu sois sincère et que tu souhaites trouver la meilleure solution pour lui.

*** Patient exigeant, intransigeant sur ce qui leur est du**

(Pharmacien 7) Il y a moins de respect du fait que maintenant tout est un du. Et je l'ai remarqué pour bon nombre de patients. Tout doit être gratuit et remboursé. On est obligé de souvent montrer les dents, garder la

rigueur, la barre parce que c'est une société où l'on dérive et où il y a des abus.

* **Rapport patientèle compliqué**

(Pharmacien 9) Certains vieux habitués de la pharmacie que j'ai repris sont assez récalcitrants au changement de propriétaire. Ils me font des remarques. Le changement pour eux est difficile. Ainsi si certains anciens patients deviennent désagréables, il faut savoir mettre des limites.

* **Retours non positifs des patients après lancement des entretiens pharmaceutiques**

(Pharmacien 4) On a dit stop en début d'année avec notre pharmacien. Pour plusieurs raisons. Principalement parce que des patients commencent à se décourager, à ne plus vouloir suivre la démarche d'entretien personnalisé. On peut le comprendre aussi.

(Pharmacien 7) Concernant les entretiens pharmaceutiques, j'en ai fait quelques-uns, je n'ai pas poursuivi ... mais il me semble que cela n'est pas bien perçu par le patient et je préfère laisser ça aux médecins, infirmières et aux hospitaliers. Nous on le fait surtout au comptoir.

IV- TENSIONS ENTRE FREINS / LEVIERS (T)

T/ Identité et rôle du pharmacien

* **Le pharmacien expert de son domaine, détenteur de connaissances**

(Pharmacien 11) Le pharmacien doit avoir aussi une **bonne connaissance du médicament, de ses effets secondaires, des précautions d'emploi et donc doit savoir transmettre ces informations** au patient. Cela fait partie du **b.a.-ba du Pharmacien** mais **ce n'est pas toujours fait et c'est quand même un point essentiel à rappeler.**

* **Problématique de la reconnaissance et investissement**

(Pharmacien 11) En effet le pharmacien est un soignant qui a son expertise sur les médicaments et les autres produits de santé. Il est au **cœur du parcours de soin du patient si et seulement si on lui permet d'être à cette place et s'il veut prendre sa place et s'y investisse.**

* **Questions multiples sur les missions d'éducation du patient et introspection/ lien avec les motivations extrinsèques et intrinsèques du pharmacien**

(Pharmacien 1) Sinon on revient aux freins et aux limites à chaque fois par ces questions : **Est-ce que l'on fait tout ça pour soi ? Est-ce qu'on fait pour les autres ? Est ce qu'on fait pour l'argent ?** Si on fait les choses pour l'argent alors c'est sûr que ces missions d'éducation les pharmaciens ne le feront pas.

* **Déontologie propre de l'exercice de pharmacien et conflit au sein de l'officine :**

(Pharmacien 11) Mais si je ne peux pas consacrer du temps pour une écoute que j'estime nécessaire, cela va à l'encontre de ma déontologie. Déontologie que je professe et que je souhaite exercer. Et en effet, parfois il y a un conflit avec l'équipe du fait du temps que j'accorde à certains patients.

J'ai exercé parfois dans des conditions de travail inconfortables. Pour deux employeurs différents, je n'ai pas tardé à démissionner parce que l'impératif déontologique que j'accorde au métier était parfois non respecté et non recherché par le pharmacien titulaire.

J'ai pu trouver des pharmaciens titulaires interlocuteurs à l'écoute, et dans l'échange sur la forme que peut prendre ma pratique de pharmacien éducateur avec les patients, c'est-à-dire le temps que j'y accorde et avec certains pharmaciens titulaires nous avons discuté sur le fond.

* **Paradoxe au regard des interdictions formelles dans l'exercice vs croyances du pharmacien**

(Pharmacien 8) Et puis surtout lorsque j'agis de manière illégale mais en quelque chose auquel je crois, sans quête de profit, cela me pose question. Donc si demain je perds mon diplôme du fait de cette pratique de délivrance hors ordonnance lorsque j'estime que cela est absolument nécessaire.

