HAL
open science

Les nouvelles missions de la loi HPST pour le pharmacien d'officine : une exigence accrue en matière de communication avec le patient

Antoine Sauce

To cite this version:

Antoine Sauce. Les nouvelles missions de la loi HPST pour le pharmacien d'officine : une exigence accrue en matière de communication avec le patient. Sciences pharmaceutiques. 2012. hal-01732000

HAL Id: hal-01732000

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732000

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE DE LORRAINE

2012

FACULTE DE PHARMACIE

Les nouvelles missions de la loi HPST pour le pharmacien d'officine : une exigence accrue en matière de communication avec le patient

THESE

Présentée et soutenue publiquement

Le 24 avril 2012

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par **Antoine SAUCE**
né le 16 juin 1986 à Bar-le-Duc (55)

Membres du Jury

Présidente et Directrice de thèse :
Mme Emmanuelle BENOIT, Maître de Conférences, Faculté de Pharmacie de Nancy

Juges : Mme Francine PAULUS, Maître de Conférences, Faculté de Pharmacie de Nancy
Mlle Marie-Noëlle AUBERT, Pharmacien d'officine
Mme Joëlle GENY, Pharmacien Responsable Contenu, Pharmagest

UNIVERSITE DE LORRAINE

2012

FACULTE DE PHARMACIE

Les nouvelles missions de la loi HPST pour le pharmacien d'officine : une exigence accrue en matière de communication avec le patient

THESE

Présentée et soutenue publiquement

Le 24 avril 2012

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par **Antoine SAUCE**
né le 16 juin 1986 à Bar-le-Duc (55)

Membres du Jury

Présidente et Directrice de thèse :
Mme Emmanuelle BENOIT, Maître de Conférences, Faculté de Pharmacie de Nancy

Juges : Mme Francine PAULUS, Maître de Conférences, Faculté de Pharmacie de Nancy
Mlle Marie-Noëlle AUBERT, Pharmacien d'officine
Mme Joëlle GENY, Pharmacien Responsable Contenu, Pharmagest

UNIVERSITÉ Henri Poincaré, NANCY 1
FACULTÉ DE PHARMACIE
Année universitaire 2011-2012

DOYEN
Francine PAULUS
Vice-Doyen
Francine KEDZIEREWICZ
Directeur des Etudes
Virginie PICHON
Président du Conseil de la Pédagogie
Bertrand RIHN
Président de la Commission de la Recherche
Christophe GANTZER
Président de la Commission Prospective Facultaire
Jean-Yves JOUZEAU
Responsable de la Cellule de Formations Continue et Individuelle
Béatrice FAIVRE

Responsable ERASMUS :	Francine KEDZIEREWICZ
Responsable de la filière Officine :	Francine PAULUS
Responsables de la filière Industrie :	Isabelle LARTAUD, Jean-Bernard REGNOUF de VAINS
Responsable du Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier :	Jean-Michel SIMON
Responsable Pharma Plus E.N.S.I.C. :	Jean-Bernard REGNOUF de VAINS
Responsable Pharma Plus E.N.S.A.I.A. :	Bertrand RIHN

DOYENS HONORAIRES

Chantal FINANCE
Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES
Jeffrey ATKINSON
Gérard SIEST
Claude VIGNERON

PROFESSEURS HONORAIRES

Roger BONALY
Pierre DIXNEUF
Marie-Madeleine GALTEAU
Thérèse GIRARD
Maurice HOFFMANN
Michel JACQUE
Lucien LALLOZ
Pierre LECTARD
Vincent LOPPINET
Marcel MIRJOLET
François MORTIER
Maurice PIERFITTE
Janine SCHWARTZBROD
Louis SCHWARTZBROD

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES

Monique ALBERT
Gérald CATAU
Jean-Claude CHEVIN
Jocelyne COLLOMB
Bernard DANGIEN
Marie-Claude FUZELLIER
Françoise HINZELIN
Marie-Hélène LIVERTOUX
Bernard MIGNOT
Jean-Louis MONAL
Dominique NOTTER
Marie-France POCHON
Anne ROVEL
Maria WELLMAN-ROUSSEAU

ASSISTANT HONORAIRE

Marie-Catherine BERTHE
Annie PAVIS

ENSEIGNANTS	*Section CNU* *	*Discipline d'enseignement*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Danièle BENSOUSSAN-LEJZEROWICZ ¤	*82*	*Thérapie cellulaire*
Chantal FINANCE	*82*	*Virologie, Immunologie*
Jean-Yves JOUZEAU	*80*	*Bioanalyse du médicament*
Jean-Louis MERLIN ¤	*82*	*Biologie cellulaire*
Jean-Michel SIMON	*81*	*Economie de la santé, Législation pharmaceutique*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Jean-Claude BLOCK	*87*	*Santé publique*
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	*86*	*Pharmacologie*
Pascale FRIANT-MICHEL	*85*	*Mathématiques, Physique*
Christophe GANTZER	*87*	*Microbiologie*
Max HENRY	*87*	*Botanique, Mycologie*
Pierre LABRUDE	*86*	*Physiologie, Orthopédie, Maintien à domicile*
Isabelle LARTAUD	*86*	*Pharmacologie*
Dominique LAURAIN-MATTAR	*86*	*Pharmacognosie*
Brigitte LEININGER-MULLER	*87*	*Biochimie*
Pierre LEROY	*85*	*Chimie physique*
Philippe MAINCENT	*85*	*Pharmacie galénique*
Alain MARSURA	*32*	*Chimie organique*
Patrick MENU	*86*	*Physiologie*
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	*86*	*Chimie thérapeutique*
Bertrand RIHN	*87*	*Biochimie, Biologie moléculaire*

MAITRES DE CONFÉRENCES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Béatrice DEMORE	*81*	*Pharmacie clinique*
Nathalie THILLY	*81*	*Santé publique*

MAITRES DE CONFÉRENCES

Sandrine BANAS	*87*	*Parasitologie*
Mariette BEAUD	*87*	*Biologie cellulaire*
Emmanuelle BENOIT	*86*	*Communication et santé*
Isabelle BERTRAND	*87*	*Microbiologie*
Michel BOISBRUN	*86*	*Chimie thérapeutique*
François BONNEAUX	*86*	*Chimie thérapeutique*
Ariane BOUDIER	*85*	*Chimie Physique*
Cédric BOURA	*86*	*Physiologie*
Igor CLAROT	*85*	*Chimie analytique*
Joël COULON	*87*	*Biochimie*
Sébastien DADE	*85*	*Bio-informatique*
Dominique DECOLIN	*85*	*Chimie analytique*
Roudayna DIAB	*85*	*Pharmacie clinique*
Joël DUCOURNEAU	*85*	*Biophysique, Acoustique*
Florence DUMARCAY	*86*	*Chimie thérapeutique*
François DUPUIS	*86*	*Pharmacologie*

ENSEIGNANTS (suite)	*Section CNU* *	*Discipline d'enseignement*
Raphaël DUVAL	*87*	*Microbiologie*
Béatrice FAIVRE	*87*	*Hématologie*
Adil FAIZ	*85*	*Biophysique, Acoustique*
Luc FERRARI	*86*	*Toxicologie*
Caroline GAUCHER-DI STASIO	*85/86*	*Chimie physique, Pharmacologie*
Stéphane GIBAUD	*86*	*Pharmacie clinique*
Thierry HUMBERT	*86*	*Chimie organique*
Frédéric JORAND	*87*	*Santé publique*
Olivier JOUBERT	*86*	*Toxicologie*
Francine KEDZIEREWICZ	*85*	*Pharmacie galénique*
Alexandrine LAMBERT	*85*	*Informatique, Biostatistiques*
Faten MERHI-SOUSSI	*87*	*Hématologie*
Christophe MERLIN	*87*	*Microbiologie*
Blandine MOREAU	*86*	*Pharmacognosie*
Maxime MOURER	*86*	*Chimie organique*
Francine PAULUS	*85*	*Informatique*
Christine PERDICAKIS	*86*	*Chimie organique*
Caroline PERRIN-SARRADO	*86*	*Pharmacologie*
Virginie PICHON	*85*	*Biophysique*
Anne SAPIN-MINET	*85*	*Pharmacie galénique*
Marie-Paule SAUDER	*87*	*Mycologie, Botanique*
Gabriel TROCKLE	*86*	*Pharmacologie*
Mihayl VARBANOV ⌑	*87*	*Immuno-Virologie*
Marie-Noëlle VAULTIER	*87*	*Mycologie, Botanique*
Emilie VELOT ⌑	*86*	*Physiologie-Physiopathologie humaines*
Mohamed ZAIOU	*87*	*Biochimie et Biologie moléculaire*
Colette ZINUTTI	*85*	*Pharmacie galénique*

PROFESSEUR ASSOCIE

Anne MAHEUT-BOSSER	*86*	*Sémiologie*

PROFESSEUR AGREGE

Christophe COCHAUD	*11*	*Anglais*

⌑ *En attente de nomination*

** Discipline du Conseil National des Universités :*
80ème et 85ème : Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
81ème et 86ème : Sciences du médicament et des autres produits de santé
82ème et 87ème : Sciences biologiques, fondamentales et cliniques

32ème : Chimie organique, minérale, industrielle

11ème : Langues et littératures anglaises et anglo-saxonnes

SERMENT DES APOTHICAIRES

Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D' honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS LES THESES, CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR AUTEUR ».

REMERCIEMENTS

A Madame le Docteur Emmanuelle BENOIT, Maître de Conférence à la Faculté de Pharmacie de Nancy, Laboratoire de communication,

Pour votre ouverture d'esprit et votre implication à enseigner la communication, domaine indispensable à notre métier, vous trouverez ici l'expression de mon plus profond respect.

Vous m'avez fait l'honneur de diriger et de présider ma thèse, votre disponibilité et votre expertise ont été précieuses. Soyez assurée de toute ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Francine PAULUS, Doyen de la Faculté de Pharmacie de Nancy et Maître de Conférence à la Faculté de Pharmacie de Nancy, Section Informatique,

Pour votre implication à enseigner un domaine dont la Pharmacie ne saurait plus se passer, toujours avec sympathie, soyez assurée de ma profonde gratitude.

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger mon travail et je vous en remercie.

A Mademoiselle le Docteur Marie-Noëlle AUBERT, Pharmacien d'officine Adjoint à Vandoeuvre-les-Nancy,

Pour m'avoir fait partager votre expérience de la pharmacie d'officine, avec cette sympathie qui vous est propre, je vous remercie.

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma plus grande gratitude.

A Madame le Docteur Joëlle GENY, Pharmacien Responsable Contenu, PHARMAGEST à Villers-les-Nancy,

Pour m'avoir fait la démonstration du logiciel LGPI-GS et pour votre regard d'expert, je vous remercie.

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger mon travail, vous trouvez ici le témoignage de ma reconnaissance.

Aux Docteurs Daniel KENNEL et Marie-Rose PIERROT-DARMOIS, et à toute l'équipe officinale de la Pharmacie KENNEL,

Pour m'avoir chaleureusement accueilli au sein de l'officine, et pour m'avoir accompagné durant les stages d'applications professionnelles, un grand merci. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

Aux Docteurs Sophie BIDEAUX et Marie-Noëlle AUBERT, et à Pascaline,

Pour m'avoir si gentiment accueilli au sein de l'officine et pour m'avoir enseigné les règles de l'art officinal, un grand merci. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

Je dédie cette thèse

A mes parents, Sylvie et Daniel, et à ma grand-mère, Denise,

Pour votre amour, votre confiance et pour votre soutien. Vous m'avez donné les moyens de suivre ce long cursus universitaire et de m'accomplir professionnellement. Plus encore, merci à tous les trois de m'avoir offert cette curiosité essentielle qui m'a permis de me construire tel que je suis.

Mamie, j'ajoute un grand merci pour tes relectures expertes !

A mon frère, Pierre-Louis,

Pour ton soutien, ton amour, ta complicité et ton humour implacable. Dans l'attente de lire, peut-être un jour, TA thèse.

A Catherine, Didier, Bertrand et Julien,

A Dominique, Fanny et Raphaël,

A mon parrain Dominique,

A Marie-José, Christian et Mélanie,

A toute ma famille,

Pour votre affection, je vous remercie.

A mon binôme, le Docteur Jérôme PLOYE alias Le Plo,

Pour tous les calculs d'incertitude que j'ai dû me taper, pour le SOHO de minuit devant les courbes tracées, pour la migration du méthanol sur ton cahier de bord, pour le Coraya-ramaire de mycologie appliquée… mais surtout pour notre amitié sans faille et notre complicité ! Sacré binôme !

A mes amis Maëlle, Sarah, Véronique, Sophie, Caroline, Hélène, Estelle, Fanny, Alain, Paul, Pierre-Alexandre alias PAC, Sébastien, Sébastien, Julien, Guillaume,

Sur les bancs des amphis comme dans toutes nos sorties, vous avez su égayer ces longues années studieuses. Pharma sans vous… impensable ! Je vous remercie de tout mon cœur. Aux moments passés et aux moments à venir !

A mon ami Pierre,

Pour la rencontre CAVesque qui nous lie, et dire que nous aurions pu seulement nous croiser ! Puissions-nous ouvrir un jour notre pôle médicalo-pharmaceutique et peut-être… refaire le monde à notre façon !

A mon ami Christophe,

Pour notre amitié sincère, Mister ! A la Meuse, à l'avenir !

A la SauceMobile v2.0,

Qui m'a véhiculé durant mes années d'études… pas une de moins, pas une de plus.

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS p.7

TABLE DES TABLEAUX ET TABLE DES FIGURES p.9

INTRODUCTION p.11

PREMIERE PARTIE

Du pharmacien expert du médicament au pharmacien acteur de santé publique p.13

Introduction p.14

Chapitre 1 : De l'apothicaire au Maître en Pharmacie du XVIIIème siècle p.15

1) Situation de la profession

2) Enseignement dispensé

3) Problèmes rencontrés, besoins nouveaux

4) Solution législative

5) Conclusion

Chapitre 2 : Le pharmacien du début du XIXème siècle p.17

1) Situation de la profession

2) Loi du 21 Germinal An XI

3) Enseignement dispensé

4) Conclusion

Chapitre 3 : De l'avènement de l'ère industrielle à la seconde guerre mondiale p.19

1) L'essor de l'industrialisation du médicament

2) Enseignement dispensé

3) Apports législatifs

4) Conclusion

Chapitre 4 : De la seconde guerre mondiale à nos jours p.23

1) De la création de la Sécurité Sociale à la fin des années 80

1.1) Enseignement dispensé

1.2) Frises chronologiques

2) Les années 90

3) Les années 2000

Chapitre 5 : Réflexions sur l'état actuel du pharmacien : sa place au sein du système de soin p.31

1) Valeur ajoutée apportée par le pharmacien d'officine

2) Les pharmaciens : leur volonté d'ancrage dans le système de soins

3) Le pharmacien vu par la population française

4) Intérêt de l'implication du pharmacien dans le système de soin

5) Un facteur limitant : le temps

Conclusion p.37

DEUXIEME PARTIE

La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » : un tournant historique pour le pharmacien d'officine p.38

Introduction p.39

Chapitre 1 : Loi HPST, pharmacien d'officine et santé publique p.40

1) Généralités

2) Articles du titre II et pharmacien d'officine

2.1) Article 36 du titre II

2.2) Article 38 du titre II

Chapitre 2 : Le pharmacien d'officine, éducateur de santé p.44

1) La formation des pharmaciens à la communication

2) Les composantes de la communication

3) La confidentialité

4) Comprendre le patient

4.1) Le cadre de référence

4.2) L'écoute active

5) L'éducation du patient

5.1) La pédagogie

5.2) Objectifs de l'éducation du patient

6) Les comportements de santé

6.1) Le modèle des croyances relatives à la santé

6.2) La théorie de la motivation à la protection

6.3) Les théories sociales cognitives

6.4) Le modèle transthéorique

7) Education du patient : l'application des théories cognitives sur les comportements de santé

8) Les outils de communication

Chapitre 3 : Loi HPST, pharmacien d'officine et missions d'éducation p.58

1) Mission 1 de l'article 38 : contribution aux soins de premiers recours

1.1) Prévention, dépistage et promotion à la santé

1.2) Diagnostic, traitement, suivi des patients et orientation dans le système de soins

1.3) Dispensation et conseil pharmaceutique

2) Mission 5 de l'article 38 : participation à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients

2.1) Objectifs de l'éducation thérapeutique du patient

2.2) Les offres d'éducation thérapeutique

2.3) Les éducateurs

2.4) Education thérapeutique et qualités pédagogiques

2.5) Actions d'accompagnement et programmes d'apprentissage

2.6) L'évaluation des programmes d'éducation thérapeutique

2.6.1) L'évaluation pédagogique

2.6.2) Recommandations de l'HAS

3) Mission 7 de l'article 38 : rôle de pharmacien correspondant au sein de l'équipe de soins sur désignation du patient

4) Mission 8 de l'article 38 : propositions de conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes

Chapitre 4 : Nécessité de rémunérations adaptées p.74

1) La rémunération des nouveaux services

2) La rémunération de la dispensation

3) La rémunération de la substitution médicamenteuse

4) La rémunération en fonction de la patientèle

5) Intégration du pharmacien au système de soins et rémunérations adaptées

Chapitre 5 : Faire vivre la loi HPST : le pôle de santé p.78

1) Expérimentation sur les nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé

1.1) Critères d'inclusion à l'expérimentation

1.2) Types d'expérimentations et modes de financement

1.2.1) Mode de financement du suivi et de la prévention

1.2.2) Mode de financement de l'éducation thérapeutique

2) Exemple du Pôle de Santé du pays de Revigny

2.1) Les professionnels

2.2) Le projet de santé

2.3) Le partage d'informations

2.4) Les priorités d'actions

Conclusion p.84

TROISIEME PARTIE

Les outils de communication, une nécessité pour le pharmacien d'officine dans le cadre de ses nouvelles missions p.85

Introduction p.86

Chapitre 1 : La vitrine p.87

Chapitre 2 : Locaux et mobiliers p.90

1) Espaces de convivialité

1.1) Affichages et diffusion

1.2) Salle dédiée aux autotests et aux supports d'information

2) Espaces de confidentialité

2.1) Notion de proxémie

2.2) Comptoirs éclatés

2.3) Salle dédiée au dialogue pharmacien-patient

Chapitre 3 : Logiciel de gestion d'officine p.94

1) Enquêtes

2) Aide à l'éducation du patient

2.1) Outils de communication et suivi des traitements

2.2) Outils de communication et éducation à la santé

2.3) Liens vers des documents de l'AFSSAPS

3) Campagnes de prévention et de dépistage

Chapitre 4 : Groupements pharmaceutiques et initiatives du Collectif des groupements de pharmaciens p.101

1) Actions menées conjointement par les différents groupes du CNGPO

1.1) Dépistage des facteurs de risques cardiovasculaires

1.2) Conseil pharmaceutique encadré et rémunéré

1.3) Campagnes de prévention et de dépistage

2) Exemples d'outils développés par un groupement pharmaceutique du CNPGO

2.1) Brochures et guides

2.1.1) « Le mini-guide pour arrêter définitivement de fumer »

2.1.2) « Mon carnet de traitement »

2.2) Suivis personnalisés

Chapitre 5 : L'Assurance Maladie p.111

Chapitre 6 : Le CESPHARM p.113

Chapitre 7 : Vente de supports thématiques en officine p.118

Chapitre 8 : Sites internet et éducation des patients p.119

Chapitre 9 : Les dispositifs de démonstration p.122

Chapitre 10 : La visite officinale du patient : un parcours éducatif p.123

Conclusion p.125

DISCUSSION p.126

Chapitre 1 : La loi HPST, une révolution législative dans l'histoire du pharmacien d'officine p.127

Chapitre 2 : Du médicament au patient, l'évolution conditionnelle du pharmacien d'officine p.129

Chapitre 3 : Communication pharmacien-patient et compétences relationnelles p.131

Chapitre 4 : Préalables à la mise en pratique des nouvelles missions du pharmacien d'officine p.132

CONCLUSION GENERALE p.134

BIBLIOGRAPHIE p.136

SITES INTERNET CONSULTES p.138

LISTE DES ABREVIATIONS

AFSSAPS	Agence Française de Sécurité SAnitaire des Produits de Santé
AGF	Assurances Générales de France
APICEM	Association pour la Promotion de l'Informatique et de la Communication en Médecine
ARS	Agence Régionale de Santé
BPCO	BronchoPneumopathie Chronique Obstructive
CD-ROM	Compact Disc – Read Only Memory
CESPHARM	Comité d'Education Sanitaire de la PHARMacie française
CESSPF	Comité d'Education Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française
CFES	Comité Français D'Education pour la Santé
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNGPO	Collectif National des Groupements de Pharmaciens d'Ofiicine
CPNEP	Commission Pédagogique Nationale des Etudes de Pharmacie
DCI	Dénomination Commune Internationale
DVD	Digital Versatile Disc
ECTS	European Credits Transfer System
ETP	Education Thérapeutique du Patient
FFC	Fédération Française de Cardiologie
GIPHAR	Groupement Indépendant de PHARmaciens indépendants
HAS	Haute Autorité de Santé

HON	Health On the Net
HPST (loi)	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
HTA	HyperTension Artérielle
IDS	Institut des Données de Santé
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IMC	Indice de Masse Corporelle
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
LGPI®	Logiciel de Gestion à Portail Intégré
LMD	Licence, Master, Doctorat
MSA	Mutuelle Sociale Agricole
OCP	Office Commercial Pharmaceutique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PACES	Première Année Commune des Etudes de Santé
PLV	Publicité sur Lieu de Vente
SESAM(-Vitale)	Système Electronique de Saisie de l'Assurance Maladie (associé à la carte Vitale)
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SMS	Short Message Service
TVA	Taxe sur la Valeur Ajoutée
UE	Unité d'Enseignement
UTIP	Union Technique Intersyndicale Pharmaceutique

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Correspondance des missions du pharmacien d'officine définies par la loi HPST avec les items de la politique de santé publique.	**P.43**
Tableau 2 : Application du modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente.	**P.56**
Tableau 3 : Notions de communication et éducation thérapeutique du patient.	**P.68**
Tableau 4 : Le parcours officinal du patient : des outils d'éducation aux missions de la loi HPST.	**P.124**

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Frise d'évènements qui ont valorisé le rôle du pharmacien d'officine de 1945 aux années 80.	**P.24**
Figure 2 : Frise d'évènements influençant négativement l'histoire de la pharmacie d'officine de 1945 aux années 80.	**P.25**
Figure 3 : Frise d'évènements influençant l'histoire de la pharmacie d'officine durant les années 90.	**P.27**
Figure 4 : Valeur ajoutée du pharmacien.	**P.31**
Figure 5 : Les différentes facettes du pharmacien titulaire d'officine.	**P.35**
Figure 6 : Les composantes de la communication.	**P.45**
Figure 7 : Le modèle des croyances relatives à la santé.	**P.50**
Figure 8 : La théorie de la motivation à la protection.	**P.51**
Figure 9 : Les théories sociales cognitives.	**P.52**
Figure 10 : Modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente.	**P.53**
Figure 11 : Les trois niveaux de prévention et leurs domaines d'application en matière de santé publique à l'officine.	**P.60**
Figure 12 : La dispensation en officine de pharmacie.	**P.63**
Figure 13 : L'éducation thérapeutique du patient : éducateurs, destinataires, objectifs.	**P.67**
Figure 14 : Intégration du pharmacien au système de soin.	**P.77**

Figure 15 : Le diabète : objectifs et actions du Pôle de Santé de Revigny.	**P.83**
Figure 16 : Exemple d'une vitrine éducative : le danger et la protection solaires.	**P.89**
Figure 17 : Les espaces interpersonnels.	**P.92**
Figure 18 : Configurations de comptoirs et proxémie.	**P.93**
Figure 19 : Plan de posologie du service de suivi des traitements proposé par le logiciel LGPI®.	**P.96**
Figure 20 : Fiche de saisie du carnet de dépistage remis au patient.	**P.102 - 103**
Figure 21 : Fiche conseil remise au patient par le « pharmacien partenaire ».	**P.105**
Figure 22 : Première de couverture et premier conseil explicatif du mini-guide pour arrêter définitivement de fumer de Pharmactiv.	**P.108**
Figure 23 : Mini-guide pour arrêter définitivement de fumer de Pharmactiv : ressentir le mieux être immédiat.	**P.108**
Figure 24 : Questionnaire sur l'asthme de l'Assurance Maladie, partie patient.	**P.112**
Figure 25 : Questionnaire sur l'asthme de l'Assurance Maladie, partie pharmacien.	**P.112**
Figure 26 : Programme vitrines du CESPHARM : cadre et exemple d'une affiche « choc » concernant les dangers du tabac.	**P.114**
Figure 27 : Aide à l'arrêt du tabac du CESPHARM : Fiche de suivi.	**P.117**
Figure 28 : Sceau de certification HONcode.	**P.120**
Figure 29 : Barre d'outils HONcode.	**P.121**
Figure 30 : Logique d'évolution du statut de pharmacien d'officine à travers l'histoire.	**P.127**

INTRODUCTION

Spécialiste du médicament, mais aussi acteur de santé très proche de la population, le pharmacien d'officine voit une nouvelle fois sa profession s'enrichir de missions de service public. En effet, les articles 36 et 38 de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires promulguée le 21 juillet 2009, confèrent au pharmacien d'officine un statut législatif de soignant et d'éducateur du patient, et renforcent donc l'exigence d'établir une communication de qualité avec le patient.