C'est bête d'avoir fait 6 ans pour que l'on t'interdise de ne pas pratiquer ce que tu penses bon parfois de faire pour la santé du patient

T/ Plaisir vs Difficulté

* Conseil : plaisir vs rapidité/ efficacité/rentabilité/fatigue

(Pharmacien 8) Alors quand tu ne fais que **du conseil toute la journée**, c'est aussi **trop cool** parce que c'est du vrai conseil c'est à dire que tous les gens arrivent avec une demande sur petites pathologies, avec quelques demandes plaisirs annexes. Je trouve **en tant que pharmacien que cela apporte beaucoup**. Mais à la fin de la journée, tu es rincé. Tu as parlé sans cesse vraiment toute la journée et rapidement. Ce n'est pas du conseil avec une personne tranquillement 10 minutes où tu prends la température. Non c'est la queue toute la journée. Voilà tu es quand même **un peu obligé d'être efficace, rapide. Donc ce sont des journées bien fatigantes aussi**.

* Plaisir et enjeux d'être pharmacien assistant

(Pharmacien 11) Il est plaisant d'exercer le **métier de pharmacien assistant, j'aime cette place que je choisis. Nous sommes bien plus centrés sur le versant humain, le comptoir ...** (vs) quoique parfois cela reste **une place dans la pharmacie difficile à tenir**.

* Plaisir et passion dans l'idée de se lancer dans les missions d'éducation patient mais freins qui mènent au découragement : *Aucun soutien perçu ; manque de moyens : outils et techniques/méthodes de transmission des savoirs et savoir-faire, organisation nouvelle*

(Pharmacien 4) Les missions d'éducation, d'accompagnement et de suivis **c'était mon gros dada aussi au début, je me suis très vite découragé par plein de choses**. Donc ça m'a beaucoup intéressé le sujet et thème de votre thèse. C'est l'intérêt de notre boulot et on ne le fait pas parce qu'on n'a pas soit les outils pour faire, soit la façon de le faire et on a aucun soutien ni des médecins ni ... Il y a très peu de communication auprès des médecins concernant ce que le pharmacien peut faire ou ce que l'on ne peut pas faire.

T/ Pratique Naturelle vs effort

* Challenge : pratique routinière de la délivrance pharmaceutique vs engagement dans les pratiques éducatives : *Challenge, défis, effort (pluri)quotidien*

(Pharmacien 1) Le **challenge** c'est de réussir à faire, exercer les missions d'éducatives **plus facilement**. Parce qu'à **chaque fois c'est un effort en fait**, de ramener ça dans la pratique officinale. **Revenir sur l'éducation à chaque acte de délivrance, de service d'un patient, ça demande un effort personnel**.

* Transmettre le plus possible d'informations au comptoir est parfois difficile à cause du manque de temps

(Pharmacien 5) Puisque je ne fais pas les entretiens formalisés alors **il y a vraiment des conseils et des informations que j'essaye de faire passer** au comptoir. Certaines informations les plus théoriques sont plus difficiles à faire passer. Il faudrait du temps pour se faire comprendre. Surtout pour l'Asthme c'était très difficile.

* Logique où ce n'est pas au pharmacien de solliciter, de proposer son aide mais au patient de demander

(Pharmacien 8) Et moi j'ai **horreur de solliciter** ou de proposer quelque chose au patient **sans sa première demande**. Je préfère que toutes demandes viennent du patient. **Je veux que cela soit à la demande du patient**. Un patient qui rentre dans une pharmacie vient forcément avec une demande, un désir d'être conseillé. Je suis surtout là à son écoute. Je me dis juste que je suis justement là pour donner des conseils en fonction de la demande du patient. C'est mon boulot et encore plus quand ce sont des médicaments listés.

* Sentiments dans les pratiques éducatives au comptoir ou pendant les entretiens : *affirmation de soi, valorisation du rôle pharmacien éducateur avec technique / outils d'éducation*

(Pharmacien 2) Je ne suis pas trop mal à l'aise à part parfois j'ai la sensation de répéter sans cesse. En effet quand on me dit « non, mais ça vous me l'avez déjà dit... » Quelques part **ça fait partie du métier**. C'est en répétant qu'on prend bien en charge.