Ce contexte légal représente, certes, un virage majeur pour la profession, mais il annonce également une période indispensable de changement et d'adaptation. Aussi, par notre travail de Thèse, avons-nous souhaité nous pencher sur les implications de cette nouvelle loi sur la profession de pharmacien et sur les exigences nouvelles en matière de communication avec le patient qui s'appliqueront au pharmacien d'officine dans le cadre de ces nouvelles missions.

Aussi, nous sommes-nous posé plusieurs questions : Quel est l'impact de la loi HPST sur la profession de pharmacien d'officine ? Comment définir aujourd'hui le pharmacien d'officine dans sa relation avec le patient ? Quelles sont les exigences nouvelles que requièrent les missions du pharmacien édictées par la loi HPST dans le domaine de la communication ? Quels sont les outils qui peuvent aider le pharmacien à remplir ces missions ?

Nous limiterons l'objet de cette thèse aux aspects de la communication qui lie le pharmacien à son patient dans le domaine de la santé publique. Néanmoins, certaines notions de coopération interprofessionnelle, d'économie de la santé et de rémunération des officines seront abordées pour mieux comprendre les enjeux et les limites d'un tel bouleversement législatif.

Dans la première partie de ce travail, nous retracerons les évolutions passées de la profession qui l'ont menée jusqu'à la place qu'elle occupe actuellement au sein du système de soins ; nous tenterons de comprendre les raisons qui ont conduit à la rédaction des articles 36 et 38 de la loi HPST.

Dans la seconde partie, nous nous intéresserons au cadre juridique délimité par ces articles 36 et 38 et à l'évolution de la définition de la profession de

pharmacien établie par ces textes de loi. Nous aborderons également les notions de communication permettant de comprendre les nouvelles compétences en communication requises par ces articles de loi.

Enfin, dans la dernière partie, nous nous attarderons sur les outils à la disposition du pharmacien d'officine pour améliorer la communication pharmacien-patient en vue de ces nouvelles missions.

PREMIERE PARTIE

Du pharmacien expert du médicament

au pharmacien acteur de santé publique

Des querelles d'antan qui opposaient apothicaires, médecins et épiciers aux abords très actuels et controversés du « pharmacien prescripteur », la profession a suivi au cours des siècles derniers des évolutions majeures. Traduction de besoins sociétaires, ces changements se révèlent tant au niveau des pratiques professionnelles qu'au niveau de la législation et de l'enseignement dispensé aux aspirants pharmaciens. La description de l'implication progressive du pharmacien dans le système de soin, mais aussi au sein du système économique nous permettra de poser les bases fondatrices des articles 36 et 38 de la loi HPST. Ces différents apports informatifs nous amèneront enfin à réfléchir à la position actuelle du pharmacien vis-à-vis des patients, et à son évolution professionnelle sujette à discussions.

CHAPITRE 1 : De l'apothicaire au Maître en Pharmacie du XVIIIème siècle

1) Situation de la profession

Au XIIIème siècle, Saint-Louis dota d'un statut les apothicaires qui appartenaient jusqu'alors à la corporation des apothicaires-épiciers. C'est alors que la vente des drogues et la préparation médicamenteuse devinrent leur apanage. Les médicaments ordonnés étaient alors préparés extemporanément au sein de l'apothicairerie. [P1] [W1]

2) Enseignement dispensé

Recevant l'enseignement, pour grande partie pratique, dispensé par un maître apothicaire au sein de son apothicairerie, les apprentis se faisaient à leur tour garants de la bonne préparation des médicaments. Aussi, forte de son exigence technico-intellectuelle et de son ouverture, la profession sut s'adapter au développement scientifique. Du XIIIème au XVIIIème siècle, les apothicaires s'instruisirent de façon toujours plus approfondie dans les domaines de la botanique, de la chimie, de la connaissance des matières premières et de la préparation des médicaments. [P1]

3) Problèmes rencontrés, besoins nouveaux

Pour la défense de leurs acquis et de la santé publique, les apothicaires engagèrent le combat contre le charlatanisme qui mettait en péril l'intégrité de leur art et l'épanouissement de la profession. [P1] [W1]

4) Solution législative

Avec la déclaration royale de Louis XVI du 25 avril 1777, l'expertise du médicament passa dans le monopole pharmaceutique nouvellement institué. A Paris, le Collège de Pharmacie supplanta le Jardin des Apothicaires, l'alliance de l'épicerie à l'apothicairerie fut dissoute. Seuls les pharmaciens purent commercer les

préparations et compositions médicamenteuses mais ils durent s'affranchir du commerce de l'épicerie. [P1] [W1]

5) Conclusion

Malgré une rude concurrence, c'est par l'aboutissement de leurs compétences et de leurs connaissances que les apothicaires s'imposèrent comme garants de la santé publique et devinrent Maîtres en pharmacie. La défense de l'art pharmaceutique a conduit à l'établissement d'un monopole, reconnaissance dès le XVIIIème de l'intégrité d'une profession exigeante avec ses pairs. La préparation médicamenteuse et la distribution des drogues étaient alors les missions professionnelles définies par la loi.

CHAPITRE 2 : Le pharmacien du début du XIXème siècle

1) Situation de la profession

Ce fut après la révolution française que la pharmacie moderne s'étendit au reste de la France sur le modèle parisien. Chaque ville possédait son régime corporatif et bien que la révolution ait fait table rase des corporations, les dérives étaient telles que les pharmaciens virent le décret de 1791 rétablir leur exercice tel qu'il avait été défini en 1777. Dès lors, l'expertise médicamenteuse fut consentie comme appartenant au pharmacien et à lui seul par une déduction de bon sens : les sciences pharmaceutiques ne s'improvisent pas et les conséquences découlant du charlatanisme sont lourdes. [P1] [P2]

2) Loi du 21 Germinal An XI

En 1803, le Consulat présidé par Napoléon Bonaparte, rédigea la Loi du 21 Germinal de l'An XI, réorganisant les professions de médecin et de pharmacien. Le régime corporatif n'ayant alors plus cours, l'Etat se portait garant du contrôle, de la formation et du recensement professionnel : ce fut l'abolissement de la surveillance collégiale. Trois articles de loi sur les quatre rédigés refondèrent l'enseignement pharmaceutique et l'instituèrent de façon homogène à l'ensemble du territoire français. Le quatrième article qui concernait la pratique professionnelle reprenait le statut précédemment institué dans l'histoire du pharmacien. [P1] [P2] [W2]

3) Enseignement dispensé

L'aspirant pharmacien choisissait l'une des deux formations proposées : huit ans de stage professionnel ou trois ans de stage cumulés aux trois ans de théorie enseignée dans l'une des trois écoles de pharmacie créées : Paris, Montpellier ou Strasbourg. Les études théoriques devinrent finalement obligatoires laissant de moins en moins de place pour l'aspect pratique de la profession. [P2] [W2]

4) Conclusion

La Loi du 21 Germinal de l'An XI ne se résume pas à la rétrospective des acquis pharmaceutiques établis par une lutte professionnelle courant sur plusieurs siècles. La refonte de l'enseignement et la création d'écoles dédiées, imposa le pharmacien comme intellectuellement indépendant du médecin. L'aspect manuel de la profession s'étiola, au profit d'une formation de plus en plus théorique. L'évolution pharmaceutique fut endiguée par le joug étatique et le pharmacien devint un expert indispensable.

CHAPITRE 3 : De l'avènement de l'ère industrielle à la seconde guerre mondiale

1) L'essor de l'industrialisation du médicament

Le XIXème siècle fut marqué de circonstances propices à l'essor industriel pharmaceutique. La chimie organique fut initiée dans les laboratoires de F. Wöhler en 1828 (synthèse de l'urée à partir de cyanate d'ammonium) tandis qu'une forme d'automatisation de la production qui avait prit naissance au sein de certaines officines dès le XVIIIème siècle, représenta le pilier fondateur de l'industrialisation pharmaceutique dans la moitié du XIXème siècle.

Si l'aspect financier de l'industrie s'imposa en termes de rentabilité, les notions de qualité et d'innovation participèrent à l'apport considérable de la pharmacie à la santé publique. En effet, l'industrie pharmaceutique ne se contenta pas de produire des matières premières de qualité permettant la réalisation des préparations magistrales par les officinaux, elle prépara des remèdes inscrits au Codex et fut alors l'initiatrice des spécialités pharmaceutiques. De par la loi du 21 Germinal de l'An XI, attribuant la préparation médicamenteuse aux seuls pharmaciens, la production de ces médicaments préparés à l'avance imposa aux industriels détenteurs des capitaux de s'allier à des titulaires du diplôme de pharmacien. [P2] [W3]

Les spécialités révolutionnèrent alors le monde pharmaceutique : l'innovation alla naturellement de paire avec le mercantilisme et l'essor industriel causa une grande inquiétude aux pharmaciens officinaux. La perte progressive de la préparation médicamenteuse à l'officine fut vécue comme la disparition d'une partie de l'art officinal et la publicité prônant les mérites des spécialités industrielles plongea l'officinal dans un anonymat à priori moins prestigieux. La force commerciale industrielle et la réduction très conséquente des prix des préparations produites à grande échelle ne laissèrent au final que peu de choix au pharmacien d'officine. En effet, le rôle de beaucoup d'entre eux se réduisit alors à l'exécution des ordonnances des médecins et l'exercice de la pharmacie d'officine se transforma progressivement en distribution médicamenteuse de proximité. Le joug concurrentiel ne se fit pas attendre et les laboratoires pharmaceutiques intéressèrent les pharmaciens d'officine à la vente de leurs spécialités. [W3]

Le pharmacien d'officine subit rapidement sa métamorphose : la préparation médicamenteuse lui échappant, il devint malgré lui commerçant-distributeur de produits qui n'étaient pas les siens. Ceci sans pour autant avoir possibilité de contrôle quant à la qualité de ces produits. Aussi, l'avènement des spécialités fut le point de départ d'une nouvelle responsabilité pharmaceutique échappant à toute législation : le conseil pharmaceutique ou l'avènement progressif de la dispensation au lieu de la simple délivrance.

2) Enseignement dispensé

L'ordonnance de 1840 réorganisa les études théoriques dispensées par les écoles de pharmacie de la façon suivante :

- Première année : Sciences physiques et chimiques et histoire naturelle médicale
- Deuxième année : Matière médicale et pharmacie proprement dite
- Troisième année : Toxicologie

Le décret du 22 août 1854 ajouta aux examens théoriques une épreuve pratique de préparations pharmaceutiques.

L'accès des femmes à la formation pharmaceutique fut accepté en 1890.

Le décret du 26 juillet 1909 réforma à nouveau l'enseignement en réduisant le stage officinal à une année précédant les études théoriques dispensées par les écoles de pharmacie. Ces études théoriques comprenaient alors les sciences physiques et chimiques, sciences naturelles, chimie biologique, hygiène, hydrologie, toxicologie, microbiologie, pharmacie chimique et galénique, matière galénique et droit pharmaceutique.

Le décret du 14 mai 1920 attribue le titre de faculté aux écoles supérieures de pharmacie, appellation dénotant, en ce temps, un prestige supérieur à celui de l'appellation d'école.

Le décret du 4 mai 1937 institua les enseignements de pharmacodynamie, virologie et immunologie, parasitologie, anatomie et physiologie et mathématiques appliquées aux sciences expérimentales. [P1]

3) Apports législatifs

Si le métier de pharmacien d'officine s'est métamorphosé profondément durant l'essor industriel, la Loi du 21 Germinal de l'An XI continuait à régir la pratique professionnelle. Ce texte se révéla de moins en moins adapté à l'exercice pharmaceutique mais les propositions de loi n'aboutissaient à aucun texte publié.

Des amendements modifièrent quelque peu la Loi du 21 Germinal de l'An XI :

- En 1845 avec la réglementation des toxiques
- En 1885 avec le régime des sérums et vaccins
- En 1905 avec la répression des fraudes
- En 1859 et 1908 avec l'inspection de la pharmacie
- En 1936 avec l'interdiction du colportage
- En 1938 avec l'interdiction du compérage

Mais il fallut attendre la loi du 11 septembre 1941 pour que soit menée une réforme législative profonde, débutant par la rédaction de la définition même du médicament. Le gouvernement de Vichy imposa le maillage officinal sur le territoire en limitant le nombre des officines en fonction du nombre d'habitants, ceci contribuant à une concurrence maîtrisée bénéfique pour la santé publique. Le monopole pharmaceutique fut également renforcé par la limitation du nombre de médecins pro-pharmaciens et la suppression de la profession d'herboriste. L'exercice personnel de la profession fut institué en vue d'éviter une pratique trop mercantile de la pharmacie d'officine notamment sous forme de chaînes commerciales, pratique qui serait devenue nuisible à la notion même de santé publique.

Ainsi, contrairement aux périodes passées, le pharmacien titulaire dût nécessairement détenir le fonds de commerce de l'officine dans laquelle il se devait d'exercer. Les syndicats de pharmaciens furent supprimés au profit de chambres départementales pour les officinaux, d'autres branches de la pharmacie étant régies par des chambres de niveau national.

Ces chambres furent dissoutes par l'ordonnance du 5 mai 1945 pour réinstaurer les syndicats et créer l'Ordre national des Pharmaciens. Les diplômés souhaitant exercer une activité pharmaceutique durent dores et déjà s'inscrire au tableau de l'Ordre dans la section regroupant les professionnels d'une même activité pharmaceutique ou correspondant au rassemblement de la dite activité. Deux

sections regroupèrent les pharmaciens d'officine : la section A correspondant aux titulaires et la section D regroupant entre autres les assistants d'officine. L'Ordre des Pharmaciens apparut dans le code de la santé publique comme responsable de la surveillance de la moralité et de la légalité professionnelles, ainsi que comme représentant de la profession face aux pouvoirs publiques. [P1] [W2]

4) Conclusion

L'essor industriel ne se résuma pas à la dégradation de la profession de pharmacien d'officine. Si l'industrie pharmaceutique réduisit notablement le rôle du pharmacien officinal dans la préparation des médicaments, elle permit également la métamorphose de la profession officinale. A mesure des progrès scientifiques, la profession sut tirer profit d'un enseignement pharmaceutique intellectuellement poussé, toujours plus théorique et approfondi dans le domaine des sciences. Ainsi, peu à peu, le pharmacien de dispensation se substitua au pharmacien de distribution et de délivrance réalisant de moins en moins de préparations. De par ses compétences, le pharmacien d'officine reçut de la loi de 1941 la définition même de son intégration au sein du système de soins. Ce texte se révèle, encore maintenant, le pilier fondamental du statut d'acteur de santé publique du pharmacien dont la déontologie régule le rôle de commerçant. Le pharmacien d'officine put alors devenir le savant accessible, le conseiller disponible, l'œil avisé des domaines médicamenteux, biologiques et chimiques. Les évolutions sociales de 1936 et la création de la Sécurité Sociale (1945) furent les instigatrices d'un nouveau mode économique officinal moins concurrentiel, permettant au contrôle étatique de se faire toujours plus présent au sein de la pharmacie.

CHAPITRE 4 : De la seconde guerre mondiale à nos jours

Nous allons tenter de dégager les évolutions et remises en cause des dernières décennies, période complexe, tant dans la définition fine du métier de pharmacien d'officine, que dans son rapport concurrentiel aux autres structures de distribution.

1) De la création de la Sécurité Sociale à la fin des années 80

1.1) Enseignement dispensé

Le décret du 26 novembre 1962 réforma les études en profondeur. Le stage d'un an lors de la première année fut scindé en deux (deux mois après la deuxième année et six mois durant la cinquième année), ceci permettant de sensibiliser l'étudiant aux problèmes pratiques d'interactions médicamenteuses et aux conseils à prodiguer aux patients lors de la dispensation. La troisième année fut agrémentée de cours de sémiologie et de pathologie générale. La cinquième année était une année de spécialisation : le décret du 8 novembre 1968 imposa une nouvelle cinquième année divisant les étudiants en trois filières de spécialisation, tout en conservant l'unicité du diplôme. La filière officine instituait des enseignements d'hygiène sociale et de diététique, de gestion et de comptabilité, de toxicologie d'urgence, de phytopharmacie, de zoopharmacie, de dermopharmacie et d'hydrologie thermale (facultatifs), de secourisme et de sécurité civile, d'orthopédie petit appareillage obligatoire à partir de 1970 et de sémiologie et pathologie générale.

L'arrêté du 19 juin 1980, quant à lui, introduisit deux réformes majeures dans l'enseignement pharmaceutique :

- L'établissement d'un numérus clausus en fonction des besoins de la population
- La substitution du diplôme de pharmacien par le doctorat d'exercice

Enfin, l'arrêté du 17 juillet 1987 institua la cinquième année hospitalo-universitaire, le stage d'orientation officinal de deux mois à la fin de la première année et le stage de pratique professionnelle de six mois en sixième année. [P1]

1.2) Frises chronologiques

Par une sélection d'évènements importants dans l'histoire de la pharmacie d'officine [P2] et qui ont influencé son évolution, nous proposons d'établir et de commenter deux frises chronologiques en ségrégant les données de la façon suivante :

- La première frise rassemble les faits qui ont ancré le pharmacien au sein du système de soin ou qui ont valorisé le rôle du pharmacien d'officine.

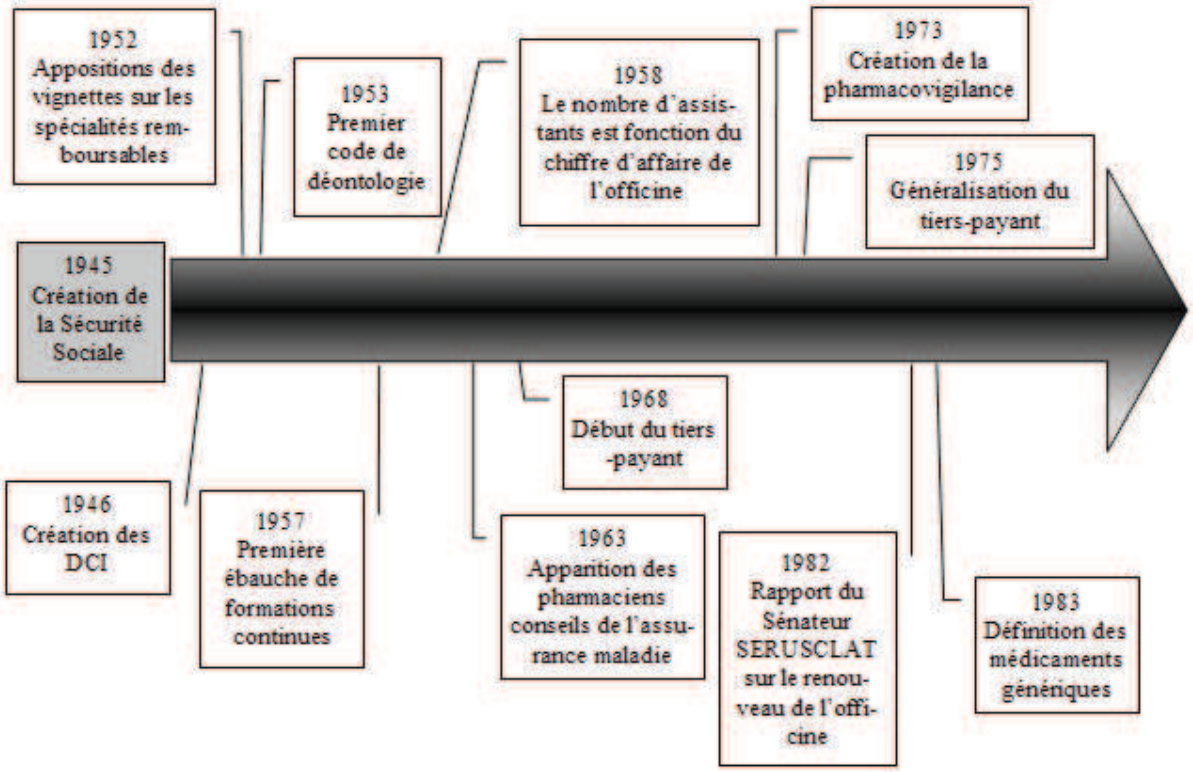


Figure 1 : Frise d'évènements qui ont valorisé le rôle du pharmacien d'officine de 1945 aux années 80

- La seconde frise rassemble les remises en cause des acquis du pharmacien, les attaques subies par la profession ou les dangers inhérents à l'intégrité de l'art pharmaceutique

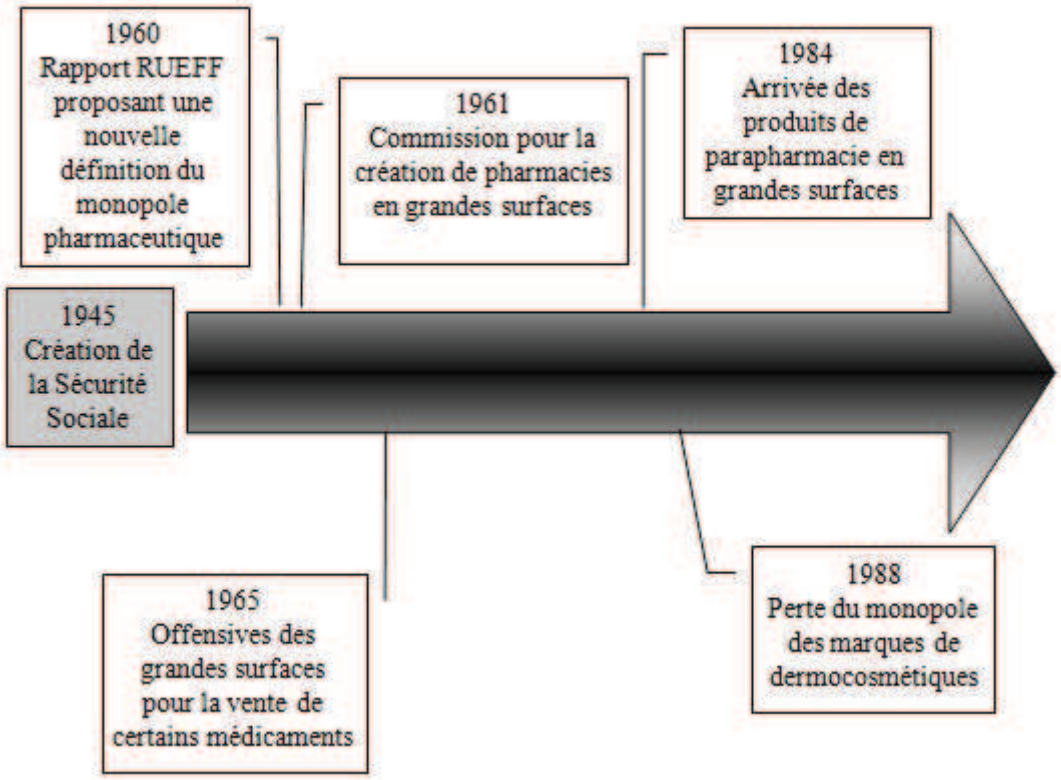


Figure 2 : Frise d'évènements influençant négativement l'histoire de la pharmacie d'officine de 1945 aux années 80.

Les deux frises illustrent la dualité de l'Etat vis-à-vis du pharmacien d'officine.

Les réformes sociales aboutissant à la création de la sécurité sociale en 1945 furent à l'origine de dépenses majeures de santé publique. Aussi, l'Etat exigea du pharmacien qu'il joue son rôle dans la régulation des dépenses de santé, comme en témoignent l'apposition des vignettes sur les spécialités remboursables et l'avènement puis la généralisation du tiers-payant. Ces mesures s'accompagnaient d'un joug paperassier croissant du fait que les recettes du pharmacien et celles de l'Etat étaient intimement liées. En outre, ces années ont vu l'apparition des pharmaciens conseils de l'assurance maladie. L'importance de la qualité du service rendu par le pharmacien fut une nouvelle fois mise en avant par la rédaction du premier Code de déontologie, par la définition d'un quota de pharmaciens assistants employés en fonction du chiffre d'affaire de l'officine et par la volonté d'une mise en place progressive de formation continue. Bien que la création de la pharmacovigilance date de 1973, il faudra attendre 1995 pour que le pharmacien y prenne part.

De façon plus internationale, la création de la dénomination commune internationale (DCI) par l'Organisation Mondiale de la Santé et l'établissement d'une définition des médicaments génériques furent les prémices du rôle de substitution du pharmacien. Cette place au sein du système de santé et l'évolution du statut libéral particulier du pharmacien ont mené le sénateur Franck Sérusclat à établir un rapport demandé par le Premier Ministre Pierre Mauroy en 1981. Ce rapport posait déjà la question d'une rémunération à l'honoraire du pharmacien pour gommer l'aspect commercial de l'officine et mettre en avant son rôle primordial de conseiller.

D'un autre côté, et ce dès 1960, le monopole pharmaceutique fut remis en cause par le rapport Rueff-Armand proposant la libre distribution de :

« - certains médicaments courants sans danger (la liste en serait fixée et périodiquement révisée par les Pouvoirs publics) ;

- la plupart des objets pharmaceutiques (pansements...), sauf exceptions également déterminées par une liste officielle. » [W4]

Les premières offensives de la grande distribution pour vendre des médicaments ont suivi peu de temps après. Après avoir obtenu gain de cause dans les années 1980 pour la vente des produits de parapharmacie, comme la vitamine C à certains dosages, certains antiseptiques et les dermocosmétiques, la création du premier groupement pharmaceutique (GIPHAR) en 1968 montra la pression mercantile exercée par la perte de la parapharmacie.

Bien qu'ayant vu son statut d'acteur de santé publique renforcé, le pharmacien ne fut en réalité pas libéré de l'aspect mercantile de sa profession officinale, luttant contre la grande distribution. Sa position fut dès lors celle d'un régulateur des dépenses de santé publique autant que celle d'un intermédiaire coûteux à l'Etat.

2) <u>Les années 90</u>

De même, établissons une frise d'évènements des années 90 [W4] influençant la profession officinale et commentons la.

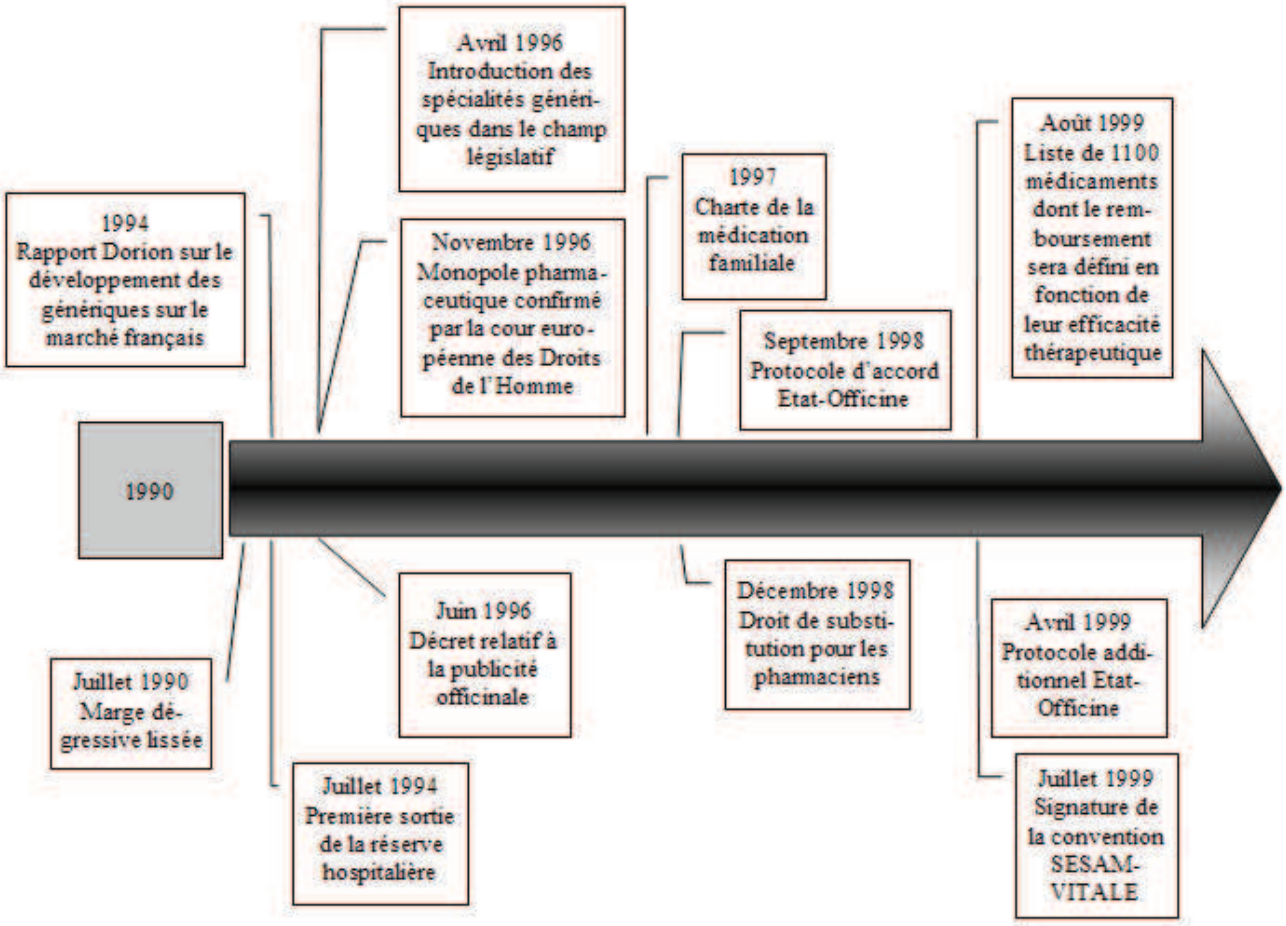


Figure 3 : Frise d'évènements influençant l'histoire de la pharmacie d'officine durant les années 90.

Le pharmacien d'officine est donc conforté dans son rôle d'acteur de santé publique par l'adjonction de nouvelles missions :

- La volonté de sortir certains médicaments des réserves hospitalières et d'autoriser leur dispensation en officine selon certaines règles établies
- La confirmation du monopole au niveau européen
- Le protocole d'accord Etat-officine

En outre, la charte de médication familiale est un partenariat entre les représentants de la profession officinale et l'Association française des producteurs de spécialités grand public ; elle assure au pharmacien d'officine le marché d'une médication familiale prenant toujours plus d'ampleur au fil des déremboursements, valorisant ainsi le conseil pharmaceutique.

Le décret relatif à la publicité officinale réaffirma une nouvelle fois la maîtrise de l'aspect commercial de l'officine, n'accordant au pharmacien quasiment aucun

moyen de promotion de son commerce ou de fidélisation de sa clientèle par des moyens commerciaux. [W4]

De même, la position de régulateur partiel des dépenses de santé publique est renforcée par la mise en place :

- Du droit de substitution suite au développement des médicaments génériques
- Du protocole d'accord Etat-officine
- De la convention SESAM-Vitale

3) Les années 2000

3.1) Vagues de déremboursements et apports législatifs

Dès 2000, afin de limiter le déficit de la Sécurité Sociale, des baisses de taux de prise en charge et le déremboursement de nombreux médicaments dont le service médical rendu fut jugé insuffisant furent planifiés. [W5]

Plusieurs mesures conduisirent le pharmacien à s'investir toujours plus dans les conseils liés à la médication officinale :

- La loi du 13 décembre 2000 a alloué au pharmacien la dispensation de la contraception d'urgence sans prescription médicale, gratuite pour les mineurs [W6] et a donné lieu au décret du 9 janvier 2002. [W7]
- La loi du 30 janvier 2007 a institué le dossier pharmaceutique pour chaque patient titulaire de la carte vitale afin de lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse et d'améliorer le suivi thérapeutique. Les pharmaciens d'officine sont maintenant censés inscrire toute nouvelle dispensation médicamenteuse sur les dossiers pharmaceutiques (en accord avec les patients) : ceci permet l'archivage informatique centralisé de l'historique médicamenteux des quatre mois précédents pour un patient donné. [W8] [W9]
- Le pharmacien fut autorisé à placer dans l'espace vente, en libre service, certains produits de médication officinale (décret du 30 juin 2008). [W10] [W11]

3.2) Réforme de la première année commune des études de santé et entrée dans le système européen d'enseignement supérieur

A l'entrée 2010, les premières années de médecine, pharmacie, odontologie et sage-femme ont fusionné sous l'appellation PACES (Première Année Commune des Etudes de Santé). Cette année commune a pour objectifs de favoriser la réussite des étudiants, les passerelles et réorientations, et l'intégration dans le système européen d'enseignement supérieur LMD (Licence, Master, Doctorat). La PACES est divisée en deux semestres et s'articule désormais autour d'UE (Unités d'Enseignement). Une UE validée attribue à l'étudiant un certain nombre de crédits ECTS (European Credits Transfer System). Le premier semestre est un tronc commun aux quatre filières. Le second semestre est constitué de cours communs et de cours spécifiques à chaque filière de santé.

A l'issue du premier semestre, les étudiants les moins bien classés seront orientés vers une autre filière et ne pourront passer les concours de santé qu'après dix-huit mois. Cette tranche d'étudiants représente 15% des effectifs. Les autres étudiants poursuivent les cours lors du second semestre. Ils peuvent présenter de un à quatre concours : médecine, pharmacie, odontologie et maïeutique. Les étudiants doivent alors suivre les cours communs et les cours spécifiques pour chacun des concours qu'ils présentent.

A l'issue du second semestre, quatre classements différents sont établis et correspondent aux quatre filières de santé. Les étudiants classés dans les quotas (numerus clausus) sont admis en deuxième année de la filière qu'ils ont choisie. Les étudiants n'ayant pas la possibilité d'intégrer une deuxième année sont alors partitionnés de la sorte :

- Les étudiants qui sont autorisés à redoubler sont classés après le dernier admis et au maximum avant 2,5 à 3 fois le numerus clausus selon les facultés. Ils pourront donc repasser les quatre concours l'année suivante.
- Les autres n'ont pas la possibilité de redoubler directement et sont réorientés. Ils ne pourront pas repasser les concours avant un an.

Notons que certaines universités intègrent des filières supplémentaires à la PACES. L'Université Nancy I propose par exemple six filières de santé accessibles par ce système de première année commune. Kinésithérapie et ergothérapie s'ajoutent aux quatre filières que nous avons vues. En outre, chaque université est

libre de se conformer au programme indicatif de PACES proposé par le Ministère de l'Enseignement Supérieur. [W12] [P3]

Suite à la PACES (semestres 1 et 2), les études de pharmacie se poursuivent par la deuxième année de Licence (semestres 3 et 4) puis la troisième année de Licence (semestre 5 et 6). L'obtention de la troisième année de License donne droit au diplôme de formation générale en sciences pharmaceutique. L'année qui suit correspond au Master 1 et donne lieu au choix de la filière (officine, industrie ou internat). Les cinquième et sixième années demeurent inchangées. [W13]

CHAPITRE 5 : Réflexions sur l'état actuel du pharmacien : sa place au sein du système de soin

1) Valeur ajoutée apportée par le pharmacien d'officine

Toutes ces évolutions ont conféré au pharmacien d'officine une place d'interlocuteur privilégié pour la population. Expert du médicament, largement pluridisciplinaire, le pharmacien a su adapter sa formation et impliquer le législateur en se créant une valeur ajoutée d'acteur de santé et de proximité. En intégrant l'histoire de la profession vue précédemment et les analyses de l'Ordre quant à la place du pharmacien dans l'équipe de soins [W14] [W15] [W16], nous pouvons établir un schéma synthétique mettant en exergue cette valeur ajoutée.

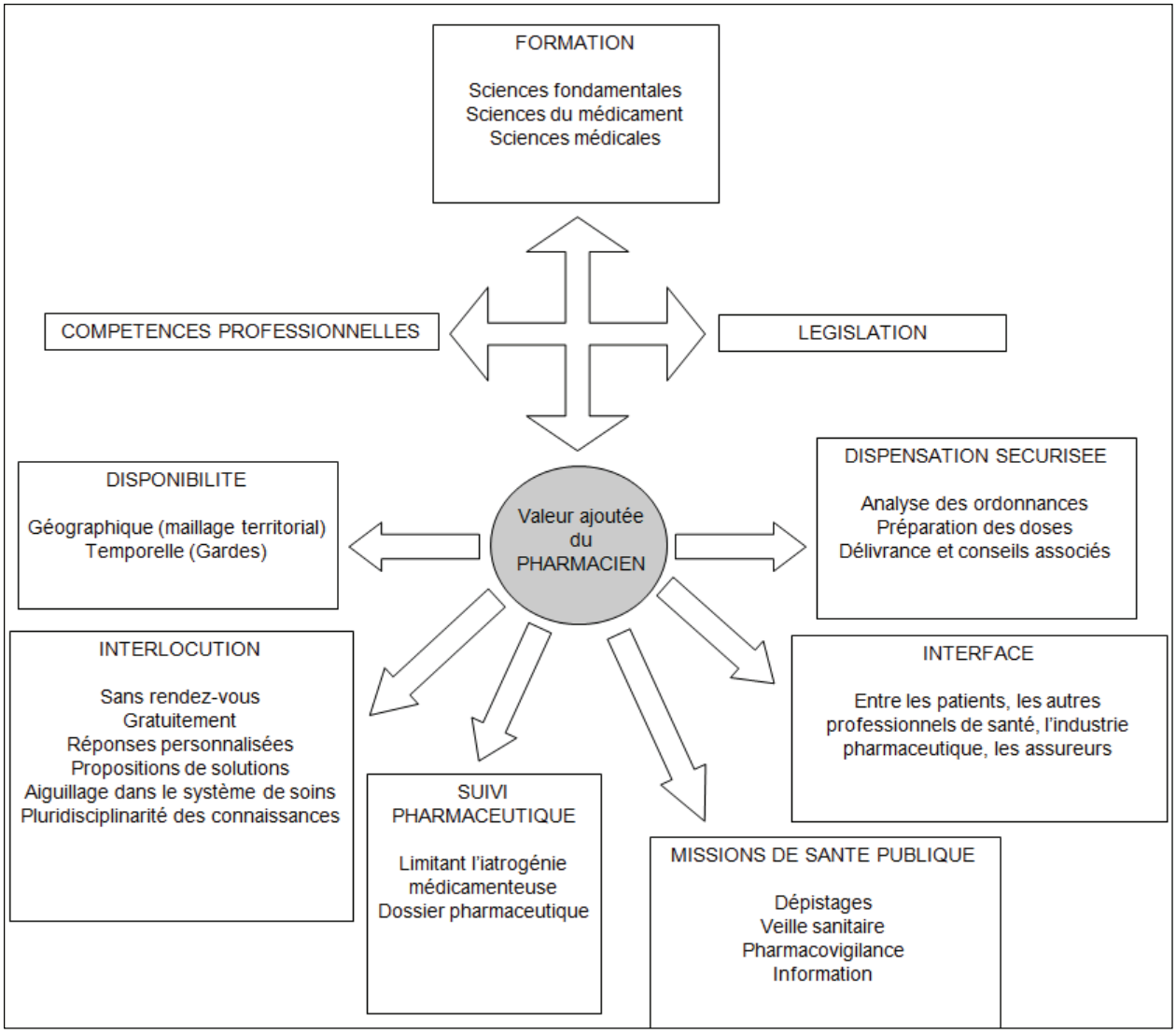


Figure 4 : Valeur ajoutée du pharmacien.

Il devient alors évident que la définition législative du pharmacien d'officine établie par la loi de 1941 ne suffit plus au regard des nombreuses missions qui incombent au pharmacien.

D'autre part, le pharmacien est devenu un acteur de santé publique incontournable. Cependant, son devenir dans le système de soins est sujet à de nombreuses discussions du fait que :

- Les pharmaciens revendiquent de nouvelles missions de proximité, souhaitant s'impliquer toujours plus dans le système de soins et ceci à la fois pour des raisons d'intérêts professionnels et économiques.
- L'Etat souhaite réduire les dépenses de santé publique en impliquant le pharmacien dans des missions nouvelles, compensant en partie la désertification médicale.

2) Les pharmaciens : leur volonté d'ancrage dans le système de soins

Cette volonté, est notamment portée par les représentants des pharmaciens siégeant à l'Ordre et apportant une vision nouvelle de la profession dans leurs multiples rapports et allocutions. De nouvelles missions sont proposées et discutées depuis quelques années :

- L'éducation thérapeutique du patient [W14] [W17] [W18]
- Le soin pharmaceutique [W14]
- Le pharmacien prescripteur [W14]
- La prévention et le traitement des maladies chroniques [W19]
- Le dépistage avec de nombreux essais de campagnes réalisés en accord avec les pharmaciens officinaux d'une région géographiquement délimitée ou d'étendue nationale. [W20] [W21]

Une enquête menée par l'assurance maladie et le CFES sur le thème de la prévention auprès des pharmaciens officinaux en 1998 et 1999 démontrait déjà une volonté d'implication des pharmaciens dans ce domaine. [P4]

Une enquête IPSOS de 2006 (Les pharmaciens sont aussi des « éducateurs de santé ») montrait que 93% des pharmaciens interrogés se voyait contribuer au

développement de l'éducation à la santé dans un avenir proche. En outre, 91% des pharmaciens interrogés acceptaient en masse le rôle de prescripteur de médicaments pour les pathologies à petits risques. [W22]

3) Le pharmacien vu par la population française

L'étude IPSOS « Les Français et leur pharmacien » menée en 2008 par entretiens téléphoniques et basée sur un échantillon de 934 personnes soulève plusieurs points :

- 87% des Français affirment considérer leur pharmacien avant tout comme un professionnel de santé avant de voir l'aspect commercial de la profession. De ce fait, une proportion non négligeable de la population dissocie le conseil du pharmacien de la vente d'un produit. 37% des hommes et 51% des femmes franchissent le seuil d'une officine pour poser une question de santé dont le sujet diffère du domaine strictement pharmaceutique.
- Une très large majorité de la population accorde de l'importance au rôle pharmaceutique de dispensation et jugent le conseil pharmaceutique indispensable. En outre, pour l'automédication, 98% de la population s'accorde à penser que la connaissance des précautions d'usage est essentielle.
- 97% des personnes interrogées estiment importante la proximité géographique entre la pharmacie et leur lieu de résidence. [W23]

De surcroit, l'enquête IPSOS de 2006 révèle que 73% des Français seraient favorables à ce que le pharmacien ait le droit de prescription dans les pathologies petits risques. [W22]

4) Intérêt de l'implication du pharmacien dans le système de soin

Dans le cadre du projet de loi de modernisation de la santé de l'automne 2008, quatre missions ont été confiées par le Premier ministre : [W24]

- au préfet honoraire Philippe Ritter, une mission relative à l'organisation territoriale,

- au sénateur Gérard Larcher, une mission relative aux missions de l'hôpital public,
- au député André Flajolet, une mission relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire,
- à Annie Podeur et au professeur Yvon Berland, une mission relative à l'organisation de la santé.

Il ressort du rapport Podeur-Berland une volonté d'organiser la coordination et la coopération entre les professionnels de santé, donc de répartir au mieux les tâches entre les acteurs de santé publique. Le rapport place le médecin généraliste de premiers recours comme coordinateur du parcours de soins des patients. D'autre part, les patients atteints de maladies chroniques et les personnes âgées souffrant de polypathologies ont besoin d'un suivi médical régulier au long cours, de rappels quant à l'observance des traitements et à l'hygiène de vie (notion d'éducation thérapeutique). Dans l'intérêt de ces patients, et en accord avec le médecin traitant, le rapport propose un suivi plus fréquent par d'autres professionnels de santé dont le pharmacien. En outre, le pharmacien d'officine fait partie des premiers professionnels de santé à accueillir le patient à sa sortie d'un établissement de soins (avec les infirmiers et les personnels paramédicaux de rééducation). Il est donc essentiel que le pharmacien référent soit connu et informé de la sortie du patient par les établissements de soins. D'où la nécessité d'une transmission d'informations de qualité entre médecins généralistes, pharmaciens et établissements de santé. [W25]

Le rapport Larcher quant à lui, insiste sur le retour du patient à domicile et sa nécessaire prise en charge médico-technique en fonction de ses besoins du fait du raccourcissement des séjours d'hospitalisation. Ce rapport cite le pharmacien en première ligne pour le maintien à domicile. [W26]

Le rapport Flajolet montre que le pharmacien d'officine appartient à la profession de santé dont la répartition territoriale est la plus homogène, avec peu d'écart de densité en officines de pharmacie contrairement aux médecins et laboratoires d'analyse. La population dispose de ce fait d'un accès constant à la santé et en tout point du territoire. D'autre part, notre pays est classé comme ayant la population la plus consommatrice de médicaments au monde et le rapport avance l'hypothèse qu'une partie de cette consommation excessive serait liée au « sous-emploi » du pharmacien d'officine dans le domaine de la prévention. Cette hypothèse avait déjà été avancée par un rapport de l'OMS en 1997. Aussi, l'accentuation du

rôle du pharmacien dans le domaine de la prévention pourrait générer des économies. [W27]

5) Un facteur limitant : le temps

L'intérêt de l'emploi des pharmaciens d'officine dans de nouveaux domaines ou de manière plus approfondie dans certaines pratiques professionnelles constitue un véritable enjeu, tant pour le patient, que pour la profession et pour le système de soins dans son ensemble. Cependant, la position du pharmacien d'officine est rendue complexe : il existe une contradiction entre la confiance que lui accorde l'opinion publique, et les contraintes imposées par les tentatives de sauvetage économique des dépenses de santé publique.

La figure 5 tente de représenter la complexité des diverses facettes que doit posséder le pharmacien titulaire d'officine afin de gérer au mieux son entreprise, son équipe officinale et ses patients.

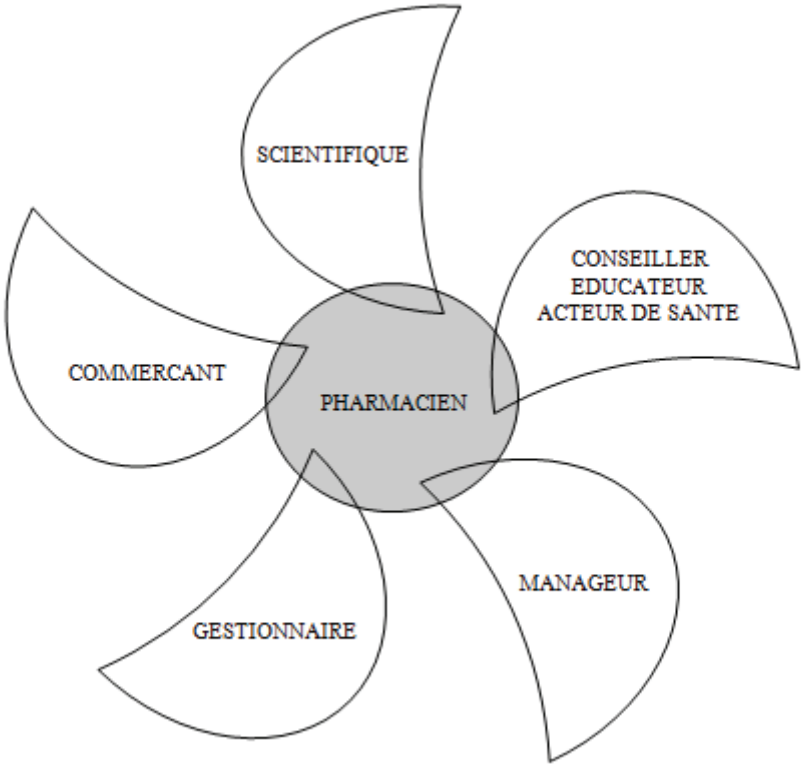


Figure 5 : Les différentes facettes du pharmacien titulaire d'officine.

Cette somme de compétences nécessaire au pharmacien laisse présager un problème de temps. En effet, le temps consacré à la gestion de l'entreprise n'est pas passé auprès du patient, et ceci s'accentue en cas de déséquilibre budgétaire.

L'étude IPSOS de 2006 montrait déjà que seulement 66% des pharmaciens estimaient avoir du temps pour faire de l'éducation à la santé. [W22]

En outre, une étude IPSOS, présentée en mars 2010 et réalisée sur un échantillon de 700 pharmaciens, souligne une vision très pessimiste quant à la situation économique des officines françaises. 87% des pharmaciens interrogés sont inquiets de l'évolution de la marge bénéficiaire et 20% d'entre eux considèrent qu'il y a une forte probabilité pour qu'ils soient obligés de cesser ou de céder leur activité dans les cinq prochaines années. Cependant, une moitié environ des pharmaciens interrogés restent motivés. [W28]

Conclusion

Les informations collectées à travers l'histoire et analysées dans cette première partie nous ont permis de bien cerner le pharmacien d'officine. C'est un professionnel évolutif, conjuguant des statuts d'expert du médicament, d'acteur de santé publique et de chef d'entreprise. La valeur ajoutée apportée par ses compétences, font du pharmacien d'officine un professionnel de santé incontournable très proche de la population. Plusieurs rapports en vue de l'établissement de la loi HPST, mentionnent le pharmacien pour assurer des rôles de prévention, de dépistage et de suivi. Cependant, même si l'évolution de la profession est défendue vivement par l'Ordre des pharmaciens, l'actuelle difficulté économique des officines pourrait lui imposer un frein. Comme nous allons le voir dans la deuxième partie de la thèse, la loi HPST et les décrets qui en découlent ouvrent une voie législative nouvelle à la pratique officinale.

DEUXIEME PARTIE

La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » : un tournant historique pour le pharmacien d'officine

L'histoire nous a montré que les grandes évolutions passées ont permis la métamorphose du métier de pharmacien d'officine. Nous avons pu voir que les apports législatifs étaient souvent les fruits de tournants majeurs, comblant des vides législatifs d'une part et marquant des mues professionnelles d'autre part.

La définition législative du pharmacien d'officine est devenue insuffisante, les besoins sociétaires ont changé, le système de soins manque de cohérence. Aussi, dans la loi de réforme de l'organisation du système de santé du 21 juillet 2009 (Loi HPST), ont été rédigés des articles ayant un impact direct sur l'avenir de la profession de pharmacien d'officine. Ces textes couronnent des compétences reconnues et jugées nécessaires, en proposent de nouvelles, et vont dans le sens des discussions et rapports que nous avons vu précédemment quant à l'évolution de la profession.

L'observation et l'analyse de ces articles de loi feront l'objet de cette deuxième partie. Nous verrons comment la loi HPST définit le pharmacien d'officine et ce qu'elle apporte de nouveau, en nous attardant avec une attention toute particulière sur les points touchant la communication officinale. La communication est un pilier essentiel de nombreuses missions du pharmacien d'officine : elle conditionne directement l'intégration des pharmaciens au système de soins désormais centré sur le patient.

CHAPITRE 1 : Loi HPST, pharmacien d'officine et santé publique

1) Généralités

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a été promulguée le 21 juillet 2009 et publiée au journal officiel le 22 juillet 2009. Elle fait suite aux conclusions des rapports Ritter et Flajolet, aux débats issus de la commission Larcher, et aux échanges des états généraux de l'organisation des soins (Egos).