*** Présentation, communication au patient des démarches potentielles d'EP et BMP au sein de l'officine**

(Pharmacien 8) ... Il faudrait arriver à peut-être aussi leur présenter d'une façon où ça pourrait les interpeller. Je sais que si je mettais une affiche dans la pharmacie en disant ici vous pouvez avoir des entretiens avec votre pharmacien bla bla bla peut-être là j'en aurai un ou deux qui me dirait oui. C'est une hypothèse que je fais là. Parce que oui après cela ne reste que le premier entretien, pour faire la démarche jusqu'au bout il y aurait à prévoir 2 entretiens de plus après. Ça serait très intéressant de mettre cela en place même si cela demande une nouvelle organisation.

T/ Connaissances de ses limites

*** Emotionnelles**

(Pharmacien 12) Certains jours, certaines situations, tu passes toutes tes journées avec des patients en souffrances, physiques et/ou psychique. **Parfois cela me touche beaucoup et me paralyse à les aider.** Parfois **je n'en peux plus de ce métier, je me sens surmenée.** Paradoxalement, **je me dis aussi je ne suis pas non plus un robot, désolé, alors j'ai le droit de me laisser submerger d'émotions.**

*** Soutien émotionnel suite décès d'un patient de la pharmacie.**

(Pharmacien 3) Oui pour l'émotionnel, le **plus gros cap émotionnel** ça été un truc dur vraiment du vécu mais pour le coup c'est un peu à fleur de peau mais c'est le fait qu'on suit des patients aussi intimement que ça souvent vous **avez une relation très proche** aussi avec le fils, la fille, le conjoint tout d'un coup le patient décède. Tout d'un coup vous ne voyez plus personne. On vous invite aux obsèques mais bon, aller aux obsèques, et ça c'est pas dans nos pratiques. Le problème c'est que moi je n'ai pas de pharmaciens je ne peux m'absenter et a un moment donné je ne suis pas sûr que ça soit totalement ma place. Donc par contre j'ai mis en place depuis maintenant six mois systématiquement si je reviens de congrès ou de week-end ou alors tout d'un coup je le sais, je l'apprends par le conjoint ou autre que le patient est décédé. Systématiquement maintenant et je sais que c'est très bien. **J'ai eu d'excellents retours je passe un petit coup de fil je n'écris pas je passe un petit coup de fil.** En disant « comment vous allez, comment le patient est parti de j'espère préférence sans douleur avec un moment apaisé plutôt à la maison plutôt discuter plutôt souhaiter bon courage à la personne qui va se charger de toutes démarches administratives » C'est quelque part **finalement donner un point final mais une sorte de conclusion assez élégante aux alliances thérapeutiques** qu'on avait créés pendant six mois, 2, 3, 5 ans. D'où aller jusqu'au bout des choses.

T/ Evolution de la profession

*** Optimisme, espoir pour l'évolution de la portée éducative au sein de la profession vs fatalisme des nouvelles technologies remplaçant l'humain et simplification du rôle du pharmacien dans les représentations (soit la distribution des médicaments sur ordonnance)**

(Pharmacien 1) J'aimerais que la pharmacie **devienne plus un lieu d'échange et d'éducation, de vocation** des professionnels qui y travaillent **et pas uniquement un lieu où le patient vient chercher son traitement. Sinon les robots le feront très bien, dans quelques années.**

*** Projet personnel non abouti**

(Pharmacien 2) En Mai 2019, j'ai essayé de me présenter pour les élections du représentant PACA du conseil de l'Ordre des pharmaciens. J'avais l'envie de faire évoluer mes confrères de la région notamment vers nos nouvelles missions. Ça n'a malheureusement pas marché. Cela n'empêche pas que lors de mon tour des officines, j'ai quand même pris mon bâton de pèlerin et j'ai tenu à parler de ma démarche, de ma pratique des missions d'éducation à bon nombre de pharmaciens peu convaincus ou qui étaient toujours en questionnement.

*** Ancienne génération de pharmacien vs nouvelle génération**

(Pharmacien 6) Effectivement avec les anciennes générations peut être qu'ils ne prennent plus ou pas en

considération, voilà les nouvelles perspectives du pharmacien. Parce que ça ne les intéresse pas vraiment, ils ne sentent pas capables à plusieurs points de vue, ils ne veulent ni perdre de leur temps ni trop d'argent. Par contre nous, **jeunes pharmaciens, il va falloir que l'on s'y intéresse... Moi, je trouve ça très intéressant et effectivement ça fait partie de notre boulot, de notre métier à voir comment cela se développe.**

*** Perception du système de soin et fonctionnement de la société**

(Pharmacien 8) Mais bon moi, le monde se porte comme il se porte on n'a pas une société meilleure que celle que les gens qui la composent. Donc on ne peut pas espérer mieux que ça dans nos rapports à la pharmacie. Ça a l'air très pessimiste mais je suis très optimiste. C'est justement pour moi ce n'est pas si terrible.