La loi HPST se décompose en quatre titres :

Titre I - La modernisation des établissements de santé
Titre II - L'amélioration de l'accès à des soins de qualité
Titre III - La prévention et la santé publique
Titre IV - L'organisation territoriale du système de santé

Les titres intéressant directement le pharmacien d'officine sont :

- Le titre II qui précise le rôle du pharmacien d'officine et la coopération entre les professionnels de santé,
- Le titre III qui vise la prévention des maladies chroniques et cancers grâce à l'éducation thérapeutique des patients par les professionnels de santé,
- Le titre IV qui a pour but la création des Agences Régionales de Santé (ARS), désormais responsables du pilotage du système de santé régional. [W29]

Nous détaillerons dans cette thèse les articles du titre II de la loi HPST qui redéfinissent la profession de pharmacien d'officine et lui attribuent ses nouvelles missions. Ceci nous mènera nécessairement à discuter des missions de prévention et d'éduction thérapeutique du patient relatives au titre III et à l'organisation territoriale relative au titre IV.

2) Articles du titre II et pharmacien d'officine

2.1) Article 36 du titre II

« Article L. 1411-11 : L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. […]

Ces soins comprennent :

1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le t raitement et le suivi des patients ;

2° La dispensation et l'administration des médicame nts, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;

3° L'orientation dans le système de soins et le sec teur médico-social ;

4° L'éducation pour la santé.

Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux. […] » [W30]

L'article 36 du titre II de la loi HPST a été rédigé suite au constat de la répartition médicale lacunaire sur le territoire et de la nécessité de diminuer les dépenses de santé publique. Ce texte attribue les soins de premiers recours aux professionnels de santé de proximité afin de promouvoir une meilleure approche territoriale des soins. [W31] [W32]

Par définition, les soins sont les moyens par lesquels on s'efforce de rendre la santé à un malade : le traitement qu'on lui prodigue, les remèdes qu'on lui donne, les attentions qu'on a pour le soulager. [W33] [P5]

D'après les niveaux de soins édictés par l'OMS, les soins de premier recours sont les soins prodigués pour les pathologies légères et dont le diagnostic est aisé. Ils se définissent par opposition aux soins de deuxième recours, nécessitant l'expertise d'un spécialiste, et les soins de troisième recours, nécessitant un plateau technique important ou une médecine de pointe. [W31]

Nous pourrons voir ci-dessous que l'article 38, relatif aux pharmaciens d'officine, renvoie par son premier alinéa à l'article 36. L'article 36 accorde de ce fait une place de soignant au pharmacien au regard de son expertise médicamenteuse, de ses connaissances physiopathologiques et de sa proximité avec les patients.

2.2) Article 38 du titre II

« Article L.5125-1-1 A : Dans les conditions définies par le présent code, les pharmaciens d'officine :

1° Contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 ;

2° Participent à la coopération entre professionnels de santé ;

3° Participent à la mission de service public de la permanence des soins ;

4° Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;

5° Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 ;

6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement […] qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ;

7° Peuvent, dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1 du présent code, être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médications destinés à en optimiser les effets ;

8° Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application des 7° et 8°. » [W30]

On notera que chacune des missions du pharmacien d'officine de l'article 38 correspond à un ou plusieurs items de la politique de santé publique nationale définie

par la loi du 9 août 2004 (Alinéa I de l'article 2 du chapitre 1er du titre 1er de la loi relative à la politique de santé publique). [W34]

Items de la loi du 9 août 2004 définissant la politique de santé publique	Missions du pharmacien d'officine correspondantes (Article 38 du titre II de la loi HPST)
La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants	Mission 4
La lutte contre les épidémies	Mission 4
La prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités	Mission 1
L'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes	Missions 5 et 8
L'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires	Missions 1 et 8
L'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer	Missions 1 et 7
La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire	Missions 1 et 3
La qualité et la sécurité des soins et des produits de santé	Mission 1
L'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps	Missions 2, 6 et 7
La démographie des professions de santé	Mission 2

Tableau 1 : Correspondance des missions du pharmacien d'officine définies par la loi HPST avec les items de la politique de santé publique.

L'article 38 donne une nouvelle dimension au rôle du pharmacien d'officine. Le cadre législatif défini par cet article entend recentrer la pratique professionnelle sur le patient. Ceci s'inscrit directement dans la volonté de cohérence du parcours de soins de la loi HPST et intègre le pharmacien au cœur de la politique nationale de santé publique.

CHAPITRE 2 : Le pharmacien d'officine, éducateur de santé

La loi HPST attribue au pharmacien une place d'éducateur de santé. Ce rôle nécessite de maîtriser certaines notions de communication. Nous les abordons dans ce chapitre.

1) La formation des pharmaciens à la communication

La première partie de la thèse nous a montré que l'enseignement des facultés de pharmacie appartenait, pour sa quasi-totalité, aux domaines scientifiques et physiopathologiques. Des formations continues sont actuellement mises en place pour les professionnels de santé déjà diplômés afin de répondre aux besoins que requiert la pratique des nouvelles missions de la loi HPST. Ces modules d'enseignement représentent un volume horaire et un coût non négligeables (un minimum de quarante heures pour l'éducation thérapeutique du patient [W35]).

Il est donc devenu essentiel d'offrir un volume horaire plus important à l'enseignement de la communication dans les facultés de pharmacie. Le rapport de l'Académie Nationale de Pharmacie de 2005 « Le pharmacien et la santé publique en France » suggérait déjà que des enseignements supplémentaires de communication et de santé publique soient intégrés au cursus de l'officinal. [W36] Les pharmaciens officinaux devraient entrer dans leur vie professionnelle avec autant de connaissances en communication qu'en requièrent les pratiques du conseil et de l'éducation thérapeutique.

La réforme des études de santé intègre désormais un enseignement officiel de communication au cursus pharmaceutique. Le document de la Commission Pédagogique Nationale des Etudes de Pharmacie (CPNEP) de juin 2009 intègre plusieurs modules de communication aux années de L2 et de L3 : [P6]

- « Communication et gestion des relations humaines ». Ce module regroupe des enseignements sur les obligations pharmaceutiques en matière de rédaction de procédures et de modes opératoires et sur la documentation qui s'y rattache. Il traite également des besoins des clients et des techniques de communication relationnelles. A la suite de ce module, les étudiants doivent :

- Connaître les techniques de communication appropriées dans la relation avec le patient et d'autres interlocuteurs dans des situations variées,
- Savoir délivrer une information argumentée
- Connaître les bases de la psychologie relationnelle,
- Savoir animer des présentations pour informer et convaincre,
- Savoir rédiger des modes opératoires et des procédures.

- « Communication et techniques d'animation d'équipe ». A l'issue de ce module, les étudiants doivent connaître :
  - Les techniques d'animation d'équipe,
  - Les techniques d'entretien
  - Les techniques de transmission de connaissances et de savoir-faire
  - Les techniques d'évaluation de connaissances et de savoir-faire.

2) Les composantes de la communication

La communication réfère à la transmission d'un message codé d'un émetteur à un récepteur par le biais d'un canal. Ce message désigne un référent : personne ou objet dont le message traite. [P7]

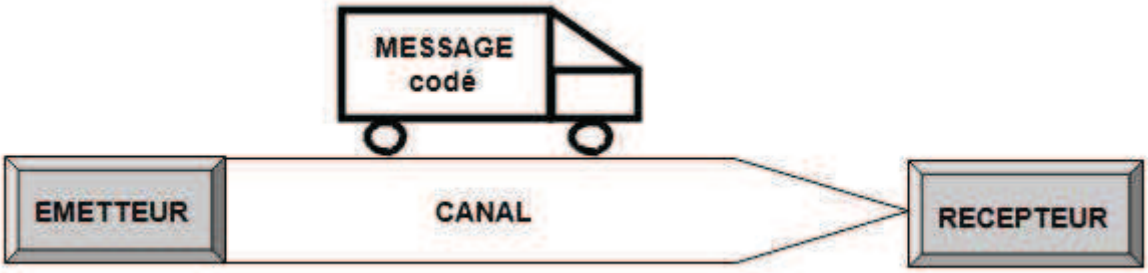


Figure 6 : Les composantes de la communication [d'après P7].

La production, la transmission et la réception du message peuvent subir l'entrave d'obstacles à la communication. Ces obstacles sont d'ordre sémantique, physique (bruits), peuvent émaner de différences de cadre de référence entre émetteur et récepteur, ou résulter d'une indisposition du récepteur à recevoir le message de l'émetteur. Il est donc nécessaire de veiller à ce que l'information soit

véhiculée jusqu'au récepteur sans encombre et que cette information soit adaptée aux capacités et au cadre de référence du récepteur. [P8]

3) La confidentialité

Le pharmacien est soumis au secret professionnel. Il lui est donc interdit de divulguer des informations sur son patient que ce soit de manière intentionnelle ou non. En théorie, les informations échangées entre le patient et le pharmacien ne devraient pas être perçues par une personne extérieure à la conversation. [W37]

En outre, le manque de confidentialité représente un obstacle à la communication entre le patient et le pharmacien. En effet, une officine de pharmacie est sujette à de nombreuses perturbations :

- Sonores : conversations multiples, sonnerie du téléphone, pleurs d'enfants, porte d'entrée.
- Visuels : allées et venues du personnel et des autres patients, publicités affichées ou diffusées, produits d'appel près des comptoirs.

La vente d'un produit cosmétique, la dispensation d'une ordonnance pour un patient grippé ou l'entretien pharmaceutique avec un malade atteint du SIDA ne nécessitent pas le même degré de confidentialité. Nous verrons diverses possibilités d'agencements des locaux qui correspondent à différents degrés de confidentialité.

4) Comprendre le patient

4.1) Le cadre de référence

Le cadre de référence correspond aux idées, opinions, croyances, valeurs et connaissances qu'un individu possède. Il confère un sens au message qu'une personne émet et conditionne son attitude face aux autres individus. Lorsque les cadres de référence sont différents entre deux individus qui communiquent, il existe une distorsion dans l'émission et dans la réception des messages. [P9] Par exemple, le pharmacien est un scientifique : il emploie des termes techniques et médicaux. Le patient qui l'écoute n'ayant pas de formation scientifique ni médicale ne comprend pas le vocabulaire du pharmacien. A l'inverse, tous les patients n'emploieront pas les mêmes termes pour désigner les mêmes symptômes. De surcroit, les patients n'ont

pas le même ressenti face aux maladies, aux symptômes et à leurs évolutions. Par exemple, les échelles de douleur montrent parfois des divergences de cadres de référence entre les individus. Le pharmacien doit donc cerner le cadre de référence de son patient pour mieux le comprendre et s'adapter à lui. [P10]

4.2) L'écoute active

L'écoute active est une technique de communication qui permet au pharmacien de comprendre le problème exprimé par un patient et de dégager ses besoins. Elle évite les distorsions dues aux différences de cadre de référence et instaure une relation de confiance.

Cette technique fait appel à plusieurs notions de communication :

- L'écoute : le pharmacien doit laisser le patient s'exprimer librement et l'inciter à le faire en réunissant les conditions nécessaires (confidentialité, disponibilité). Les paroles, les gestes, les intonations et le débit de la voix, les expressions du visage et le regard sont autant de modes d'expression à prendre en considération.
- L'empathie : le pharmacien doit être attentif aux sentiments du patient et les refléter afin de comprendre ce que ce dernier a vécu réellement. En ce sens, les attitudes sympathiques ou antipathiques sont à proscrire. Carl Rogers attribue une place prépondérante à l'empathie dans la relation qui lie le thérapeute à son patient : « Ressentir l'univers particulier du client comme si c'était le sien propre, mais sans jamais oublier la restriction qu'implique le « comme si », c'est cela l'empathie, et elle semble indispensable à la thérapie ». [P11]
- La reformulation : le pharmacien peut reformuler les dires du patient pour le faire réfléchir sur son propre discours. Ainsi, le patient peut confirmer, infirmer ou rectifier ses propos. La reformulation contribue également à la relation de confiance : le patient se sent écouté et encouragé. Différents types de reformulation sont possibles :
    - La reformulation simple se fait l'écho du patient et reprend presque ses propres termes.
    - La reformulation résumante simplifie ses propos.
    - La reformulation abusive est une hyperbole voire une caricature et incite le patient à s'exprimer de façon plus juste. [P10]

Après avoir cerné et compris le patient, le pharmacien peut adapter son vocabulaire, son approche culturelle, son attitude gestuelle, le débit de sa voix et ses intonations. Les conseils du pharmacien sur la médication ou les habitudes hygiéno-diététiques sont ainsi mieux compris par le patient.

Cependant, le pharmacien ne peut se satisfaire d'une bonne communication. En effet, pour toutes les missions des articles 36 et 38 de la loi HPST, il doit éduquer son patient.

5) L'éducation du patient : la pédagogie et ses objectifs

5.1) La pédagogie

L'éducation fait appel à la pédagogie, ce qui signifie que le pharmacien doit user de techniques et d'outils pour faciliter l'apprentissage du patient. La méthode pédagogique employée dépend des notions que le patient doit acquérir.

- Pour la mémorisation de données, la méthode est intellectuelle. Une explication orale ou écrite sur un médicament ou sur une pathologie en est un exemple. Le patient doit ici se projeter dans la réalité en se l'imaginant.
- Pour l'interprétation des données, la méthode est technique : elle fait appel à la sensibilité et à la motricité du patient. Manipuler des dispositifs pour aérosols ou des appareils d'auto-mesures en est un exemple.
- Pour la résolution de problèmes, la méthode est réactionnelle. C'est la part affective du patient qui permet le jugement. Réagir convenablement face à une hypoglycémie est un exemple de résolution de problème.

Etre pédagogue, c'est également se mettre à la portée de l'apprenant. Il faut donc utiliser un vocabulaire, des figures de style et des méthodes pédagogiques qu'il comprend. En outre, l'éducation du patient nécessite de sélectionner les données utiles à lui inculquer. Le travail préalable d'écoute active est donc essentiel. [P12]

Selon Carl Rogers, trois attitudes sont nécessaires pour être un bon pédagogue :

- « L'authenticité » : l'éducateur ne dissimule pas sa personnalité derrière une façade et se sent libre de communiquer ses sentiments à l'apprenant.

- « La valorisation » : il s'agit de reconnaitre les qualités propres de l'apprenant et de lui attribuer sa confiance.
- « La compréhension de l'autre » : elle correspond non seulement à l'empathie dont fait preuve l'éducateur à l'égard de son patient, mais encore à l'attention portée au ressenti du patient vis à vis de l'éducation. [P11]

5.2) Objectifs de l'éducation du patient

Les trois objectifs de l'éducation d'un patient correspondent aux trois types de méthodes pédagogiques que nous avons définis :

- Le savoir : c'est la notion intellectuelle de l'éducation. Pour une personne hypertendue, connaître son objectif tensionnel ou les symptômes de l'hypertension fait partie du savoir à acquérir.
- Le savoir-faire : c'est la notion technique de l'éducation, la mise en pratique du savoir. Prendre sa tension artérielle avec un tensiomètre est un savoir-faire.
- Le savoir-être : la dimension psychoaffective s'ajoute aux deux notions précédentes. La réaction appropriée du patient face aux symptômes de l'hypertension en est un exemple : rester calme, ne pas augmenter les doses des médicaments antihypertenseurs, prendre sa tension artérielle et la comparer à l'objectif tensionnel avant de consulter son médecin si les symptômes persistent ou sont intenses.

L'atteinte des objectifs d'éducation conditionne l'observance du patient. Il est donc primordial pour le pharmacien de maîtriser les méthodes pédagogiques appropriées. Cependant, de nombreux autres facteurs influent sur le comportement du patient et sur son observance. [P13]

6) Les comportements de santé

Plusieurs modèles cognitifs proposent de prédire les comportements de santé des individus et d'identifier les précurseurs de ces comportements. La base commune de tous ces modèles est l'évaluation subjective des coûts et des bénéfices des comportements.

6.1) Le modèle des croyances relatives à la santé [P14]

D'après le modèle des croyances relatives à la santé de Rosenstock, plusieurs croyances centrales peuvent prédire les comportements de santé :

- La vulnérabilité à une pathologie : « mes chances de contracter un cancer des poumons sont élevées ».
- La gravité de la pathologie : « le cancer des poumons est une maladie grave ».
- Les coûts associés à l'adoption du comportement : « arrêter de fumer me fera grossir et me rendra irritable ».
- Les bénéfices associés à l'adoption du comportement : « arrêter de fumer me fera économiser de l'argent ».
- Les incitations à agir qui peuvent être :
    - internes « j'ai le souffle court durant l'effort »
    - ou externe « la brochure que m'a remis le pharmacien me pousse à arrêter de fumer ».

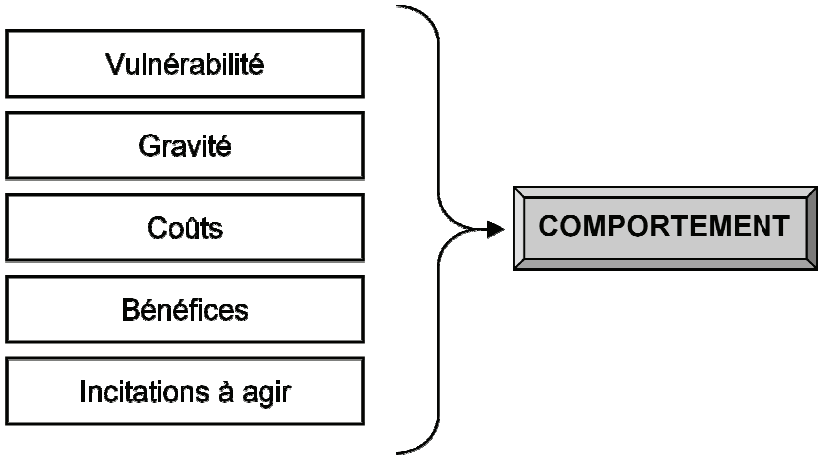


Figure 7 : Le modèle des croyances relatives à la santé d'après [P14].

En ce sens, Rosenstock décrit un individu rationnel et conscient de chacune des croyances relatives à sa santé. En effet, son modèle ne prend pas en compte les facteurs inconscients, l'environnement économique et social et les facteurs émotionnels.

6.2) La théorie de la motivation à la protection [P14]

La théorie de la motivation à la protection de Carl Rogers propose de prédire l'intention comportementale. Elle s'intéresse tout d'abord à deux types d'informations reçues par l'individu :

- Les informations environnementales : elles correspondent à la persuasion de l'individu par son entourage et à l'apprentissage par observation.
- Les informations intra-personnelles : ce sont les expériences passées.

D'une part, elle considère que l'individu évalue la menace d'une pathologie par :

- Sa vulnérabilité à la pathologie,
- La gravité de la pathologie,
- La peur : « fumer tue » (prise en compte d'un facteur émotionnel).

D'autre part, l'individu évalue les possibilités de faire face à la menace par :

- L'efficacité de la réponse : « arrêter de fumer améliorerait considérablement ma santé ».
- L'auto-efficacité : « j'ai confiance en mes capacités à arrêter de fumer ».

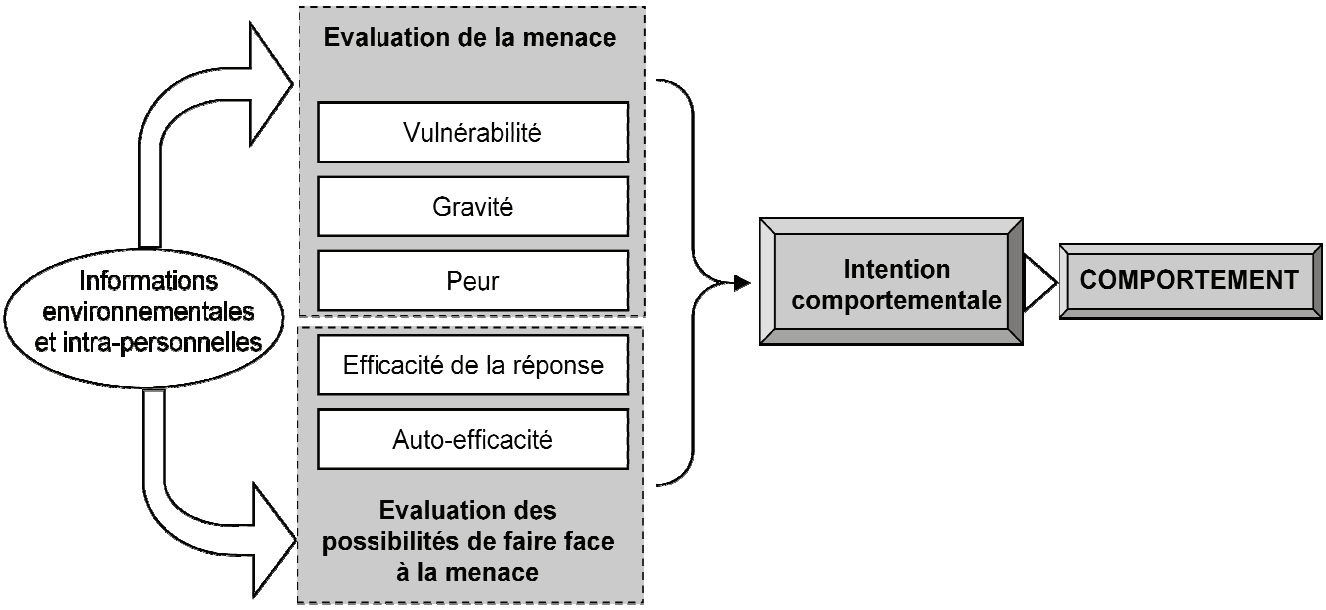


Figure 8 : La théorie de la motivation à la protection d'après [P14].

Dans ce modèle, les informations environnementales et intra-personnelles influencent les facteurs qui prédisent l'intention comportementale.

6.3) Les théories sociales cognitives [P14]

Comme les modèles précédents, la théorie sociale cognitive de Bandura propose d'identifier les facteurs qui prédisent l'intention comportementale. En outre, elle prend en compte l'environnement social de l'individu et l'ajoute aux autres facteurs prédictifs du changement de comportement :

- Les attentes de contrôle. Ce sont les capacités perçues d'un comportement à produire des conséquences : « arrêter de fumer peut réduire mes chances de développer un cancer des poumons ».
- L'auto-efficacité. « J'ai confiance en mes capacités à arrêter de fumer ».
- Le renforcement du comportement par ses conséquences. Par exemple, l'individu est moins anxieux après avoir fumé bien que ce phénomène puisse être inconscient.
- Les variables sociocognitives. Les individus sont insérés dans un monde social qui les influence. « Qu'est-ce que mes amis vont penser si jamais je n'arrive pas à arrêter la cigarette ? »

Enfin, dans sa théorie du processus du comportement de santé, Schwarzer ajoute une dimension temporelle. L'intention comportementale et les étapes d'action et de maintenance du comportement sont distinctes.

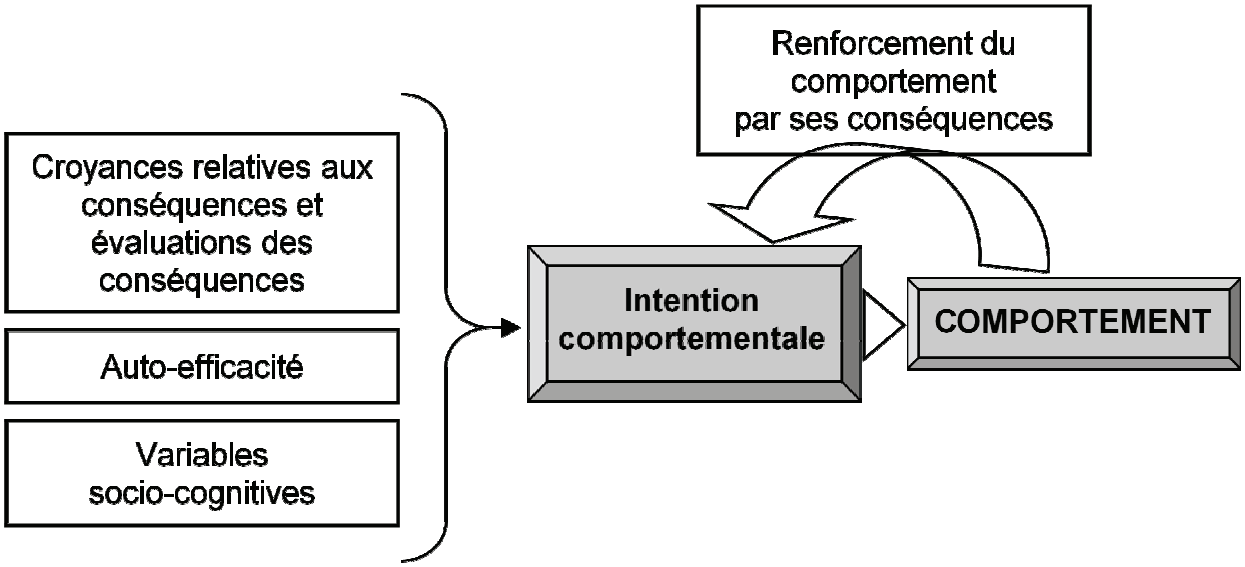


Figure 9 : Les théories sociales cognitives d'après [P14].