*** L'acte de délivrance : Pratique routinière et stagnante**

(Pharmacien 1) En tout cas c'est sûr que délivrer une ordonnance c'est quelque chose qui est devenu **bateau** pour le pharmacien, malheureusement. **Pourtant c'est quelque chose qu'il faut faire évoluer aussi au jour le jour et au cas par cas.**

T/ Développement des pratiques vs un cadre

*** Projet de faire des bilans de médication partagés vs limites liées aux conditions actuelles**

(Pharmacien 3) Les bilans partagés de médication font partie des projets pour mon officine **mais avant de s'y lancer à un moment donné là il faut que tout le reste fonctionne, il faut que l'équipe soit stabilisée et que l'organisation ne soit pas macropages par le transfert la pharmacie bon ça ok.**

Donc je vais les mettre en place après le bilan de terrain, le bilan oncologique. Ces bilans partagés de médication sont proposés dans le cas de problématiques de patients âgés 70 ans / multi médicamenteux/ Multi pathologique. Il y a une prise de rendez-vous de 45 minutes et **les outils sont là.**

(Pharmacien 8) Concernant les bilans de médication, non je n'ai jamais encore eu l'occasion et la possibilité. **J'aimerais bien. Mais concrètement, déjà nous n'avons pas de pièce confidentielle disponible.**

*** Envie, plaisir à faire et développer l'éducation thérapeutique du patient (à l'officine ou dans un cadre informel) vs limites associées au cadre**

Conséquences en lien avec le cadre strict, limitant

(Pharmacien 1) **L'envie** de toujours repartir là-dedans, l'éducation du patient au comptoir mais **après coup on est forcément limité par le cadre dans lequel on travaille.**

(Pharmacien 1) C'est pour ça qu'à côté de mon exercice à l'officine, **moi j'ai essayé de développer les entretiens sur la micro-nutrition parce que c'est quelque chose qui me plaît.** C'est sur mon temps libre, pas forcément rémunéré.

(Pharmacien 12) Les bilans de médication des **personnes âgées concrètement oui c'est une très bonne idée** mais **cela dépend de la pharmacie où tu es adjoint, son format, les disponibilités des pharmaciens etc.** et là où je travaille ce n'est absolument pas adapté pour ça.

(Pharmacien 9) **J'ai envie de m'investir et de me libérer du temps pour le suivi de certaines pathologies chroniques, certains profils de patients.** J'ai conscience que c'est l'avenir de la pharmacie. Mais je me sentirais **réellement prêt quand les travaux de rénovation de la pharmacie seront finis et que l'équipe sera au complet et rodée.**

*** Satisfaction patient vs manque de temps**

(Pharmacien 4) Pourtant les patients sont ravis quand on fait des entretiens plus poussés que la délivrance mais on les voit une fois, deux fois mais pas trois, quatre sur des plages de 20/40 min.

*** Motivation à faire des choses mais des limites en termes de temps et de moyens**

(Pharmacien 1) Il y a tellement de choses, on peut faire tellement de choses **mais on se sent parfois un peu limité par le temps ou par l'argent.**

*** Connaissance de son rôle dans l'éducation du patient mais engagement partiel dans ses nouvelles missions à cause d'un manque de moyens**

(Pharmacien 5) Le but est de leur apprendre des choses. Il y a un travail de communication. **Ça fait partie du travail mais je ne l'entame pas parce que je n'ai pas les moyens de pouvoir le faire. Mais j'estime que ça fait quand même partie de mon travail et donc d'une certaine manière je le fais mais de façon plus informelle et moins quantifiable.**

*** Pratiques d'avenir pour la profession mais prémices, problématique à mettre en place.**

(Pharmacien 5) Je pense que c'est une **solution d'avenir pour faire vivre les pharmacies** puisque ces missions seront de plus en plus importantes. Elles vont s'étendre de plus en plus.

Donc on est aux prémices **donc les prémices c'est toujours un petit peu compliqué. C'est toujours très compliqué à mettre en place à évaluer à organiser.**

Donc non mais **je pense que c'est vraiment un moyen d'assurer l'avenir de la profession. Je suis totalement convaincue.** Actuellement ce jour, **c'est très difficile pour moi à mettre en place.**

T/ Communication orale pharmacien vs compréhension application patient

(Pharmacien 3) ... Parce que **c'est le plus gros point faible ou talon d'Achille de la culture pharmaceutique officinale, c'est la culture orale.** Elle est extrêmement **forte, à la fois facile, protectrice** mais qui parfois amène à des omissions, des **incompréhensions**. Parce que le patient lorsqu'il sort de l'officine, il a déjà oublié 10 à 50% des informations transmises au comptoir. Le patient ne vous parle même pas de quand il rentre à la maison, il ne vous parle même pas des 15 jours après les informations reçues.

T/ Formation aux nouvelles missions vs difficultés de mise en place

*** Formation et engagement à faire la vaccination antigrippale**

(Pharmacien 4) Pas trop le choix hein. Maintenant il faut qu'on puisse être prêt à vacciner l'automne prochain. Donc oui j'ai fait de la formation pour le faire et mon adjoint l'a fait aussi. **Bien que je ne vois pas encore comment je vais m'en débrouiller.** Parce qu'en bref on a vu des simulations sur des bras. Donc c'est facile on rigole. Pour information c'est super mais je pense que le premier patient va avoir un bleu (rire) ... Je vais d'abord vacciner mes proches, toute ma famille et ce sont eux qui auront des bleus. Je leur ai dit : "soyez conscient que je vais bleuter" mais bon je pense que le geste viendra tout seul.

(Pharmacien 9) Là j'ai fait la formation pour les vaccinations de l'automne prochain. Je ne sais pas encore comment je vais gérer pour l'instant je suis le seul pharmacien, seul habilité à le faire. C'est sûr que c'est 20-30 min avec le patient (recueil des données, vaccination, rassurer, écouter etc.). Alors il faut voir ce que cela me coûte et me rapporte ; perdre 20 minutes fois X patients pour gagner 5 euros par patient ... et les conditions techniques aussi seront à adapter.

*** Accès à la formation**

(Pharmacien 6) Cela fait longtemps que je n'ai pas fait de DPC, je ne sais pas dans quelle mesure et à quel rythme j'y ai accès pourtant je sais que cela permet l'évolution, on ne stagne pas sur les connaissances d'il y a 10- 20, 40 ans. / (Pharmacien 12) Je n'ai **toujours pas fait de formation continue type Diplôme universitaire** depuis que j'exerce en France. (vs) Je fais juste les **petites formations proposées par les laboratoires.** Pourtant je suis **motivée, j'aimerais bien faire plus de formations, je ne suis pas contre. Au contraire, je sais les bénéfiques** (vs) Mais voilà c'est toujours tendu pour les pharmaciens titulaires de me permettre de libérer du temps pour la formation.

*** Formation et nouvelles missions difficiles à réaliser et mettre en place malgré l'intérêt présent**

(Pharmacien 1) J'ai fait la formation Bilan de médication. **C'est très bien, l'idée de valoriser notre métier,**

limiter les effets secondaires ou les interactions, d'améliorer l'hygiène de vie etc. Les formateurs nous ont transmis toutes les conditions à respecter. J'ai compris qu'il faut recueillir toutes les informations, remplir un tableau, évaluer l'observance du patient puis après effectuer une analyse pharmacologique que tu dois transmettre au Médecin généraliste du patient et pour finir un nouvel entretien pour faire un retour au patient. Pour autant, **à la fin de la formation, j'ai compris que ce serait compliqué à mettre en place.**

*** Souhait d'enseignement de la psychologie en formation initiale**

(Pharmacien 12) Je pense que le côté psychologique de notre métier, l'approche psychologique du patient doit être enseigné déjà dans notre cursus universitaire. (vs) Je n'en ai pas eu pendant mes études en Lituanie. Personne ne s'occupe de ça, c'est dommage. Je trouve que je n'ai pas été préparé psychologiquement pour ce travail ni préparé à la psychologie des patients.