6.4) Le modèle transthéorique

Le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente se propose de faire la synthèse des nombreux modèles cognitifs qui étudient l'adoption d'un comportement. Il décompose le processus de changement comportemental en six phases le long d'une spirale d'évolution :

- La précontemplation. Les individus n'ont pas l'intention de modifier leur comportement dans un avenir proche.
- La contemplation. Les individus envisagent de modifier leur comportement mais restent dans l'incertitude face au changement.
- La détermination. Les individus se préparent à agir mais le retour en arrière est possible.
- L'action. Les individus modifient leur comportement sur le court terme. C'est alors qu'ils encourent le plus grand risque de retomber dans leur comportement antérieur.
- Le maintien. Les individus adoptent le nouveau comportement sur le moyen et le long terme.
- La rechute. Les individus reviennent à un stade précédent mais conservent cependant le bénéfice de l'expérience du changement de comportement. [W38]

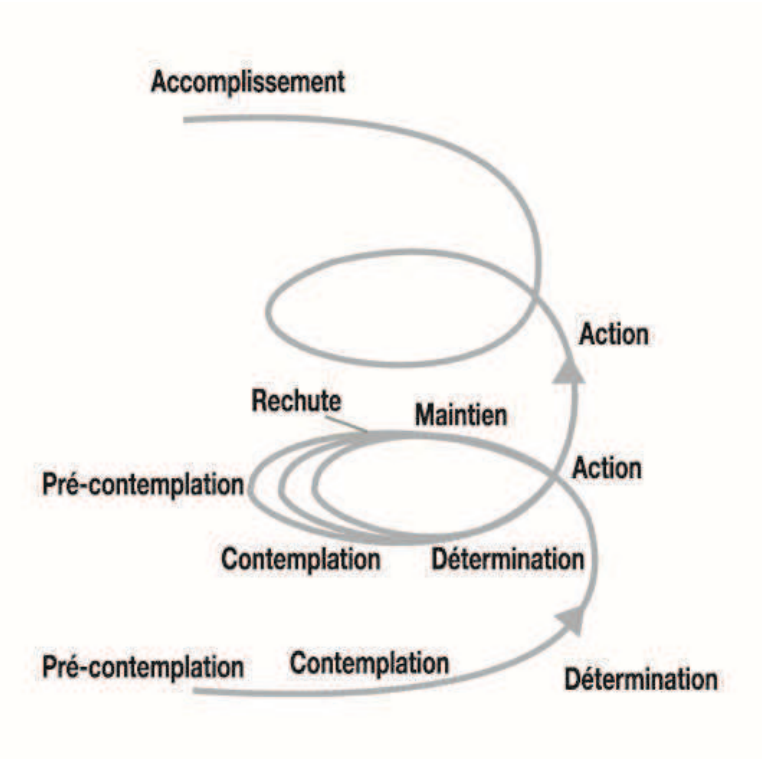


Figure 10 : Modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente. [W39]

Le modèle en spirale propose donc une dynamique dans l'apparition des diverses phases du processus de changement de comportement.

7) Education du patient : l'application des théories cognitives sur les comportements de santé

Comme nous l'avons vu, l'éducation du patient a pour objectif de lui inculquer un savoir, un savoir-faire et un savoir-être. Dans les domaines préventifs ou curatifs de la santé, pour des pathologies aiguës ou chroniques, l'éducateur doit obtenir du patient l'adoption d'un comportement approprié. Il peut être un comportement de précautions ou de réponse au traitement.

De nombreuses études sur les changements de comportement ont été menées. Elles ont pour base les différents modèles cognitifs que nous avons vus. Il en ressort plusieurs points : [P14]

- Les meilleurs facteurs prédictifs semblent être :
    - La vulnérabilité perçue,
    - La gravité perçue,
    - Les bénéfices de l'adoption du comportement par rapport aux coûts qu'il engendre,
    - L'environnement social de l'individu,
    - Et surtout l'auto-efficacité, c'est-à-dire la confiance en ses capacités à changer de comportement.
- Cependant, il est d'autant plus efficace d'adapter et d'affiner le modèle général à l'individu en ajoutant d'autres facteurs prédictifs.
- L'élévation du niveau de connaissance du patient sur la pathologie, le traitement ou les précautions associées augmente la probabilité d'adoption du nouveau comportement.
- Susciter la peur semble avoir un effet contre-productif. Ce facteur amène l'individu à se focaliser sur la peur plutôt qu'à changer de comportement.

Il est donc essentiel de prendre en compte ces corrélations dans le domaine de l'éducation du patient. Le pharmacien doit :

- connaitre les meilleurs facteurs prédictifs,

- adapter ces facteurs à l'individu de façon plus personnelle grâce à l'écoute active,
- inculquer des connaissances au patient en faisant usage d'une technique pédagogique appropriée.

De surcroît, il est possible d'adapter la méthode éducative en situant le patient dans la dynamique du modèle en spirale de Prochaska et DiClemente. En effet, pour chaque étape du modèle, il est possible de définir des réponses à apporter au patient (Tableau 2).

ETAPE	ETAT DU PATIENT	REPONSE A APPORTER AU PATIENT
Précontemplation	Le patient n'a pas l'intention de modifier son comportement dans un avenir proche	Elever le niveau de connaissances en apportant les informations sur les bénéfices du changement, la vulnérabilité et la gravité.
Contemplation	Le patient envisage de modifier son comportement mais reste dans l'incertitude face au changement	Définir les coûts et les bénéfices du changement.
Détermination	Le patient se prépare à agir mais le retour en arrière est possible	Assister le patient dans la définition d'objectifs et la constitution d'un plan d'action. La notion d'auto-efficacité est primordiale à cette étape.
Action	Le patient modifie son comportement sur le court terme	Assister le patient en valorisant ses compétences et en lui faisant prendre conscience des bénéfices effectifs.
Maintien de l'action	Le patient adopte le nouveau comportement sur le moyen et le long terme	Encourager le patient au maintien de l'action et éviter les rechutes.
Rechute	Le patient revient à un stade précédent mais il ne perd pas les progrès effectués	Rassurer le patient, redéfinir les bénéfices et les coûts du changement et assister la constitution d'un nouveau plan d'action.

Tableau 2 : Application du modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente [d'après W38]

8) Les outils de communication

Dans son approche pédagogique du patient, le pharmacien peut recourir à des outils adaptés pour atteindre les objectifs éducatifs. Ces outils permettent d'informer le patient mais surtout d'obtenir son adhésion puis son changement de

comportement. De plus, leur utilisation pourrait éventuellement faire gagner un temps précieux au pharmacien d'officine. Nous nous intéresserons à ces outils dans la troisième partie de cette thèse.

CHAPITRE 3 : Loi HPST, pharmacien d'officine et missions d'éducation

Dans cette partie, nous étudierons plus en détail plusieurs missions édictées par l'article 38 du titre II de la loi HPST et qui nécessitent des qualités d'éducateur de la part du pharmacien. Nous restreindrons l'étude à l'aspect communicatif de la relation liant le pharmacien d'officine à ses patients dans le cadre de la politique de santé publique. Les autres aspects de la communication entre le pharmacien et ses patients, ou encore la communication entre le pharmacien et les autres professionnels de santé, sortent du cadre de cette thèse. Les missions de l'article 38 répondant au cadre de cette thèse sont :

- La mission 1 : Contribution aux soins de premier recours (détaillés dans l'article 36),
- La mission 5 : Participation à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients,
- La mission 7 : Rôle de pharmacien correspondant au sein de l'équipe de soins sur désignation par le patient,
- La mission 8 : Propositions de conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

1) Mission 1 de l'article 38 : contribution aux soins de premier recours

Les officines de pharmacie sont des lieux aisément accessibles pour les patients. En tout point du territoire, la population peut demander conseil à son pharmacien et obtenir un avis éclairé, objectif et gratuit dans le domaine de la santé. Il est de ce fait naturel que le pharmacien participe aux soins de premier recours. Au regard de l'article 36, les soins de premier recours répondent à plusieurs prérogatives de santé publique que nous allons détailler ci-dessous.

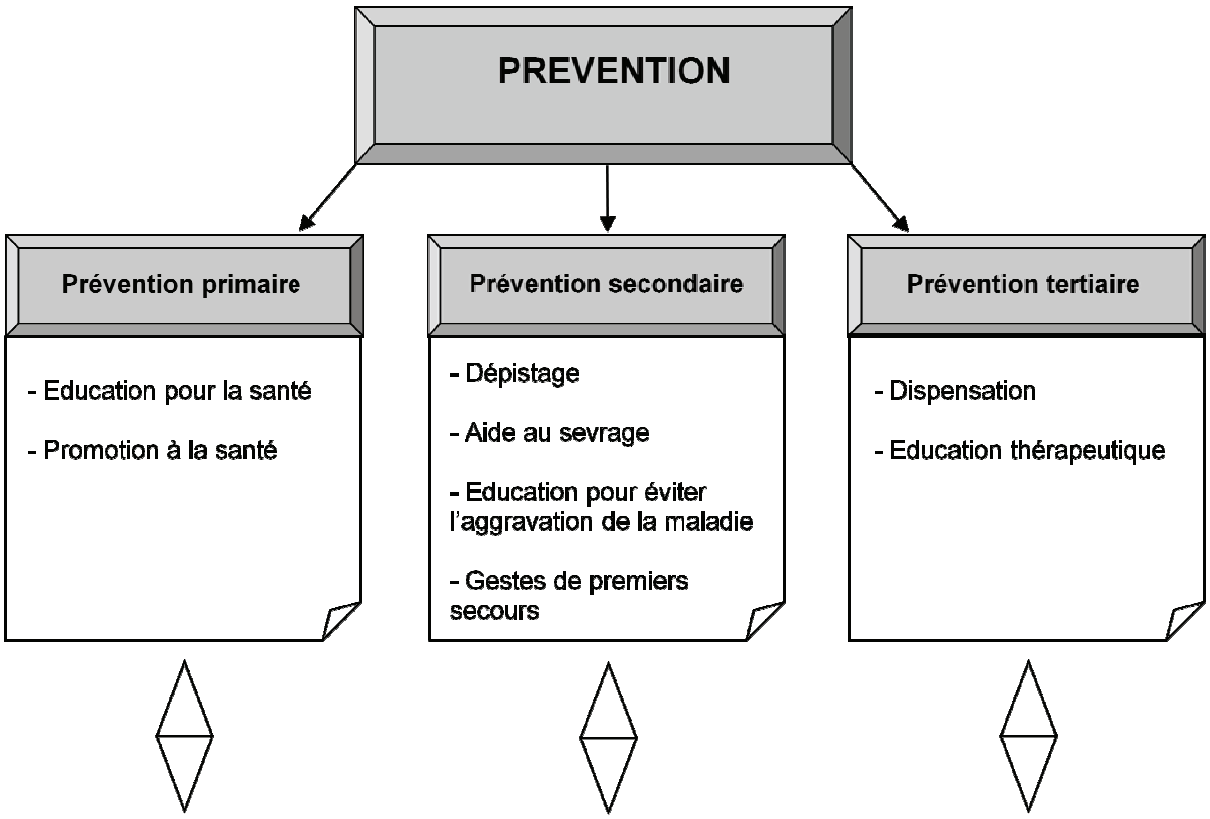
1.1) Prévention, dépistage et promotion à la santé

La prévention, selon la définition de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), est une notion très vaste qui se décompose en trois niveaux d'actions :

- la prévention primaire a pour but de diminuer l'incidence d'une pathologie dans la population,

- la prévention secondaire permet le dépistage précoce d'une pathologie qui s'installe chez le patient,
- la prévention tertiaire a pour objectif de freiner la progression d'une pathologie déjà installée chez le patient. [W40]

La figure 11 synthétise les domaines d'application de la prévention et les différentes notions introduites par la prévention en santé publique. [P15]



Domaines d'application			
	Alcool, tabac, drogues (éducation et information sur les dangers)	Addiction à l'alcool, tabac, autres drogues (aide au sevrage)	Diminution du risque iatrogène
	Nutrition (prévention de l'obésité, hypercholestérolémie, diabète, maladies cardio-vasculaires...)	Maladies chroniques : diabète, insuffisance rénale chronique, obésité… (éducation, dépistage)	Promotion du bon usage du médicament
	Environnement (pollution atmosphérique, maladies respiratoires, qualités des eaux, précautions lors de canicule…)	Cancers (information sur le dépistage, éducation)	Amélioration de la qualité de vie des personnes malades atteints de maladies chroniques
	Accidents et traumatismes (Préventions des accidents domestiques, médicaments et vigilance…)	Accidents et traumatismes (gestes de premier secours, éducation)	…
	Vaccination	Maladies infectieuses (éducation)	
	Hygiène	…	

Figure 11 : Les trois niveaux de prévention et leurs domaines d'application en matière de santé publique à l'officine.

Les notions de dispensation et d'éducation thérapeutique englobées par la prévention tertiaire seront traitées ultérieurement dans la thèse. Posons trois définitions essentielles à la compréhension des préventions primaire et secondaire :

- Définition de l'éducation pour la santé : Education se situant en amont de la maladie et s'intéressant aux comportements de santé et au mode de vie actuel ou potentiel du patient. Il s'agit d'une culture de santé à acquérir dans les domaines de l'alimentation, de l'hygiène, des comportements d'addiction. [P15]
- Définition de la promotion à la santé : Processus qui confère aux individus les moyens d'assurer une plus grande maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens pour l'améliorer. [W41] L'éducation à la santé est l'un de ces moyens.
- Définition du dépistage : Mise en évidence d'une pathologie avant l'apparition des symptômes.

La réalisation d'un projet professionnel cohérent et la proposition de mesures économiques autour des articles 36 et 38 de la loi HPST, ont mené les représentants ordinaux, syndicaux et étudiants de la profession à former un groupe de travail. Les réunions et échanges de ce groupe de travail ont abouti à un consensus rapporté par Michel Rioli. Dans le cadre de la prévention, un « rendez-vous santé » à l'officine y est proposé : c'est un rendez-vous qui concernerait les patients n'envisageant pas de consulter leur médecin puisqu'ils ne se sentent pas malades. Ceci permettrait d'éviter les retards au diagnostic par défaut de dépistage des pathologies lourdes coûteuses à l'Etat et la mise en œuvre de mesures individuelles. Le rapport Rioli propose des contenus envisageables de rendez-vous santé :

- Tests de dépistage : Diabète, insuffisance rénale chronique, mesure de pression artérielle, bilan lipidique, asthme, surpoids et obésité, BPCO…
- Conseils hygiéno-diététiques (nutrition, stress…)
- Prévention des cancers par l'information sur la détection précoce du mélanome, la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme…
- Suivi des vaccinations et incitations aux rappels

tout ceci moyennant une formation du pharmacien à l'écoute, à l'éducation pour la santé et aux pratiques cliniques préventives. [W32]

Le message préventif du pharmacien contribue donc à promouvoir la santé des patients et à générer potentiellement des économies si la politique de prévention est conduite de façon pertinente.

1.2) Diagnostic, traitement, suivi des patients et orientation dans le système de soins

Habituellement attribué au seul médecin, le diagnostic est cité dans l'article 36 au même titre que les autres composantes des soins de premier recours. Ce terme est à prendre avec discernement pour le pharmacien qui doit limiter son activité diagnostique à la constatation aisée de symptômes et à l'écoute active du patient. Les pathologies concernées sont uniquement les pathologies bénignes. Si la pathologie sort du champ de compétence pharmaceutique, le pharmacien doit alors réorienter le patient dans le système de soin.

Nous avons pu voir précédemment que les médicaments conseil étaient de plus en plus nombreux dans les officines et que le pharmacien s'attribuait progressivement un rôle de prescripteur de la pathologie bénigne. La médication officinale est en plein essor et s'inscrit directement dans la gestion des soins de premier recours.

Le rapport Rioli propose la mise en place d'entretiens pharmaceutiques pour asseoir ce réflexe patient-officine et la gestion du premier risque pathologique. Les entretiens pharmaceutiques ont pour finalité d'éviter l'automédication et de favoriser la médication officinale, d'éviter les consultations médicales inutiles et la sollicitation outrancière des hôpitaux. Ces actes nécessitent des traces écrites favorisant le suivi des patients et l'amélioration de l'observance. L'éducation thérapeutique du patient (que nous traiterons ultérieurement) peut être initiée lors de ces entretiens. [W32]

1.3) Dispensation et conseil pharmaceutique

La dispensation du médicament est un acte exclusivement pharmaceutique et se décompose en trois phases : [P15]

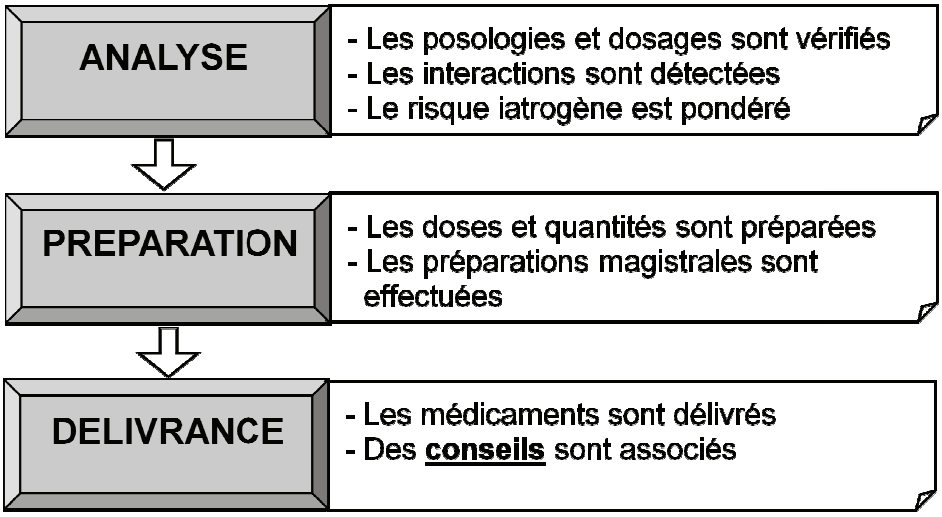


Figure 12 : La dispensation en officine de pharmacie.

Le conseil pharmaceutique est une notion de communication qui se différencie de la simple information. Comme nous l'avons vu précédemment, l'individu informé n'adopte pas nécessairement un comportement raisonnable et rationnel. Le pharmacien est le professionnel de santé le mieux placé pour conseiller son patient sur le bon usage du médicament. Le conseil pharmaceutique est un devoir : il conditionne l'observance et fait partie de l'éducation thérapeutique du patient. Le pharmacien doit adopter des stratégies communicatives de conseil afin d'orienter au mieux son patient et obtenir de lui l'adhésion escomptée au traitement. [P16]

2) Mission 5 de l'article 38 : participation à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients

Selon l'OMS, « l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec leur maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. ». [W42]

2.1) Objectifs de l'éducation thérapeutique du patient [W42]

L'éducation thérapeutique ne se résume pas à la dispensation d'informations et de conseils isolés. C'est un processus continu et organisé qui confère des capacités d'auto-soins et des compétences d'adaptation au patient. Les proches du

patient peuvent également recevoir une éducation thérapeutique s'ils le souhaitent, et si le patient souhaite les intégrer dans la gestion de sa maladie.

Les compétences d'auto-soin correspondent à la mise en pratique du savoir et du savoir-faire acquis par le patient lors du processus d'éducation thérapeutique. Ce sont par exemple :

- Soulager les symptômes,
- Prendre en compte les résultats d'une auto-surveillance, d'une auto-mesure,
- Adapter des doses de médicaments, initier un auto-traitement,
- 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 correspondent au savoir-être acquis par le patient. L'aspect psycho-affectif s'ajoute ici au savoir et au savoir-faire. Les compétences d'adaptation confèrent au patient la maîtrise de son affect et l'esprit critique dont il a besoin face à la pathologie et à son état. Ce sont par exemple :

- 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.

2.2) Les offres d'éducation thérapeutique [W43]

Il existe plusieurs offres d'éducation thérapeutique :

- L'éducation thérapeutique initiale est proposée au moment de l'annonce du diagnostic au patient atteint d'une maladie chronique, mais peut se faire à

tout autre moment de la maladie si aucune proposition n'a été formulée auparavant.

- Si les objectifs éducatifs ont été atteints, l'éducation thérapeutique de suivi régulier est proposée. Cette éducation permet de consolider les compétences acquises par le patient et de l'encourager dans ses projets de vie.
- En cas de difficultés d'apprentissage, de modifications de l'état de santé du patient ou lors du passage de l'enfance à l'adolescence, une éducation de suivi approfondi est nécessaire.

Chacune de ces offres comprend :

- Un diagnostic éducatif individuel (connaître le patient et ses besoins pour adapter l'éducation ultérieure)
- Des séances d'éducation thérapeutique, individuelles ou collectives
- Une séance individuelle d'évaluation des compétences acquises par le patient, et de changements observés chez le patient
- La coordination des différents intervenants autour du patient.

2.3) Les éducateurs

Le processus d'éducation thérapeutique est pluridisciplinaire et implique la formation de réseaux professionnels coordonnés. Le décret N°2010-904 du 2 août 2010 stipule que l'équipe éducative doit comprendre au moins un médecin (ou être coordonnée par un médecin) et que le programme d'éducation thérapeutique doit être mis en œuvre par au moins deux professionnels de santé de professions différentes. Les maladies chroniques concernées sont les trente affections de longue durée exonérant du ticket modérateur, l'asthme, les maladies rares et les problèmes de santé considérés comme prioritaires au niveau régional. [W44] Le décret N°2010-906 oblige les professionnels dispensant l'éducation thérapeutique aux patients à suivre une formation théorique et pratique d'au moins quarante heures. Durant cette formation, les professionnels acquièrent « des compétences relationnelles, pédagogiques et d'animation, méthodologiques et organisationnelles, biomédicales et de soins ». [W35]

Les éducateurs peuvent être des professionnels de santé :

- Infirmiers,
- Médecins,
- Pharmaciens,
- Dentistes,
- Kinésithérapeutes,
- Ergothérapeutes,
- Psychologues,
- Diététiciens,
- Podologues…

mais également des patients, associations de patients, assistants sociaux, éducateurs en activités physiques adaptées…

2.4) Education thérapeutique et qualités pédagogiques

Comme le suggère la figure 13 construite à partir du référentiel de mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique de la HAS et de l'INPES, la démarche communicative est centrée sur le patient et lui confie la place d'acteur de sa propre santé. Il est évident que le discours éducatif doit être adapté aux capacités de compréhension et d'apprentissage du patient. [W43]

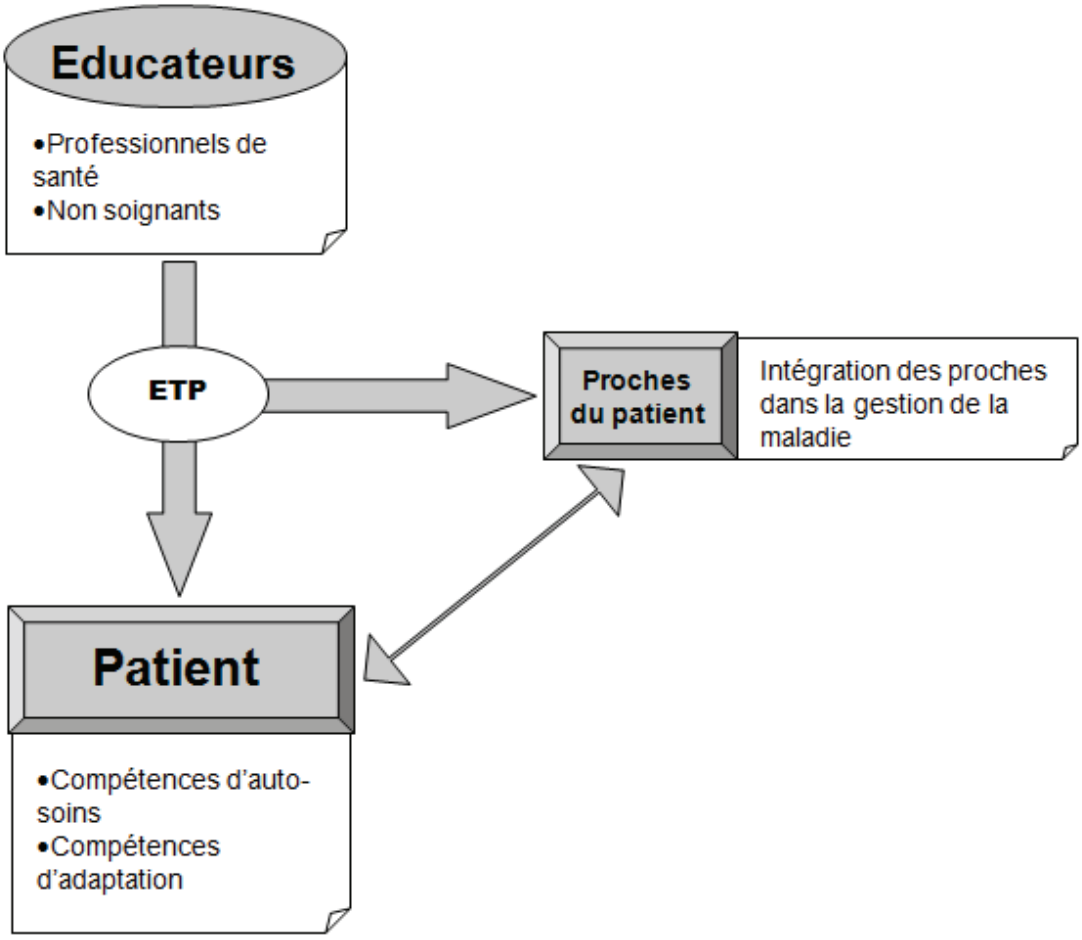


Figure 13 : L'éducation thérapeutique du patient : éducateurs, destinataires, objectifs. [d'après W43]

L'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient, détaille dans son tableau annexe les qualités pédagogiques à mettre en œuvre pour éduquer au mieux le patient :

- « Identifier les besoins, notamment d'apprentissage, du patient, y compris les attentes non verbalisées »
- « Adapter son comportement et sa pratique professionnelle au patient et son entourage »
- « Communiquer et développer des relations avec le patient afin de le soutenir dans l'expression de ses besoins de santé »
- « Acquérir et développer une posture éducative, notamment pour négocier des objectifs éducatifs partagés avec le patient »
- « Utiliser les outils pédagogiques adaptés et gérer l'information et les documents nécessaires au suivi de la maladie »

- « Evaluer la démarche éducative et ses effets, et apporter en conséquences des ajustements »
- « Adapter la démarche éducative aux situations interférant dans la gestion normale de la maladie » [W45]

Afin de parvenir au résultat éducatif escompté, il est nécessaire de faire appel à de nombreuses notions de communication. Etablissons le tableau 3 en recoupant les données du référentiel de l'HAS et de l'INPES et de l'arrêté du 2 août 2010. [W43] [W45]

	Notions majeures de communication requises	**But dans l'approche communicative du patient**
Comprendre le patient	Ecoute active	Identifier les besoins objectifs et subjectifs du patient
	Reformulation	Identifier les besoins objectifs et subjectifs du patient
	Observation visuelle	Identifier les besoins non-verbalisés du patient
	Questions ouvertes	Accéder au ressenti du patient, analyser son raisonnement
	Questions fermées	Obtenir des précisions du patient
	Empathie	Avoir une attitude non culpabilisante, non disqualifiante et favorisant le climat confiance
	Encouragement	Adopter une attitude positive, augmenter l'adhésion du patient à la démarche éducative et favoriser son implication dans la gestion de la maladie
Eduquer le patient	Clarté informative	Informer le patient pour une compréhension optimale du discours
	Pédagogie	Aider le patient à apprendre à l'aide de formulations adéquates et d'outils pour obtenir l'adhésion et le changement de comportement
	Adaptation	Moduler l'approche éducative en fonction des capacités du patient, de sa culture, de son ressenti, de son mode de vie, de son vécu…
Evaluer le patient	Reconnaissance du savoir, du savoir-faire et du savoir-être	Favoriser l'autonomie du patient et son adhésion au programme d'éducation thérapeutique

Tableau 3 : Notions de communication et éducation thérapeutique du patient.