*** Formation en début d'exercice puis arrêt**

(Pharmacien 4) Moi j'ai fait des formations sur les bilans de médication. Je faisais des bilans. **En fait le problème c'est que derrière on n'a aucun soutien pour perdurer, nous y engager ...**

T/ Avis double sur les nouvelles missions

*** Avis sur la vaccination par le pharmacien**

(Pharmacien 7) Pour revenir aux propos de promotion de la santé je pense à la vaccination qui nous est proposée comme nouvelle mission. La **vaccination par les pharmaciens pour moi ça peut se comprendre dans les campagnes mais pas dans les zones urbaines** au vu de la densité du réseau d'infirmières et des médecins. **Moi je pense que ce n'est pas ma mission ici, maintenant.** En ville non, vraiment pas, autant à la campagne je comprends et je ne dis pas le contraire. Pourtant, l'idée d'assurer une meilleure couverture vaccinale est très bonne.

*** Avis positif sur les BPM tout en ayant connaissance des grands freins à la mise en place**

(Pharmacien 8) Les bilans partagés, c'est pas mal. C'est vrai que je trouve l'idée pas mal. C'est pas mal parce que je pense que si ça se met en place, ça pourrait perdurer et s'étendre à d'autres pathologies et au final oui ça pourrait donner quelque chose de très bien pour une prise en charge du patient de qualité.

Je sais déjà que ça ne va pas se mettre en place tout de suite dans mon officine et pour plusieurs raisons.

*** Avis sur le soin à la demande du patient**

(Pharmacien 8) Ces **bilans, ces trucs comme ça c'est bien.** Oui c'est bien. Mais à mon avis **il faut que ça vienne du patient et je pense que pour l'instant on n'est pas dans cette dynamique avec lui, on souhaite tout de suite l'encourager, l'embrigader, le solliciter**

*** Naissance de l'éducation thérapeutique**

(Pharmacien 11) La dénomination éducation thérapeutique du patient est déjà en elle-même facteur de confusion. Et ce par rapport au but proposé, qui est **une meilleure prise en charge du patient par lui-même.** En effet **le facteur d'injonction** auprès d'un adulte ne fonctionne que rarement. **C'est bien parce que ces démarches d'injonction ne marchent pas qu'un autre type de transmission d'information par les équipes soignantes a été recherché.**

Argumentaire et exemple : Si cela marchait, les médecins qui ont des tas de connaissances sur la santé humaine ne seraient jamais malades et ils ne seraient jamais tabagiques. Donc l'information en médecine n'a jamais empêché un médecin de fumer ou de prendre des substances qui lui seraient délétères.

T/ Coordination des soins

(Pharmacien 7) Il faut travailler en **bonne intelligence avec les autres soignants** et donc pour ça ne pas leur prendre ce qui leur incombe. Si je mets les gens à leur place, **je me demande comment je le prendrais si on venait me prendre mes missions propres**. D'ailleurs les premiers réfractaires sont déjà les patients.

(Pharmacien 8) Je trouve que la **relation médecin-pharmacien est encore assez conflictuelle**. On est quand même... Nous les pharmaciens on n'est pas souvent pris au sérieux... d'autres raisons encore.

T/ Santé et social vs business

*** Activités centrées sur le profit : conseil et vente associé**

(Pharmacien 6) Selon la politique de notre titulaire, on s'oriente vers d'autres voies que celle de l'éducation (vs) **Des voies plus faciles** pour nous en termes de pratiques, **ce que l'on sait faire le mieux (le conseil, la vente associé) ... et ce pour faire prospérer son commerce**.

*** Amour du métier vs contexte socio-économique**

(Pharmacien 6) Certes en pharmacie d'officine on ne travaille pas que pour gagner l'argent. Moi je viens bosser tous les jours en officine **parce que j'aime le contact, parce que j'aime m'occuper des petites mamies, parce que j'aime faire les pansements si besoin à des petits gamins**.

Il y a un côté **très social oui, mais par ailleurs j'ai conscience qu'il faut faire marcher le business**, voilà quoi. C'est toujours les multiples problèmes économiques actuels (la baisse de marges etc.) qui fait que l'on survit surtout par notre activité de commerce. Mais d'un autre côté j'ai conscience qu'il nous faut trouver d'autres portes pour « faire marcher » la pharmacie et la voie de l'éducation thérapeutique pourrait en être une oui.