Le pharmacien d'officine peut s'inscrire dans l'éducation thérapeutique du patient à différents niveau. Il est certain que le pharmacien a toute sa place dans la

promotion du bon usage des médicaments et dispositifs médicaux, et à l'enseignement des compétences d'auto-soins. En tant que professionnel de santé accessible, l'officinal peut également éduquer le patient à la gestion des crises (rechutes, effets secondaires, lassitudes…) et accompagner le patient tout au long de la maladie. Dernier rempart de la chaine de soins, le pharmacien peut reprendre les notions enseignées par d'autres intervenants dans les domaines de la maladie et du traitement. Il peut également détecter et rectifier les notions incomprises par le patient. [P16] Il est évident que la confidentialité des séances d'éducation est un des fondements d'une communication efficace à l'officine. La création d'un espace d'entretien confidentiel est donc nécessaire au sein des locaux. [W43]

2.5) Actions d'accompagnement et programmes d'apprentissage

Dans le titre III de la loi HPST « Prévention et santé publique », l'éducation thérapeutique du patient (article 84) est élevée au rang de priorité nationale. Il est fait mention des programmes d'éducation thérapeutique du patient tels que l'HAS les définit (ce sont des programmes structurés et pluridisciplinaires à l'instar de la définition du référentiel de 2007). Deux alinéas apportent cependant de nouvelles notions quant à la dispensation de l'éducation thérapeutique : les actions d'accompagnement (Art. L.1161-3) et les programmes d'apprentissage (Art. L.1161-5). [W30]

« Les actions d'accompagnement ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie ». Cette composante de l'éducation thérapeutique est en attente de décret.

« Les programmes d'apprentissage ont pour objet l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament le nécessitant ».

Les programmes d'éducation thérapeutique doivent nécessairement s'inscrire dans une coopération entre professionnels de santé. Il serait plus aisé, pour les pharmaciens d'officine n'ayant pas la possibilité d'intégrer des structures coopératives, d'opter pour une éducation thérapeutique indépendante. Les actions d'accompagnement et les programmes d'apprentissage en sont l'exemple.

Notons que pour l'éducation thérapeutique du patient dans son ensemble, la loi HPST interdit le contact direct entre les entreprises se livrant à l'exploitation d'un médicament ou des personnes responsables de sa mise sur le marché et le patient.

De même, il n'est pas possible que ces entreprises élaborent des programmes d'ETP. [W30]

2.6) L'évaluation des programmes d'éducation thérapeutique

2.6.1) L'évaluation pédagogique

Comme nous avons pu le voir précédemment, les programmes d'éducation thérapeutique correspondent à une démarche précise et codifiée par un référentiel. L'évaluation des moyens mis en œuvre tant au niveau pédagogique que financier est donc primordiale. Le modèle d'évaluation formative montre qu'il existe plusieurs liens entre programme de formation, soignants, patients et communauté.

La relation qui nous intéresse en premier lieu est celle qui lie le patient au pharmacien au sein d'un programme d'ETP personnalisé. Dans ce cas, la cible de l'évaluation est « l'impact » de la formation sur le patient en termes d'apprentissage, d'acquis, et de capacités. D'autres évaluations pourraient être envisagées pour quantifier « l'efficacité » d'un programme sur la communauté ou encore « l'efficience » du dispositif en termes de rapport coûts/rendements.

2.6.2) Recommandations de l'HAS [W43]

Les principaux objectifs de l'évaluation individuelle de l'ETP du référentiel de l'HAS de 2007 sont :

- « Permettre au patient d'exprimer son point de vue par rapport au processus éducatif et son organisation. »
- « S'assurer de la pertinence du diagnostic éducatif et de l'acquisition des compétences en fonction des priorités d'apprentissage. »
- « Permettre au patient d'exprimer son vécu de la maladie chronique, sa manière de gérer au quotidien sa maladie. »

Un programme d'éducation thérapeutique personnalisé doit s'accompagner d'une évaluation adaptée et elle-même personnalisée. Il est donc nécessaire de construire une évaluation pour un programme donné et de l'adapter au patient inclus dans le programme.

Le référentiel de l'HAS recommande d'évaluer les compétences acquises par le patient et la satisfaction du patient par un questionnaire. Il propose d'utiliser des

questions fermées, des questions ouvertes et l'observation des gestes en fonction des items à évaluer.

- QUESTIONS FERMEES (vrai/faux, questions à choix multiples, échelle de satisfaction…) :
  - Evaluation de la satisfaction du patient.
  - Evaluation de la compréhension théorique de sa maladie et de son traitement (physiopathologie, psychologie, médicaments et modes d'action).
- QUESTIONS OUVERTES ET ECOUTE ACTIVE DU RECIT :
  - Evaluation des mesures biologiques ou cliniques et de l'analyse des symptômes et situations à risques par le patient.
  - Evaluation des décisions et des conduites qu'il tient face à une situation donnée.
  - Evaluation de ses recherches de solutions et d'objectifs nouveaux à atteindre au cours du temps.
- OBERVATION DES GESTES :
  - Evaluation des gestes et de la manipulation des dispositifs.

3) Mission 7 de l'article 38 : rôle de pharmacien correspondant au sein de l'équipe de soins sur désignation du patient

Le pharmacien d'officine peut être désigné par le patient comme pharmacien correspondant de l'équipe de soin. « A la demande du médecin ou avec son accord, le pharmacien correspondant peut renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médications destinés à en optimiser les effets ». [W30]

Le projet de décret qui fixe les missions du pharmacien correspondant constituait jusqu'alors un sujet conflictuel entre des syndicats de médecins et de pharmaciens. Le décret, publié le 7 avril 2011 au Journal Officiel, précise un protocole d'application liant un patient, un médecin prescripteur et un pharmacien correspondant. Le patient peut choisir un pharmacien correspondant et le médecin prescripteur doit alors préciser le nom du pharmacien correspondant et le rythme du protocole de soins. Ce protocole a une durée maximale d'un an et correspond aux posologies minimales et maximales, et aux prestations à associer selon le produit

prescrit. A la visite du patient à l'officine, le pharmacien correspondant a pour mission d'effectuer le bilan de médication du traitement chronique comprenant les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et l'observance. Les actes notés sur la prescription et sur le dossier pharmaceutique sont :

- les renouvellements du traitement
- les ajustements de posologie (feuille annexée à l'ordonnance, datée, signée et comportant le timbre de l'officine)
- les conseils d'une consultation médicale

Le pharmacien correspondant doit envoyer au médecin prescripteur le bilan de suivi du patient en relation avec le protocole de soins. [W46]

Le protocole d'application est basé sur le volontariat de chacune des parties. Le pharmacien qui s'engage dans une mission de pharmacien correspondant doit régulièrement suivre une formation adaptée. [W47]

Cette nouvelle mission du pharmacien d'officine s'inscrit pour beaucoup dans le cadre des coopérations entre professionnels de santé. Mais elle est également le point de départ de nouvelles prérogatives de communication entre le pharmacien correspondant et son patient. Encore une fois, le pharmacien doit prêter une écoute attentive à son patient. En outre, l'adaptation du traitement, l'observance ou le conseil d'une consultation médicale font partie de l'éducation à prodiguer. « Il n'y a pas de bon conseil sans une bonne écoute, pas de bon usage du médicament sans contrôle de la compréhension et reformulation » [W47].

4) Mission 8 de l'article 38 : propositions de conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes

Nous retrouvons dans la huitième mission de l'article 38 les notions précédemment développées au sujet des soins de premiers recours [W30] : prévention, dépistage et éducation pour la santé. Sous le terme « prestations », il est ici clairement édicté que le pharmacien peut, comme le suggère le rapport Rioli, proposer des « rendez-vous santé » qui concourent à l'éducation pour la santé du patient. Des tests de dépistage (pression artérielle, asthme, obésité, diabète…) peuvent étayer ces prestations pharmaceutiques. [W32]

Encore une fois, rappelons la nécessité d’un espace de confidentialité au sein des locaux de l’officine.

CHAPITRE 4 : Nécessité de rémunérations adaptées

L'intégration du pharmacien dans les nouvelles missions qui lui sont attribuées dans les articles 36 et 38 de la loi HPST demande du temps et de ce fait, un investissement. Il est donc nécessaire de trouver une rémunération compensatoire. Cependant, les dépenses de santé publique sont ajustées dans l'optique d'un sauvetage économique de la Sécurité Sociale. La rétribution du pharmacien pour ses nouvelles missions est donc un sujet discuté.

Le rapport Rioli suggérait déjà en juillet 2009 la mise en place d'une rémunération mixte en maintenant la marge sur les produits et par des honoraires rétribuant les actes pharmaceutiques, missions additionnelles et prestations de services. Selon ce rapport, la cohérence de l'article 38 du titre II de la loi HPST dépendait en partie de ce mode de rémunération. De plus, le système de la marge dégressive lissée est devenu insuffisant et inadapté pour assurer la santé économique des officines. [W32]

En février 2011, le ministre de la santé Xavier Bertrand a saisi l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) pour étudier l'évolution du mode de rémunération des officines. Le rapport de juin 2011 qui a suivi, fait le bilan de la situation professionnelle et économique des officines françaises. Il propose plusieurs pistes de rémunération. [P17]

1) La rémunération des nouveaux services

Pour la rémunération des nouveaux services proposés par les articles 36 et 38 du titre II de la loi HPST, la mission de l'IGAS a retenu un paiement à l'acte. La rémunération serait proportionnelle au temps nécessaire pour rendre le service et prendrait en compte les coûts éventuels associés aux prestations. Cependant, pour exempter ces services de TVA, il serait nécessaire qu'une disposition législative qualifie les pharmaciens de profession paramédicale pour l'exercice de ces services. Les actes des pharmaciens seraient pris en charge par l'assurance maladie et les complémentaires selon le modèle du ticket modérateur et intégrés dans le « panier CMU ». [P17]

2) La rémunération de la dispensation [P17]

Pour instituer de nouvelles pistes de rémunération pour la dispensation des pharmaciens, la mission de l'IGAS établit quatre constats. Il est nécessaire :

- d'adapter la rémunération aux besoins des patients, c'est-à-dire au travail de dispensation qu'ils engendrent.
- d'assurer une meilleure équité entre les officines. En effet, un des effets de la marge dégressive lissée a été de creuser l'écart de taux de marge entre les officines. Celles qui délivrent plus de boites peu chères ont un taux de marge plus élevé pour un même chiffre d'affaire.
- de réduire les conflits d'intérêt engendrés par le paiement à la marge.
- d'affirmer le statut de professionnel de santé du pharmacien. En effet, du fait de la rémunération à la marge, les patients tout comme les médecins ont tendance à avoir du pharmacien une image de commerçant.

Le rapport de l'IGAS propose donc une approche par le travail. Ce mode de rémunération garantirait un niveau et une évolution de la rémunération en fonction de la charge de travail effective liée à la dispensation. De ce fait, les ressources de l'officine ne seraient plus liées aux caractéristiques des produits vendus. Une meilleure équité entre les officines s'établirait donc. De surcroît, pour les pouvoirs publics, ce mode de rémunération garantirait que les sommes engagées pour la dispensation soient distribuées aux officines en fonction des besoins de la patientèle.

La quantification du travail à fournir pourrait prendre en compte les ordonnances traitées, le nombre de lignes par ordonnance et les caractéristiques particulières de la dispensation de certains produits. Les interventions auprès du médecin et les refus de délivrance pourraient donner lieu à une rémunération particulière.

3) La rémunération de la substitution médicamenteuse

Le rapport de l'IGAS suggère également la levée du plafond de 17% de remise sur le prix fabricant hors taxe des génériques. Cette levée inciterait les pharmaciens à substituer. En outre, ces remises supplémentaires profiteraient à terme à la collectivité en contribuant au financement du réseau officinal. [P17]

4) La rémunération en fonction de la patientèle

La mission de l'IGAS propose de moduler la rémunération des officines en fonction des caractéristiques socio-économiques de leur zone d'implantation. En effet, les populations les plus défavorisées demandent une disponibilité plus importante des pharmaciens. Ceci contribuerait à la réduction des inégalités de santé. [P17]

5) Intégration du pharmacien au système de soins et rémunérations adaptées

La figure 14 se propose d'appréhender, de façon théorique, l'intégration du pharmacien d'officine au système de soins. Elle reprend les propositions de rémunération mixte du pharmacien, la nécessité de formation des pharmaciens à la communication et de mise à disposition d'outils de communication. [W32] [P17] [W36]

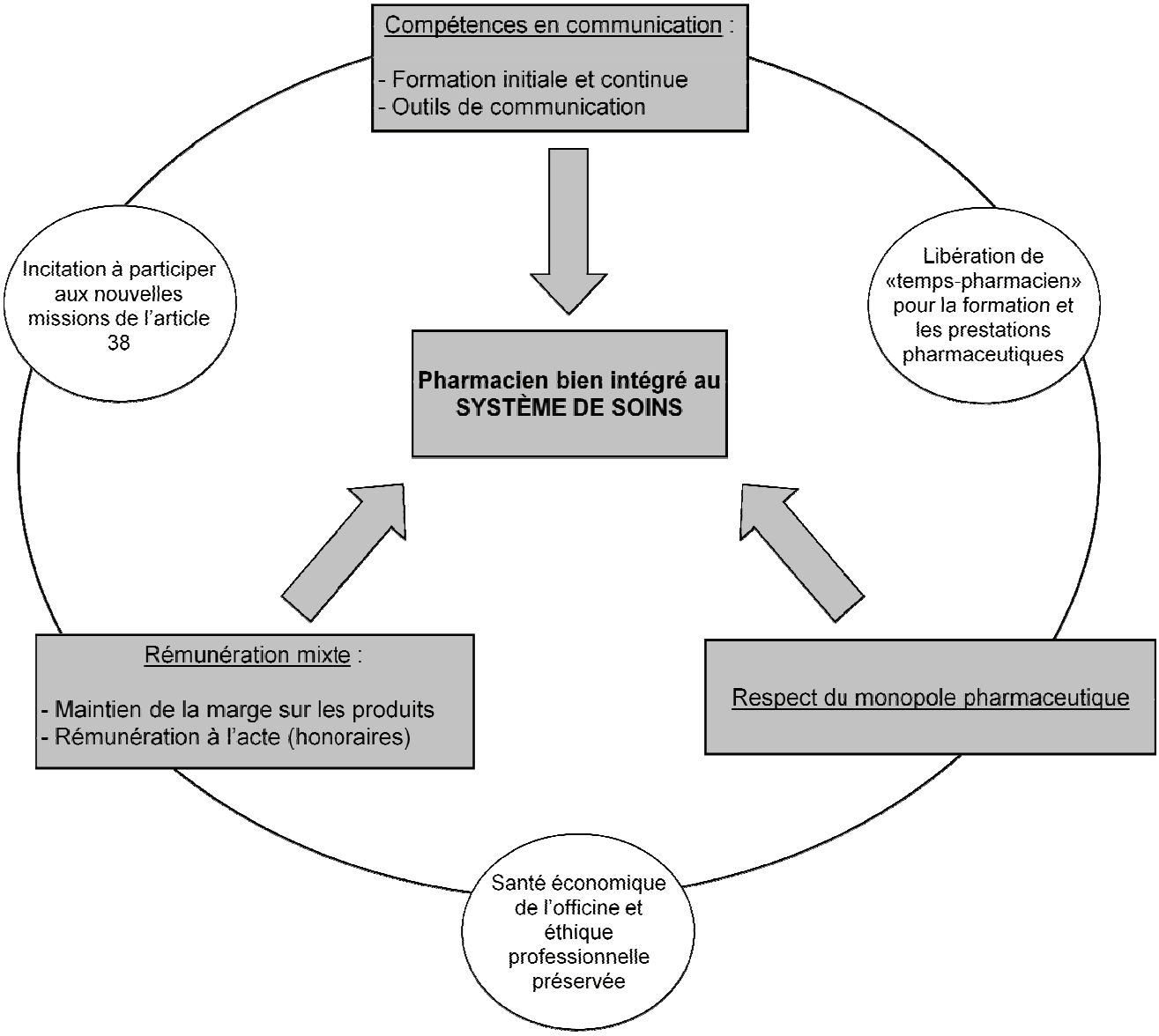


Figure 14 : Intégration du pharmacien au système de soin.

CHAPITRE 5 : Faire vivre la loi HPST : le pôle de santé

Pour centrer l'offre de soins autour du patient de manière optimale, il est possible d'organiser des pôles de santé sur un territoire régional. Cette structure, au service d'une population donnée dans la région, rassemble différents professionnels de santé. Les Agences Régionales de Santé (ARS) proposent actuellement l'expérimentation des « nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ». Les pôles de santé s'inscrivent directement dans cette étude novatrice. Dans cette structure, le pharmacien d'officine peut pleinement faire valoir ses nouvelles missions. [W48]

1) Expérimentation sur les nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé

L'ARS Lorraine a procédé à un appel à candidature auprès des structures d'exercice regroupé et pluri-professionnel constituant une offre de soins de premier recours. Les expérimentations prévues sur une période de cinq ans (2008 à 2012) ont concerné les centres, maisons, pôles et réseaux de santé ayant formalisé un projet de santé sur le territoire lorrain. Les candidats ont pu déposer leur dossier jusqu'au 29 octobre 2010. L'objectif était d'encourager une meilleure coopération entre professionnels, notamment pour la prise en charge des maladies chroniques, et de développer des services innovants pour les patients. Des rémunérations adaptées, selon un mode différent de celui du paiement à l'acte, devaient favoriser la répartition des tâches entre professionnels de santé dans l'offre de soins de premiers recours et d'éducation thérapeutique. [W48] [W49]

1.1) Critères d'inclusion à l'expérimentation

Les conditions à remplir pour qu'un pôle de santé puisse faire partie de l'expérimentation étaient :

- L'exercice pluri-professionnel de premier recours (au minimum deux médecins généralistes et un professionnel paramédical).
- Un projet de santé formalisé prenant en compte les besoins de santé de la population.
- Le témoignage d'un exercice coordonné en interne comme en externe.

- Le témoignage d'une prise en charge globale du patient : de la prévention au suivi.
- L'assurance de la continuité des soins : horaires d'ouverture élargis.
- La mise en place d'un dispositif d'échange d'informations sécurisé.
- L'implication dans la formation des futurs professionnels de santé. [W50]

Pour un pôle de santé, il est à noter que la notion de pathologie précise n'est pas requise : le pôle doit mener ses actions en fonction des besoins de la population dont il gère la prise en charge médicale.

1.2) Types d'expérimentations et modes de financement

Pour une meilleure distribution des soins, l'ARS a proposé deux grands types d'expérimentations pluri-professionnelles aux pôles de santé de la région Lorraine :

- La coordination du suivi et de la prévention,
- La coordination de l'éducation thérapeutique des patients.

L'organisation médicale et paramédicale de ces deux modules expérimentaux appartenait à chacun des pôles de santé participant à l'expérimentation.

1.2.1) Mode de financement du suivi et de la prévention

Le premier type d'expérimentation proposait le versement d'un forfait en début d'année pour l'activité coordonnée des pôles participant à l'expérimentation. Le forfait venait en plus du paiement à l'acte : il était donc conditionné par l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficience. Le forfait était calculé en fonction de la taille de la patientèle des médecins généralistes et du nombre de professionnels de santé impliqués dans la structure. Le forfait versé au pôle était ensuite réparti librement entre les différents professionnels de santé qui participaient aux missions coordonnées de prévention ou de suivi des patients.

Des objectifs définis par l'ARS visaient à évaluer l'apport de l'exercice coordonné à la qualité des soins et à l'efficience des pratiques (rapport entre la somme engagée et la pertinence médicale de l'intervention). Afin de juger de l'atteinte des objectifs, des indicateurs quantitatifs et qualitatifs ont été proposés par l'ARS. Parmi eux, la structure devait choisir certains indicateurs en fonction de ses priorités d'action. Le retour des données à l'ARS était obligatoire pour l'évaluation de l'expérimentation. [W51]

1.2.2) Mode de financement de l'éducation thérapeutique

Le deuxième type d'expérimentation était relatif à l'éducation thérapeutique du patient. Comme nous avons pu le voir précédemment, l'éducation thérapeutique du patient répond à des exigences particulières : composition de l'équipe, validation de programmes, locaux dédiés. La priorité nationale non exclusive porte sur la BPCO et l'asthme, le diabète de type I et II, l'insuffisance cardiaque et l'HTA.

Trois types de forfaits rémunérateurs ont été envisagés par l'ARS :

- Le forfait par programme et par patient, calculé en fonction du nombre de séances d'ETP allouées au patient. La répartition entre les professionnels de santé est libre, ce qui revient à un paiement à l'acte autogéré. Un cofinancement par l'assurance maladie complémentaire est possible.
- Un forfait pour l'élaboration initiale de chaque programme d'ETP.
- Un forfait de formation par professionnel de santé.

A nouveau, un retour de données est obligatoire. Ces données comprennent notamment :

- Le pourcentage de patients terminant le programme.
- Le pourcentage de patients ayant atteint les objectifs d'acquisition des connaissances.
- Le pourcentage de satisfaction des bénéficiaires en termes de modalités de l'enseignement et d'acquisition des connaissances. [W52]

2) <u>Exemple du Pôle de Santé du pays de Revigny</u>

2.1) <u>Les professionnels</u>

Le Pôle de Santé du pays de Revigny (Meuse) a été créé le 5 mars 2010 dans le cadre d'une association loi 1901. Il comprend 34 professionnels de santé : [P18]

- Les médecins, dont certains exercent au sein de la maison médicale de Revigny.
- Les pharmaciens des deux officines de Revigny et une volonté d'inclure les préparateurs en pharmacie aux missions.
- Les infirmières libérales.

- Les dentistes.
- Les kinésithérapeutes.
- Le podologue.
- L'orthophoniste.
- L'opticienne.

2.2) Le projet de santé

Le pôle de santé du pays de Revigny a déposé un projet de santé à l'ARS, par l'intermédiaire d'un dossier décrivant :

- l'état de la population territoriale,
- les professionnels de santé,
- la composition du pôle de santé,
- l'organisation des soins (locaux, horaires…)
- les stages proposés aux étudiants par les différents professionnels de santé du pôle.
- le projet de coordination des soins. [P18]

2.3) Le partage d'informations

Le fichier-patients de la maison médicale de Revigny est utilisé pour recueillir et compiler les informations sur les patients.

Le projet prévoit l'adhésion de tous les professionnels de santé du pôle au système APICRYPT développé par l'association APICEM (Association pour la Promotion de l'Informatique et de la Communication en Médecine). Ce système est un procédé de cryptage des données médicales confidentielles circulant par messagerie. Ainsi, chaque donnée envoyée est rendue inexploitable sans clé de décodage. En outre, tout courrier électronique concernant un patient en particulier se rattache automatiquement à son dossier informatique. [W53]

2.4) Les priorités d'actions

Dans son projet de santé, le pôle de santé du pays de Revigny a répertorié ses priorités d'actions :

- Améliorer la prise en charge des diabétiques, des hypertendus, des personnes cardiaques, des toxicomanes, des personnes souffrant de BPCO.