(Pharmacien 7) La pharmacie, **c'est un fonds de commerce** surtout et c'est l'intérêt de ce métier aussi quelque part mais qu'il ne faut pas que ça dévie dans un sens ou dans l'autre. En tant que pharmacien titulaire, **vous êtes aussi chef d'entreprise**, parce que vous avez du personnel à gérer, ainsi vous avez un chiffre d'affaires à faire. Donc forcément il y a une notion de gestion qui est très importante (vs). Mais d'un autre côté, il ne faut pas oublier **que vous êtes pharmacien** avant tout donc professionnel de santé et surtout pas simplement caissier.

*** Choix d'exercer son métier en valorisant l'éducation pour la santé vs rémunération / gain argent**

(Pharmacien 2) **J'ai fait pharmacie par choix de faire pharmacie mais surtout je ne l'ai pas fait par volonté pécuniaire**. Voilà c'est vraiment **plus par choix de faire ce métier, d'expliquer le traitement, les attitudes pour une bonne santé au patient**. Je choisis **d'investir du temps dans une démarche d'éducation pour la santé**. (vs) Mais c'est vrai que **ça malheureusement je ne suis pas payé pour**. Donc **c'est un équilibre** mais je préfère valoriser le soin à l'économie de ma pharmacie ...

*** Economie de la pharmacie**

(Pharmacien 7) Il y a la **baisse de marge, la concurrence entre les pharmacies** désormais qui est très forte et d'autres facteurs qui font que le modèle économique de la pharmacie est en pleine mutation. Moi j'ai connu un bon modèle économique quand je me suis installé j'avais 27 ans. Bon c'est vrai qu'au fur et à mesure il y a eu un effritement très important de nos revenus entre guillemets. C'était une logique, une logique inflationniste à l'époque. Donc les anciens pharmaciens doivent encore plus s'adapter à ces changements et ce n'est pas simple pour eux ...

*** Comparaison situation économique antérieure du Pharmacien :**

Préférence / Valeur économique du conseil

(Pharmacien 2) **J'aurais préféré qu'on continue à avoir une marge plus correcte sur les médicaments** tout en faisant le **travail normalement** comme je le faisais déjà avant.

(Pharmacien 2) Parce qu'en fait dans ma marge **avant**, celle qui me permet de vivre et de payer tout ce que je dois payer et bien elle était basée en partie intégrante sur la délivrance des médicaments et le conseil associé ce qui ne sera plus le cas désormais.

*** Equilibre entre la Promotions de la santé / informations et conseil au patient et perte/gain d'argent:**
Perte d'argent à bien faire vs gain d'argent lorsqu'on le fait mal, ou encore gain d'argent quand on fait bien son travail

(Pharmacien 2) On est quand même **l'un des rares métiers qui perd de l'argent lorsque l'on fait bien notre travail**. C'est aussi pour ça qu'on a le monopole parce qu'on est censé bien faire notre travail. Mais quand je fais mon travail et que parfois je perds de l'argent, là quelque part je peux le faire parce que c'est mon entreprise que je n'ai pas de patron qui met la pression et que j'ai le crédit qui est remboursé. Mais malgré tout, ce n'est pas évident.

Exemples (1) Soit parce que ce n'est pas évident de dire à un patient par exemple pour les Triptans. Ce traitement marche très bien mais je déteste en délivrer parce que du fait de l'accoutumance. C'est surtout, ils en abusent (ils en prennent un et 24 heures après ils ont déjà envie d'en prendre un autre ... parce qu'ils pensent que sinon ils vont avoir la migraine). Et là je leur en parle dès que je leur délivre la boîte je leur dis : « Bien voilà ça marche très bien, par contre c'est vraiment adapté à une douleur très forte que vous n'avez jamais eue. Essayez de l'éviter parce que même si ça marche très bien, c'est un poison. ». Et alors que je pourrais être incitée à dire “quand vous avez une migraine, vous le prenez” et peut être qu'au lieu de vendre une boîte tous les trois mois je vendrais deux boîtes par mois donc quelque part... (2) Autre exemple, quand il y a un patient qui fait du mésusage et qu'il y a une interaction médicamenteuse entre la Lamaline* et le Doliprane*. Dans ce cas, je vais lui dire « il ne faudrait pas prendre les deux ensemble ... ». Alors on va délivrer moins de l'un ou de l'autre et là en faisant mon travail je perds de l'argent.