- Maintenir les personnes âgées dans leur milieu.
- Obtenir une meilleure couverture vaccinale.
- Améliorer le dépistage des cancers et de la BPCO.
- Accélérer la reprise du travail des patients souffrant de lombalgies ou de troubles musculo-squelettiques.
- Informer la population des recours en urgence lors des heures d'ouverture du cabinet médical.
- Offrir une meilleure prise de conscience de la population pour l'hygiène bucco-dentaire.
- Faire connaître aux professionnels de santé la nature et les conséquences des troubles en orthophonie. [P18]

Afin de répondre à chacun de ces objectifs, plusieurs actions coordonnées sont définies. Ces actions coordonnées correspondent au suivi, à la prévention et à l'éducation thérapeutique des patients. Les actions d'éducation thérapeutique seront coordonnées par un médecin et un pharmacien. Les deux coordinateurs ont respectivement été formés à l'ETP par ICALOR (réseau d'Insuffisance Cardiaque en Lorraine) et EDULOR (association pour le développement de l'éducation thérapeutique en Lorraine). D'autres professionnels sont actuellement formés à l'ETP par la MSA ou ICALOR en 2011.

Pour exemple, la figure 15 montre les objectifs et actions relatifs au diabète tels qu'ils sont présentés dans le Projet de Santé du Pôle de Santé du Pays de Revigny.

1. Diabète

Objectif :

- Améliorer la prise en charge des diabétiques.

Actions :

- Meilleure coordination des soins, voir avec le réseau pour les bilans annuels (cardiologue, ophtalmologiste) ;

- Notifier le taux d'hémoglobine glycquée sur les ordonnances afin que les autres professionnels de santé (pharmaciens, infirmiers) renouvellent des conseils sur la thérapeutique et la diététique si le taux est >7% ;

- Lorsqu'il s'agit d'un patient sous antidiabétique oral et qu'il possède une ordonnance pour 3 mois, le pharmacien possédera un questionnaire (élaboration d'un référentiel) et lui prendra sa tension artérielle ;

- S'il s'agit d'un diabétique insulinodépendant, prévoir le passage régulier d'une infirmière (vérifier les taux de glycémies, conseils, prise de tension artérielle, recherche de plaies…) au décours des 3 mois;

- Ordonner 3 ou 4 dosages d'hémoglobine glycquée (ordonnance type annuelle). L'infirmière incitera le patient à effectuer ces contrôles et les reprogrammera au besoin ;

- Développer l'auto mesure, même pour les patients sous antidiabétiques oraux (pharmaciens, infirmières) ;

-Mettre en place des consultations diététiques décentralisées avec accès direct (à voir avec une diététicienne libérale ou en réseau) ;

- Prévoir une visite annuelle chez le podologue ;

- Prévoir une consultation dentaire annuelle ;

- Améliorer le dépistage au sein des pharmacies et envoi vers les médecins si taux anormaux ;

- Formation des professionnels de santé aux nouvelles thérapeutiques ;

- Mise en place d'ateliers d'éducation thérapeutique (médecins, infirmières, podologue, pharmaciens, kinésithérapeutes et opticienne) ;

-Mise en place par la CODECOM d'un point de collecte des déchets médicaux (seringues et aiguilles) à la déchetterie en collaboration avec les pharmacies au service des patients diabétiques.

Figure 15 : Le diabète : objectifs et actions du Pôle de Santé de Revigny. [P18]

Conclusion

La loi HPST offre de nouvelles missions au pharmacien d'officine. Education, prévention, suivi et soins de premiers recours sont les maîtres mots qui définissent le rôle nouvellement attribué au pharmacien dans le système de soins. L'offre de soins, désormais distribuée autour du patient, engage le pharmacien dans une relation d'éducation et de promotion à la santé. Une formation plus poussée dans le domaine de la communication et la possibilité de disposer d'outils de communication sont des besoins évidents pour que le pharmacien intègre au mieux sa place d'éducateur. L'expérimentation de rémunérations adaptées au nouvel exercice officinal demeure également une condition indispensable à la réussite de ce modèle de soins. Le modèle du pôle de santé semble constituer un projet expérimental ambitieux et pertinent. Il permet d'évaluer les différentes composantes d'un nouveau système de soins : la coopération interprofessionnelle, l'efficience du modèle et de nouveaux modes de rémunérations.

TROISIEME PARTIE

Les outils de communication, une nécessité pour le pharmacien d'officine dans le cadre de ses nouvelles missions

Comme nous avons pu le constater, la loi HPST organise le système de soins autour du patient et fait de lui un acteur de sa propre santé. En outre, les articles 36 et 38 redéfinissent la profession de pharmacien d'officine et ouvrent de nouvelles perspectives à son exercice. Dès lors, il incombe au pharmacien d'user de pédagogie à l'égard de ses patients pour remplir pleinement son rôle d'éducateur. Pour ce faire, le pharmacien doit s'appuyer sur différents outils de communication. Du passage devant la vitrine au retour à domicile, nous allons détailler différents outils de communication que peut employer le pharmacien pour jalonner la visite du patient à l'officine. En outre, nous verrons les acteurs majeurs qui proposent et fournissent de tels outils.

Ces outils de communication peuvent s'inscrire dans :

- L'incitation du patient à communiquer avec son pharmacien, ce qui constitue en soi un apprentissage [W32],
- L'adhésion du patient au message de santé pour obtenir le changement de son comportement.

CHAPITRE 1 : La vitrine

La vitrine constitue l'ouverture de l'officine sur l'extérieur : c'est l'interface entre la pharmacie et les chalands. C'est le levier qui permet au pharmacien de transmettre des messages et d'amener le client à entrer dans l'officine et à demander conseil. La vitrine est un espace personnalisable par le pharmacien et représente par conséquent l'état d'esprit de la gestion de l'officine. La surcharge publicitaire donne l'image d'une pharmacie soumise aux fournisseurs, tandis que les messages de santé publique amènent la population à pénétrer chez un professionnel de santé crédible et compétent. [P19]

En 1993, Laurence Schwing a réalisé une étude traitant de l'impact de la vitrine des officines de pharmacie sur le public. Cette enquête pose notamment la question écrite « D'après-vous, quel doit ou devrait être le rôle de la vitrine » à 133 personnes. 43,5% des personnes interrogées ont fait référence au rôle d'information de la vitrine en matières de santé publique, d'éducation, de prévention, et certaines des personnes interrogées ont même clairement énoncé la notion de pédagogie. [P20]

La vitrine éducative peut s'inscrire dans des thèmes saisonniers (syndromes grippaux en hiver, reprise sportive ou de bricolage au printemps, protection solaire en été…) ou des thèmes intemporels (orthopédie, puériculture, arrêt du tabac, diététique, hypertension artérielle…).

Afin d'interpeller, il est nécessaire de travailler la partie émotionnelle du message :

- Par des formes et les couleurs de présentation simples : elles doivent attirer le regard du passant qui ne consacre que quelques secondes au décryptage d'une vitrine.
- Par le slogan : en quelques mots, le slogan doit évoquer une image forte (une statistique alarmante dans la population par exemple) ou jouer sur les combinaisons de mots ou de sons afin de créer la surprise ou l'amusement (utilisation de figures de style comme la métaphore, les allitérations ou assonances, l'oxymore…). Il peut également revêtir des polices de caractères et des couleurs attirant le regard.

- Par les accessoires du message : objets en rapport avec le message véhiculé, produits pharmaceutiques, symboles…

Pour informer (partie rationnelle du message), on peut insérer :

- Un titre plus explicite que le slogan.
- Un texte explicatif : énumération des principaux conseils relatifs au problème posé en adaptant le vocabulaire utilisé à une compréhension aisée par tout public. Le texte explicatif répond au mode d'interpellation « problème/solution » et fournit une solution partielle au problème posé.
- La mention « demandez conseil à votre pharmacien » avec ou sans texte explicatif au préalable. Cette mention fait le lien avec l'intérieur de l'officine et crédibilise le pharmacien dans son rôle d'éducateur.

La partie informative du message est accessible au passant en arrêt devant la vitrine : son intérêt dépend donc de l'interpellation par la partie émotionnelle. Elle doit cependant se réduire à l'essentiel : un passant ne consacre pas plus d'une minute à décrypter une vitrine devant laquelle il s'est arrêté. [P19]

A titre d'exemple, nous schématisons, sur la figure 16, une vitrine dont le sujet préventif traite du danger et de la protection solaires.

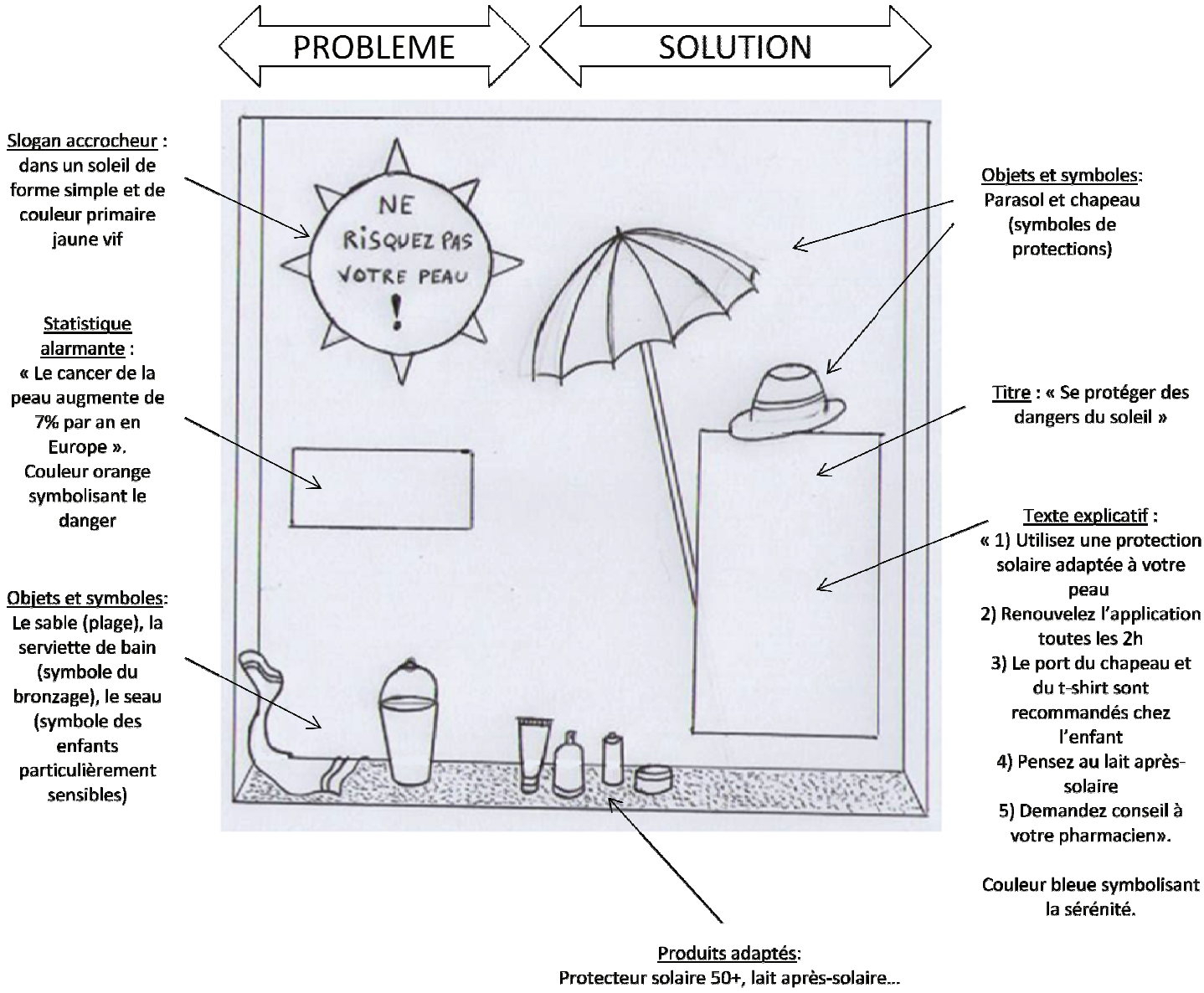


Figure 16 : Exemple d'une vitrine éducative : le danger et la protection solaires.

Afin de rappeler l'importance de l'image du pharmacien véhiculée par la vitrine, le Conseil Central des Pharmaciens titulaires a fait éditer, et distribuer aux officines, une bande-dessinée sur le thème de la communication : « Quelques mots d'Ordre : la communication officinale ». Cet ouvrage sensibilise l'équipe officinale à l'aspect déontologique de la politique de communication d'une officine. Elle met l'accent sur la nécessité de présenter l'officine comme un lieu de conseil, de prévention et de relais de santé publique, et dénonce l'affichage mercantile outrancier. [P21]

CHAPITRE 2 : Locaux et mobilier

Nous traiterons ici de l'intérêt d'adapter l'agencement des locaux de l'officine. Les espaces conviviaux, ou au contraire confidentiels, participent à la promotion à la santé, à l'aide au conseil et au rendez-vous pharmaceutique. Puis nous nous intéresserons aux supports d'information, aux outils informatiques et aux dispositifs d'autotests.

1) Espaces de convivialité

1.1) Affichages et diffusion

Outre l'affichage papier, il est possible de doter l'espace de convivialité d'écrans multimédia afin de sensibiliser les patients en attente à des sujets de santé publique. Ces affichages, ou écrans de diffusion, peuvent faire le relais de la vitrine, aborder d'autres thèmes ou inciter les patients à pénétrer dans un espace de l'officine dédié aux autotests et aux supports d'information. Ils peuvent également mentionner la possibilité d'avoir recours à un rendez-vous pharmaceutique personnalisé afin d'asseoir les nouvelles missions du pharmacien.

A l'heure actuelle, l'espace de convivialité est cependant plus enclin à l'affichage de messages publicitaires : cet espace est dédié par exemple aux dermocosmétiques, aux produits dentaires, à l'aromathérapie ou aux médicaments conseils. En effet, à court terme, ces produits sont sources de rentabilité pour l'entreprise, et se pose ici, à nouveau, la question de la rémunération du pharmacien à l'honoraire. [P22]

Notons cependant que véhiculer plutôt l'image d'un pharmacien d'officine scientifique et compétent, peut avoir pour conséquence d'inciter le patient à demander conseil et de déboucher indirectement sur des ventes de produits adaptés. A moyen terme, l'intégration du pharmacien dans une démarche de santé publique ne va pas à l'encontre de la rentabilité et permet de fidéliser la patientèle. [P23]

1.2) Salle dédiée aux autotests et aux supports d'information

Cet espace, conçu dans une optique de promotion de santé publique, permet au patient de prendre le temps de consulter des brochures et des ouvrages, de

manipuler les outils d'autotests disponibles [W54] et de se confronter à un environnement à l'aspect moins mercantile que l'espace de convivialité jalonné de publicités.

Il existe de nombreux supports d'information pour les patients tels que les brochures, affiches, livres thématiques, CD-rom et DVD. Ces supports trouvent leur place dans cet espace dédié : certains sont gratuits, d'autres payants pour le patient, mais tous se doivent de présenter les problèmes de santé de façon objective et exacte. [W55]

Les autotests sont à l'heure actuelle en plein essor : prise de tension à domicile par tensiomètre électronique, auto-surveillance glycémique capillaire, test de grossesse, débimètre de pointe, balances spécialisées, éthylomètres… Ces dispositifs sont des moyens efficaces de confronter le patient aux maladies et déséquilibres biologiques dont il est atteint, de le responsabiliser, de le rendre acteur de sa santé, et de déboucher sur des conseils pharmaceutiques adaptés. [W54]

2) Espaces de confidentialité

2.1) Notion de proxémie

La proxémie, ou espace interpersonnel, correspond aux distances qui séparent les individus en situation de communication. Ces distances constituent une bulle de confort autour de chaque individu. La situation de franchissement de cette bulle personnelle est alors vécue comme une agression et n'est pas en faveur d'une communication efficace. Bien que ces distances puissent varier d'une personne à l'autre, l'anthropologue E.T. Hall a décrit quatre bulles personnelles qui sont fonctions des rapports entre les individus communiquant :

- L'espace intime : seules les personnes très proches sont autorisées à y pénétrer (jusqu'à 50 cm).
- L'espace privé : c'est la distance à respecter en société pour communiquer confortablement (50 cm à 1,20 m).
- L'espace social : c'est la distance acceptable pour communiquer avec une personne que l'on ne connait pas (1,20 à 3,50 m).
- L'espace public : c'est la distance qui sépare un individu s'adressant à un groupe ou à un auditoire (à partir de 3,50 m). [P24]

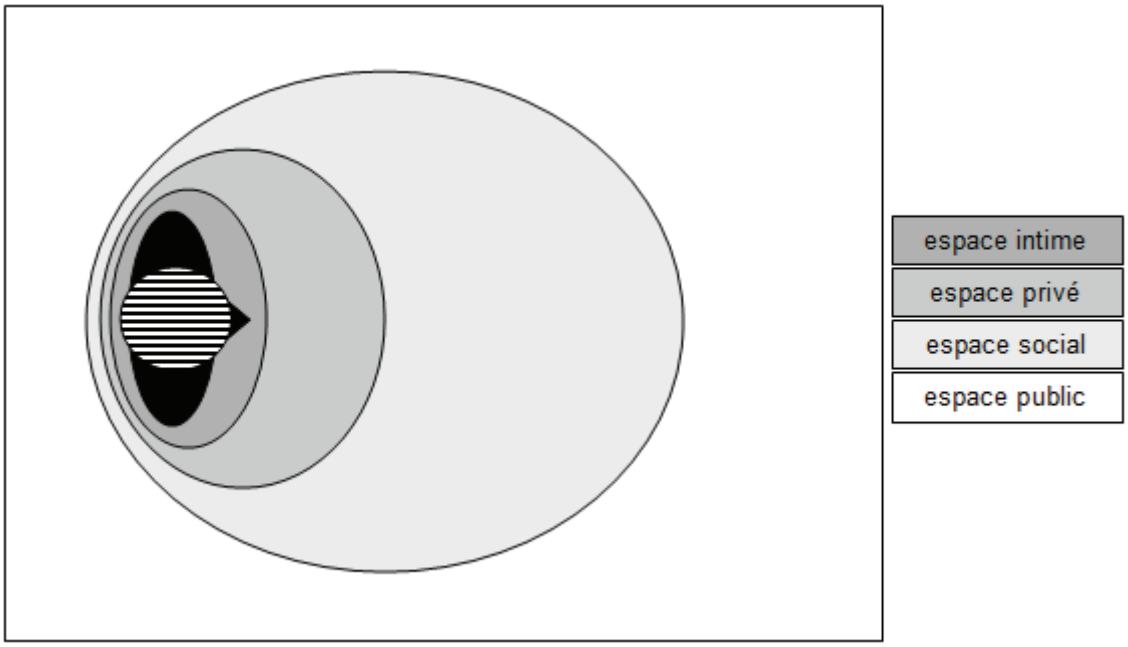


Figure 17 : Les espaces interpersonnels d'après [P24].

Ces distances sont celles d'une bulle personnelle qui se prolonge en avant de la personne. Les distances minimales à respecter sur les côtés et dans le dos sont bien moindres. La relation pharmacien-patient est conditionnée par ces espaces interpersonnels. Elle peut être ressentie par le patient comme un contact agressif si la distance est trop faible ou comme une relation trop distante et froide dans le cas contraire. [P24]

Pour une communication efficace, la notion d'espace interpersonnel impose le respect d'une certaine distance entre le pharmacien et son patient. Mais il est nécessaire, pour le pharmacien, d'asseoir une confidentialité renforcée au regard des nouvelles missions décrites par les articles 36 et 38 de la loi HPST.

2.2) Comptoirs éclatés

Le modèle des comptoirs éclatés est aujourd'hui très répandu dans les officines. Il garantit une certaine confidentialité si l'espace entre les comptoirs est suffisant (deux à trois mètres). Cependant, comme nous avons pu le constater, la configuration pharmacien-patient face à face impose le respect d'une distance d'environ un mètre. Cette distance oblige à élever la voix et peut être gênante dans beaucoup de discussions confidentielles.

Afin de palier à ce problème, le comptoir arrondi ou triangulaire est une bonne alternative : il permet le rapprochement des deux interlocuteurs côte à côte sans créer de malaise dû à la proximité. Ceci permet une conversation beaucoup plus discrète. [P22]

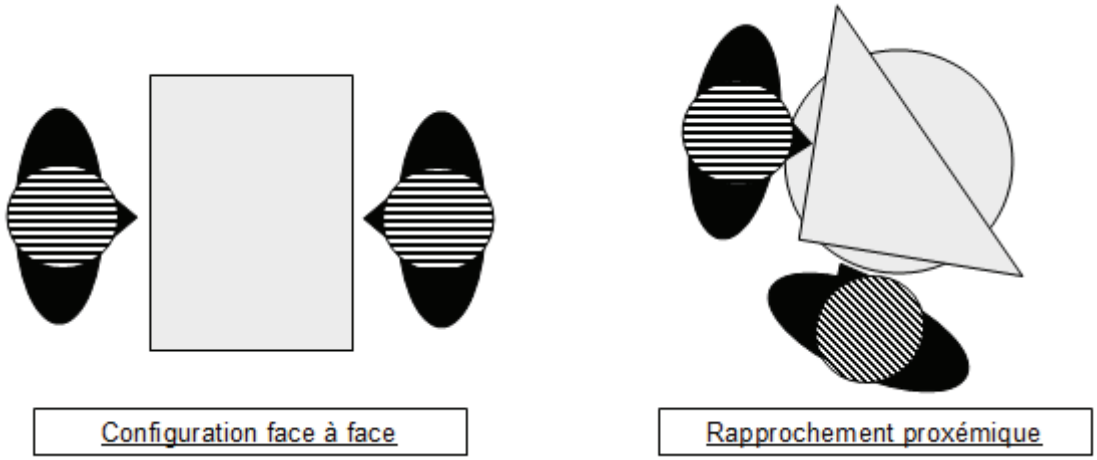


Figure 18 : Configurations de comptoirs et proxémie.

2.3) Salle dédiée au dialogue pharmacien-patient

La salle dédiée au dialogue pharmacien-patient est un moyen de confidentialité optimal. La dispensation des traitements de pathologies chroniques, délicates ou d'ordre intime, sont autant de cas qui requièrent une confidentialité renforcée. [P22] Elle est une nécessité absolue pour la pratique de l'éducation thérapeutique du patient. [W43] En outre, cet espace pourrait constituer le lieu privilégié de certains entretiens pharmaceutiques, et des « rendez-vous santé » à visée préventive, suggérés par le rapport Rioli. [W32]

A l'image de la salle dédiée aux autotests et supports d'information, la salle dédiée au dialogue pharmacien-patient doit se détacher de l'aspect mercantile de l'espace de convivialité. Elle ne constitue pas un lieu supplémentaire d'affichage publicitaire et doit au contraire se parer d'outils d'éducation thérapeutique et pour la santé. Une pièce à l'aspect chaleureux favorise le dialogue et la confidence.

CHAPITRE 3 : Logiciel de gestion d'officine

L'acte pharmaceutique est un processus intellectuellement complexe et multifactoriel. Par exemple, lors d'une dispensation d'ordonnance, il convient à la fois de se concentrer sur l'ordonnance à analyser, la couverture sociale du patient, les stocks et disponibilités, les doses à préparer, la compréhension du traitement et l'observance du patient. En outre, l'officine est un commerce et il est nécessaire d'établir une communication adaptée pour que le patient se sente à son aise. La discussion s'éloigne souvent des domaines médicaux et pharmaceutiques et l'attention du professionnel est moindre. Le personnel d'officine est parfois soumis à de nombreux bruits entravant la dispensation : téléphone, file d'attente, questions de collègues...

Les logiciels de gestion d'officine permettent d'automatiser plusieurs tâches et de libérer du temps pour une meilleure communication avec le patient. Mais plus encore, l'évolution de la profession pousse les sociétés informatiques à développer d'autres services. Des outils permettent de sécuriser l'acte pharmaceutique et d'améliorer la communication pharmacien-patient. [W56]

Pour des raisons pratiques, nous prendrons pour exemple un des logiciel de gestion d'officine les plus répandus dans les officines françaises : LGPI GS de Pharmagest (Groupe Welcoop) dont le siège est basé à Villers-lès-Nancy. Notons que la concurrence directe développe des outils parfois similaires et que l'objet de cette thèse n'est aucunement publicitaire : nous n'entendons pas attribuer de préférence.

1) Enquêtes

Proposée en juin 2009 par IDS Santé, Pharmagest et Intermedix, l'enquête nationale « Premier Baromètre de l'Information Santé : Médecins, Pharmaciens, Patients » avait pour objectif de mesurer les attentes de chaque intervenant et de mieux évaluer les relations entre les professionnels de santé et les patients. L'échantillon de cette enquête était composé de 429 patients, 595 pharmaciens et 314 médecins. Les résultats sont éloquents :

- Plus de 50% des patients qui ne sont pas en bonne santé estiment ne pas être suffisamment informés sur leurs maladies.