(3) Après je ne suis pas non plus là. Par exemple, quand les patients me disent « j'en ai encore à la maison ». Par contre je fais mon travail en disant « Comment ça se fait qu'il vous en reste ? » l'exemple du Symbicort* (traitement de fond de l'Asthme) à la maison. Ce n'est pas normal. **A la fois là je fais mon travail, je le fais pour le bien du patient et pour gagner de l'argent** parce que s'il lui en reste alors que c'est quelque chose qu'il est censé prendre tous les mois **c'est qu'il le prend mal donc ce n'est pas bien pour lui mais ce n'est pas bien pour moi**. Donc là dans ce cas en faisant bien mon travail je gagne de l'argent même si parfois j'en gagne moins. Donc quelque part en faisant bien mon travail, j'en perds par moments j'en gagne à d'autres. Mais le patient est bien pris en charge. Alors que parfois dans d'autres pharmacies où j'ai pu voir ils ne font pas bien le travail et ils en gagnent plus.

Vu, le Président du jury,

Gaël GRIMANDI

Vu, le Directeur de thèse,

Anne LE RHUN

Vu, le Directeur de l'UFR,

Gaël GRIMANDI

Nom - Prénoms : de MASSOL Agnès

Titre de la thèse : Comprendre les freins et les leviers à la mise en œuvre des missions d'éducation du patient par le pharmacien d'officine : recherche qualitative dans le département des Alpes-Maritimes.

Résumé de la thèse :

La loi HPST a redéfini il y a 10 ans les missions du pharmacien d'officine dans le parcours de soin. Certains pharmaciens se sont ainsi investis dans la réalisation de nouvelles missions d'éducation avec la mise en œuvre d'entretiens pharmaceutiques, de bilans de médication partagés. Cependant, l'implantation de ces nouvelles pratiques semble encore difficile dans beaucoup de pharmacies. De ce fait, nous avons souhaité comprendre comment les pharmaciens vivaient leurs missions d'éducation du patient à l'officine, ainsi que leurs freins et leviers à la mise en œuvre de celles-ci. Pour répondre à cette problématique, une recherche qualitative inductive a été menée à partir d'entretiens semi-directifs auprès de 12 pharmaciens du département des Alpes-Maritimes durant l'été 2019. Les résultats de cette étude ont permis de décrire des pratiques éducatives très variables selon les pharmaciens. Si certains pharmaciens ne souhaitaient pas développer ces pratiques du fait de leur objectif de vente prépondérant, d'autres souhaitaient réellement s'investir dans ce nouveau champ, mais se sont retrouvés confrontés à différentes difficultés : confusion entre ETP et entretiens pharmaceutiques et bilans de médication partagés, manque de compétences et d'accompagnement, manque de reconnaissance des médecins généralistes, contexte économique de la pharmacie, etc. De nombreuses tensions d'impuissance d'action ont émergé lors des entretiens. Ce premier travail de recherche pointe l'importance d'un dispositif d'accompagnement de pharmaciens d'officine dans leurs missions d'éducation des patients qui pourrait être évalué dans une recherche-action ultérieure.

MOTS CLÉS :

NOUVELLES MISSIONS DU PHARMACIEN, EDUCATION DU PATIENT, RECHERCHE QUALITATIVE, PRATIQUES, TENSIONS, ACCOMPAGNEMENT

JURY

PRÉSIDENT: M. Gaël GRIMANDI, Doyen de la faculté de Pharmacie de Nantes

ASSESEURS : Mme le Docteur Anne LE RHUN, Médecin de Santé publique, Unité Promotion et Education pour la Santé – CHU de Nantes

Mme Anne LAUTREDOU, Pharmacien Enseignante, IA-Formation à Nantes

Mr Jean-François HUON, Pharmacien Assistant Hospitalo-Universitaire, département de Santé Publique et Pharmacie Clinique - CHU de Nantes

Mr Flavian BRASSART, Pharmacien d'officine, titulaire à Chaumes-en-Retz

Adresse de l'auteur : 31c rue des Nouïes – 44680 Sainte-Pazanne