- 60% des patients aimeraient recevoir des informations utiles sur leur téléphone portable et 40% souhaiteraient recevoir des informations et conseils personnalisés.
- 90% des patients souhaiteraient recevoir une fiche d'information sur la maladie lors de la consultation et 80% sur le médicament lors de la dispensation en officine de pharmacie.
- Près de 60% des pharmaciens titulaires s'estiment suffisamment informés pour assurer une bonne prise en charge du patient tandis que 60% des préparateurs en pharmacie sont en attente de formation pour communiquer auprès des patients.
- Plus de 60% des professionnels de santé rencontrent des freins dans la pratique de leur profession pour faire de la prévention et de l'éduction thérapeutique et sont en attente de solutions pour les accompagner dans cette démarche. [W57]

Cependant, un article du Pharmacien de France d'avril 2010 montre que les pharmaciens ne se sentent pas assez consultés et écoutés quant au développement de fonctionnalités des logiciels de pharmacie. De plus, certains se plaignent d'un ralentissement de l'acte pharmaceutique par des automatismes logiciel dont ils n'ont pas besoin (les logiciels demeurent néanmoins généralement paramétrables). Ces derniers pharmaciens préféreraient des simplifications et automatismes libérateurs de temps, plutôt que le développement d'outils compliquant leurs tâches. [W56]

2) Aide à l'éducation du patient

2.1) Outils de communication et suivi des traitements

Le service de suivi des traitements du logiciel LGPI GS a pour but de favoriser l'observance du patient au regard de son traitement : il correspond à l'envoi d'un mail ou d'un SMS de rappel au patient. L'information délivrée par ce service peut être la date de la prochaine consultation médicale pour le renouvellement de l'ordonnance, ou la date de la prochaine dispensation à l'officine. En aucun cas la désignation du traitement n'apparait dans ces messages de rappels.

Les patients ciblés sont principalement atteints d'une maladie chronique : asthme, diabète, maladies cardio-vasculaires et syndromes métaboliques, maladies

neurologiques et dégénérescentes… et ceux dont le traitement nécessite un suivi (contraception hormonale…).

L'outil « Ma Pharmacie Mobile » développé par Pharmagest propose, entre autres, le rappel des prises et posologies de chacun des médicaments par des alertes envoyées sur les smart-phones des patients. Ces téléphones mobiles, de plus en plus répandus dans la population, disposent d'un assistant numérique personnel. « Ma Pharmacie Mobile » requiert l'accord du patient et correspond à un plan de traitement personnalisé et automatisé. Ce service est gratuit pour le patient et sans surcoût pour le pharmacien. [W58]

Un plan de posologie est également imprimable par le pharmacien à l'officine (exemple avec une boite de bisoprolol 5mg en figure 16). [P25]

PHARMACIE

ADRESSE PHARMACIE

Tél.
Fax
Email
Site

Mardi 1 Février 2011 à 11h51

DOSSIER N°

Patient
NOM
PRENOM
ADRESSE

Tél.
Mob.
Email

Prescription du 01/02/2011
Etablie par

Votre Posologie

Produit		Matin	10h00	Midi	16h00	Soir	Coucher
BISOPROLOL	5MG CPR BT 28						

Vos Renouvellements

Produit		Nb Renvlt	Durée traitement	Prochaine délivrance
BISOPROLOL	5MG CPR BT 28			

Figure 19 : Plan de posologie du service de suivi des traitements proposé par le logiciel LGPI® [P26].

D'autres documents sont imprimables afin de faciliter le suivi des traitements de maladies chroniques :

- Le carnet de suivi des AVK de la Fédération Française de Cardiologie (FFC)
- Une fiche de suivi mensuel pour les diabétiques de type I
- Un tableau de posologie pour le traitement du diabète

- Un tableau de posologie général
- Un aide-mémoire des vaccins antigrippaux
- Un aide-mémoire de toutes les vaccinations du patient
- Un planning pour le traitement homéopathique. [P27]

2.2) Outils de communication et éducation à la santé

Dans son programme « Initiatives Pharmacie », le logiciel LGPI GS propose l'impression de fiches à destination du patient en fonction de contextes déclencheurs (sexe, âge, localisation, produit ou co-prescriptions de produits, historique du patient). Ces fiches traitent d'un problème physiopathologique en particulier, comme l'hypertension artérielle, le diabète, ou l'ostéoporose. Elles se présentent souvent comme une succession de questions-réponses permettant au patient de s'identifier à l'un des interlocuteurs. L'information délivrée est claire, simple à comprendre, et aborde les termes techniques employés par les professionnels de santé de façon pédagogique. Certains conseils sont également mis en avant. L'information est délivrée progressivement au cours de la pathologie : à la première dispensation, le logiciel propose l'impression de la fiche n°1, en cas d'acceptation, la fiche n°2 sera proposée à la deuxième dispensation et ainsi de suite. [P25]

Le service d'impression des fiches est gratuit pour le pharmacien possédant le logiciel : il est offert par un système de sponsoring de laboratoires pharmaceutiques. En retour, les logo et slogan du laboratoire figurent sur les fiches mais la rédaction de l'information est objective et il n'est fait mention d'aucune spécialité ou produit. Cependant, certaines impressions ne sont proposées par le logiciel qu'en cas de dispensation de produits du dit laboratoire. [P27]

Exemple de la composition d'une première fiche sur l'hypertension artérielle proposée par un laboratoire :

- Les titres des paragraphes permettent au patient de s'identifier à un interlocuteur du dialogue écrit.
- Un problème affirmatif est posé : « J'ai de l'hypertension » et favorise la prise de conscience du patient même en cas d'absence de symptôme. Elle est suivie d'un texte expliquant la notion de pression en millimètres de mercure ainsi que les termes « pression systolique » et « pression diastolique ». L'hypertension artérielle y est présentée comme étant une maladie silencieuse.

- Deux questions sont soulevées « En pratique, que se passe-t-il au niveau du cœur et des artères ? » et « Quels sont les facteurs de risques d'hypertension ? » et obtiennent des réponses claires.
- Des solutions sont explicitées : « Je mesure ma tension artérielle » par « la règle des 3 » et « Les traitements médicamenteux » faisant état de l'importance des règles hygiéno-diététiques. [P28]

Ces fiches constituent un moyen d'asseoir la prise de conscience, la compréhension, et l'apprentissage du patient face à sa pathologie, et par conséquent, de favoriser son adhésion au traitement.

2.3) Liens vers des documents de l'AFSSAPS

Dans le cadre de l'automédication et de la médication officinale, le logiciel LGPI GS permet d'accéder rapidement à des documents édités par l'AFSSAPS afin de les imprimer et de les remettre aux patients. Ces documents ont été réalisés par l'AFSSAPS en vue d'encadrer la prise médicamenteuse dans le cas des pathologies bénignes.

Dans la rubrique « bien se soigner avec des produits d'automédication », le logiciel LGPI met à disposition trois documents de l'AFSSAPS :

- « L'aspirine en bref »
- « L'ibuprofène en bref »
- « Le paracétamol en bref »

Dans la rubrique « fiches d'aide à la dispensation », sont disponibles dix documents édités par l'AFSSAPS :

- « Constipation occasionnelle de l'adulte »
- « Diarrhée passagère de l'adulte »
- « Mal des transports »
- « Nausées et vomissements »
- « Pied d'athlète (mycose des pieds) »
- « Douleur de l'adulte »
- « Herpès labial ou bouton de fièvre »
- « Reflux gastro-oesophagien occasionnel de l'adulte »
- « Rhinite et conjonctivite allergiques de l'adulte »
- « Rhume de l'adulte » [P27]

La brochure « Les médicaments en accès direct dans votre pharmacie : les sept règles d'or » de l'AFSSAPS est également disponible afin de prévenir les risques iatrogènes encourus lors de l'automédication et favoriser la demande spontanée de conseils.

3) <u>Campagnes de prévention et de dépistage</u> [P29]

En matière de prévention et de dépistage, le logiciel de gestion de pharmacie peut également aider le pharmacien dans le cadre de ses nouvelles missions. Des questionnaires permettent au pharmacien d'établir automatiquement le profil du patient vis-à-vis d'une pathologie ou d'un mode de vie donné. L'impression des résultats du questionnaire et de fiches aux conseils adaptés au profil du patient, font du logiciel un outil de communication très ciblé. De surcroît, le patient peut transmettre les résultats du questionnaire de dépistage à son médecin traitant. Cette transmission des données s'inscrit directement dans une coopération pharmaceutique et médicale plus efficace.

A l'occasion de la journée mondiale du diabète du 14 novembre 2010, Pharmagest a permis aux officines disposant de LGPI GS de participer à une campagne de prévention et de dépistage. Du 8 au 19 novembre 2010, deux populations ont été ciblées dans les 889 officines ayant accepté de se livrer à la campagne LGPI GS :

- Les individus non diabétiques de 40 à 50 ans (l'incidence du diabète de type II augmente fortement à partir de 40 ans), pour lesquels :
    - Un questionnaire en ligne mettait en exergue les différents facteurs de risque du diabète et apparaissait en fonction du contexte déclencheur (âge du patient lu via la carte vitale).
    - Un test de glycémie pouvait être proposé au patient par le pharmacien.
    - Une fiche de conseils pouvait être imprimée et remise au patient.
    - Les résultats pouvaient également être imprimés et présentés au médecin traitant par le patient.
- Les enfants traités par insuline et âgés de 5 à 16 ans, pour lesquels :
    - Un questionnaire en ligne était proposé au parent afin de déboucher sur l'impression d'une ou plusieurs fiches de conseils adaptés.

- Ces fiches donnaient des informations sur le traitement, les analyses et le suivi du diabète, l'alimentation et la vie à l'école du diabétique de type I.

Au total, 2485 patients âgés de 40 à 50 ans ont répondu à la première enquête et 43% d'entre eux ont accepté le test de glycémie. 35% de ces patients ont reçu des fiches de conseils imprimables et 27% d'entre eux ont reçu les résultats de l'enquête pour les présenter à leur médecin.

Cette enquête avait mis en avant que pour 65% des patients inclus, la présence d'un à deux facteurs de risques supplémentaires s'ajoutait au facteur de risque que constitue la tranche d'âge de 40 à 50 ans. En outre, au moins trois facteurs de risques supplémentaires apparaissaient pour 19% de ces patients.

Pharmagest Interactive proposait de nouvelles enquêtes pour l'année 2011 à l'occasion de Journées Santé (Journée Nationale de lutte contre le Cancer au mois de mars, Journée Mondiale de l'Asthme en mai par exemple). Ces opérations de prévention et de dépistage portent sur l'asthme, les maladies cardio-vasculaires, l'ostéoporose, l'obésité infantile, le cancer de la peau, le diabète et le sevrage tabagique.

CHAPITRE 4 : Groupements pharmaceutiques et initiatives du Collectif des groupements de pharmaciens

Le Collectif National des Groupements de Pharmaciens d'Officine (CNGPO) réunit onze mille pharmacies adhérentes de ses quinze groupements. Il offre donc un maillage territorial important permettant de mener des actions d'envergure nationale. [W59]

Nous verrons dans ce chapitre des exemples d'actions menées conjointement par les différents groupements du CNGPO. Puis nous nous intéresserons aux services proposés par l'un de ces groupements de pharmacies d'officine.

1) Actions menées conjointement par les différents groupes du CNGPO

1.1) Dépistage des facteurs de risques cardiovasculaires

Le CNGPO a récemment mis en place le dépistage des risques cardiovasculaires chez des personnes a priori en bonne santé. Cette initiative se fonde sur le nombre important de malades asymptomatiques et qui ignorent l'impact de leurs facteurs de risques cardiovasculaires. En effet, cinq millions de français ignorent leur hypertension, sept millions ignorent leur taux de cholestérol élevé et plus d'un million est diabétique sans le savoir. De ce fait, les critères d'exclusion de ce dépistage sont un antécédent vasculaire personnel, une atteinte vasculaire documentée ou une maladie métabolique traitée (diabète, dyslipidémie, hypertension artérielle, insuffisance rénale chronique). En outre, l'inclusion des patients à ce service n'interfère en aucun cas avec le rôle du médecin ou du laboratoire d'analyses médicales.

Le pharmacien titulaire, ou le pharmacien adjoint, peut être référent de ce service de dépistage au sein de l'officine et en être ainsi pleinement responsable. Bien que les préparateurs puissent participer à la réalisation de ce dépistage, seuls les pharmaciens sont habilités à valider les données et à conseiller le patient dépisté.

Avant de proposer le service de dépistage, le pharmacien référent doit suivre une formation obligatoire (e-learning) et signer une charte d'engagement. Le pharmacien qui s'inscrit à l'opération est contraint à l'achat des coffrets-santé et de la PLV (Publicité sur Lieu de Vente) relative à ces coffrets. Il s'engage également à

saisir les résultats de façon anonyme sur le site dédié www.depistage-officine.com. Ces résultats constituent des statistiques permettant un retour d'information vers les pharmacies qui ont participé à l'opération. En outre, les statistiques permettent de faire le bilan national régulier et de faire reconnaitre la légitimité de la rémunération de cet acte auprès des ARS (Agences Régionales de Santé).

Ce service est payant (18€ TTC) et le patient intéressé par le dépistage doit signer une fiche de consentement. L'acte, qui doit être réalisé dans une salle confidentielle, dure une quinzaine de minutes et se matérialise de deux façons :

- Les mesures de dépistage :
  - de la glycémie à jeun ou non (appareil d'auto-mesure homologué)
  - de la cholestérolémie totale à jeun ou non (appareil dont la prise de commande doit se faire sur le site dédié au service : www.depistage-officine.com)
  - de la tension artérielle systolique et diastolique (tensiomètre brassard au bras homologué)
  - de l'obésité ou du surpoids (calcul de l'Indice de Masse Corporelle, périmètre abdominal)
  - du tabagisme actuel ou stoppé depuis moins de trois ans
    (La prise de pilule contraceptive, l'âge et le sexe sont également pris en compte)
- La vente d'un coffret-santé contenant :
  - un carnet de dépistage des risques cardiovasculaires et leur prévention
  - un DVD d'information sur ces risques [P30]

Le pharmacien consigne les résultats sur la fiche de saisie disponible dans le carnet de dépistage remis au patient.

Duplicata fiche de saisie
résultats de votre dépistage des risques cardiovasculaires

Nom : Prénom :
Sexe : Age :
Tel :
Code postal :

Médecin traitant Nom : Prénom :
Code postal : Téléphone :

N° bénéficiaire :
/___/___/___/___/___/___/
J J M M H H
(Jour, mois, heure, du test)

Recueil des facteurs de risques cardiovasculaires
(entourer la bonne réponse)

Antécédents familiaux d'accident vasculaire cérébral < 45 ans : O/N

Ou infarctus du myocarde < 55 ans
(père ou apparenté homme du premier degré) : O/N

Ou infarctus du myocarde < 65 ans
(mère ou apparentée femme du premier degré) : O/N

Non fumeur depuis moins de 3 ans : O/N

Fumeur : O/N

Marche < 30 mn 3 fois par semaine : O/N

Prise de pilule contraceptive : O/N

Mesures et saisies :

- Poids (Kg) :
- Taille (m) :
- IMC (Poids / Taille / Taille) :

- Périmètre abdominal
> 88 cm Femme > 102 cm Homme

- Tension artérielle (mm Hg) (la plus basse des trois mesures successives) :
Maxima (≥140) Minima (≥ 90)

- Glycémie :
A jeun (≥1,26g/l) Non à jeun (≥1,40g/l)

- Cholestérol à jeun ou non à jeun (≥ 2 g/l) :
< 1,5 g/l 1,5g/l - 1,99 g/l 2 g/l - 2,49 g/l 2,5 g/l - 2,99 g/l >3 g/l

Figure 20 : Fiche de saisie du carnet de dépistage remis au patient [P30].

Le pharmacien procède à l'évaluation du risque de mortalité à dix ans par maladie cardiovasculaire en appliquant le tableau SCORE de l'European Society of Cardiologie. En fonction des différents facteurs de risques observés et des mesures réalisées, le patient est dirigé vers son médecin traitant muni de son carnet de

dépistage ou au contraire, conforté dans l'observance de mesures hygiéno-diététiques saines afin de préserver son « capital santé ».

Le document pédagogique à destination du pharmacien constitue également un outil de communication. Il constitue la liste des questions ou remarques auxquelles le pharmacien peut être confronté, et apporte pour chacune d'elles les mots d'argumentaires et de réponses qu'il conviendrait de prononcer. [P30]

Cette opération est soutenue par Allianz (acte remboursé aux assurés santé Allianz) et huit laboratoires pharmaceutiques : Biogaran, Hartman, Mylan, Novartis, Roche, Teva, Urgo et Upsa. Pour ses clients, et selon les garanties souscrites, Allianz prend en charge ce nouvel acte de prévention. [W60]

1.2) Conseil pharmaceutique encadré et rémunéré

Pour ses assurés, AGF-Allianz, en partenariat avec le CNGPO, a récemment mis en place un dispositif visant à prendre en charge certains produits et services relatifs à la médication officinale ou à la prévention. Ces produits correspondent à certains médicaments non remboursés par la sécurité sociale et aux médicaments de prescription médicale facultative. L'expertise pharmaceutique de conseil y est formalisée et rémunérée.

Depuis le 29 juin 2009, les pharmaciens souhaitant participer à ce dispositif doivent adhérer à « La charte du pharmacien partenaire ». Ils reçoivent un guide de conseil pharmaceutique qui concilie les indications, recommandations et précautions relatives aux médicaments concernés. Ce guide est formulé par un comité scientifique indépendant et propose une démarche méthodologique de la dispensation et du conseil pharmaceutique dans chaque cas de pathologie bénigne.

Le pharmacien partenaire s'engage à apporter au patient (détenteur de la carte SP Santé Allianz), un conseil pharmaceutique adapté à ses besoins et de manière confidentielle. Cet engagement de bon sens s'inscrit pleinement dans la pratique déontologique habituelle. Les médicaments dispensés doivent cependant correspondre aux préconisations du guide de conseil pharmaceutique du comité scientifique. En effet, le rapport qualité/prix est pris en compte dans le remboursement éventuel de ces médicaments par Allianz. Le pharmacien s'engage également à remettre au patient une fiche de conseil formalisée (figure 21). Sur cette

fiche figurent obligatoirement les posologies précises des médicaments délivrés. [W61]

Annexe 1

Pharmacie

14, rue de la paix
75000 PARIS
Tél :

25 Mars 2009

FICHE CONSEIL

Assuré : DUPONT Alain

Médecin :

Produit	Traitement	Matin	Midi	Ap-Midi	Soir	Durée	Observations
CONSEIL PHARMACEUTIQUE							
Médicament XX	6 fois/jour						
Médicament YY	3 à 4 fois/jour	1	1	1	1	4 j	

Figure 21 : Fiche conseil remise au patient par le « pharmacien partenaire » [W61].

Le patient avance les frais de médicaments. Il se fait rembourser par Allianz après envoi de la facture et de la fiche conseil (ou d'une copie). Le pharmacien partenaire, quant à lui, établit une facture de l'acte de conseil. Chaque acte de conseil est rémunéré à hauteur de 5 € dans la limite de 20 € par assuré et par année d'assurance. [W61]

1.3) Campagnes de prévention et de dépistage

Le CNPGO a expérimenté et organisé des campagnes de prévention et de dépistage dans certaines des pharmacies adhérentes.

Nous prendrons l'exemple de la campagne de dépistage des dysfonctionnements rénaux réalisée en partenariat avec le laboratoire Roche. Du 15 octobre 2007 au 31 janvier 2008 dans la région Pays de Loire, 136 officines participantes ont effectué un dépistage primaire des dysfonctionnements rénaux des patients à risques (diabète, hypertension artérielle, âge supérieur à 65 ans,

antécédents familiaux). Les pharmaciens qui adhéraient à la charte d'engagement devaient suivre une formation et recevaient un kit de dépistage. Ils constituaient des fiches d'identité et de suivi pour chaque patient. Le dépistage consistait en :

- Un recueil des urines, dans un flacon nominatif, qui se faisait à l'officine de préférence, ou au domicile du patient (avec remise d'une fiche de conseils pour le recueil à domicile). Les conseils associés au recueil étaient listés :
    - Eviter toute activité physique intense dans les 24 h qui précèdent le recueil (Jogging…)
    - Si fièvre > ou égale à 38,6°C la veille, ne pas p ratiquer le test
    - Pour les femmes, éviter formellement la période des règles (3 j. précédents et 3 j. suivants)
    - Ne pas nettoyer le flacon avant le recueil de l'urine (Détergents ou désinfectants fortement oxydants…)
    - Respecter le délai maximal de 2h entre le recueil des urines et la réception du flacon par l'équipe officinale.

  Une bandelette COMBUR 3® Test E était alors plongée dans les urines du patient afin de rechercher une éventuelle présence de protéines et d'hémoglobine.

- Une prise de tension artérielle

Un arbre décisionnel permettait au pharmacien de se repérer au cours du dépistage qui pouvait se poursuivre lors d'une seconde visite en cas d'incertitude. En fonction des résultats obtenus, le patient était alors dirigé ou non vers son médecin traitant et l'envoi d'un courrier de liaison pharmacien-médecin proposé. Un document intitulé « les mots pour en parler » permettait au pharmacien de se préparer au mieux à la communication des résultats au patient. [W62] Encore une fois, cette campagne de dépistage a permis d'aborder un nouveau thème d'éducation à la santé avec les patients. En outre, la liaison documentée entre le pharmacien et le médecin traitant inscrit ce type de campagne dans la coopération entre professionnels de santé de la loi HPST.

Sur 1270 dépistages réalisés, 148 se sont révélés positifs. Des cystites, pyélonéphrites, calculs rénaux, insuffisances rénales dues au diabète, à l'hypertension ou à l'âge ont été dépistées. [W63]

2) Exemples d'outils développés par un groupement pharmaceutique du CNPGO

De façon plus isolée, les groupements pharmaceutiques mettent en place des outils pour leurs adhérents. Nous prendrons l'exemple du premier réseau français en nombre d'adhérents réels : le groupement pharmaceutique Pharmactiv, filiale de l'OCP.

2.1) Brochures et guides

Pharmactiv met à disposition des brochures afin de sensibiliser les patients de ses adhérents à différents problèmes de santé ou afin de favoriser l'observance.

2.1.1) « Le mini-guide pour arrêter définitivement de fumer »

« Le mini-guide pour arrêter définitivement de fumer » réalisé en partenariat avec les laboratoires Glaxo Smith Kline et Novartis en est un exemple intéressant. La remise de cette brochure au patient permet au pharmacien de compléter les conseils préalablement prodigués. Le guide utilise une communication basée sur la dichotomie du message rationnel/émotionnel et sur les bénéfices qu'apporte le changement de comportement.

- La première de couverture arbore « l'image choc » d'un homme lié à la cigarette par une chaîne rappelant le boulet du prisonnier.
- Les conseils ne sont pas présentés selon le modèle d'une liste moralisatrice. Ils sont formulés clairement et sont étayés d'explications sur leur importance face au ressenti du patient aux différentes étapes de son combat contre l'addiction au tabac. [P31]

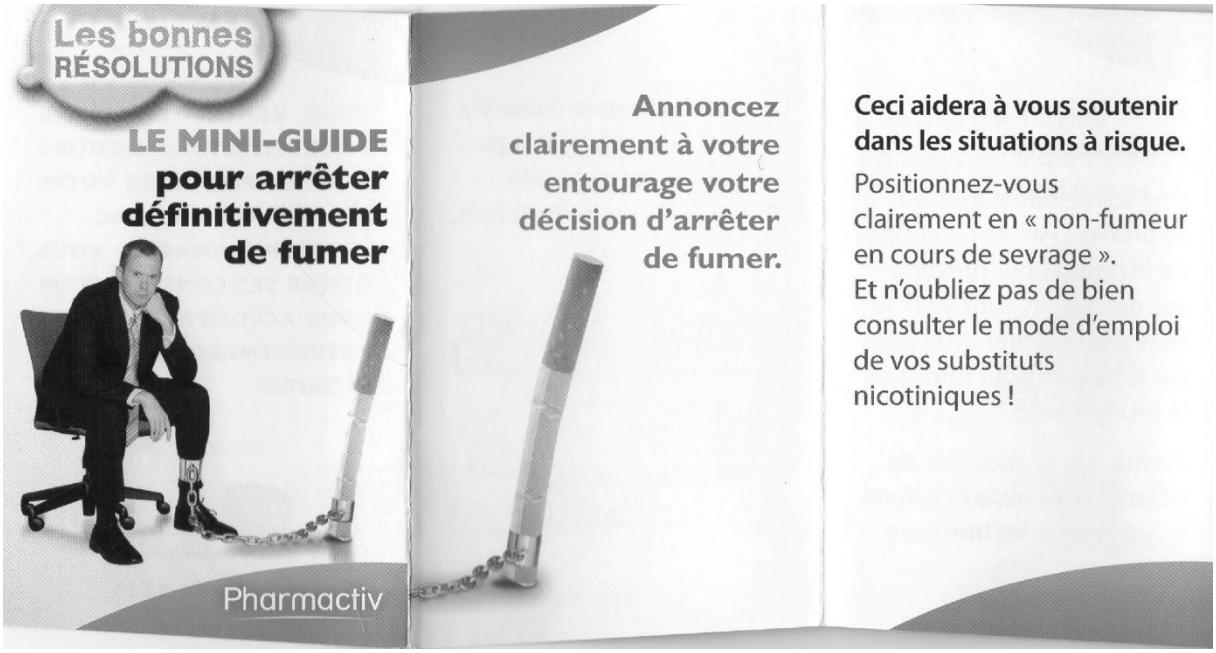


Figure 22 : Première de couverture et premier conseil explicatif du mini-guide pour arrêter définitivement de fumer de Pharmactiv [P31].

- Afin de favoriser l'adhésion du patient à la nécessité de l'arrêt du tabac, la brochure est également jalonnée de messages positifs à caractère émotionnel. Le patient doit ressentir le mieux être immédiat pour endurer le combat contre l'addiction au tabac. (exemple : figure 23).

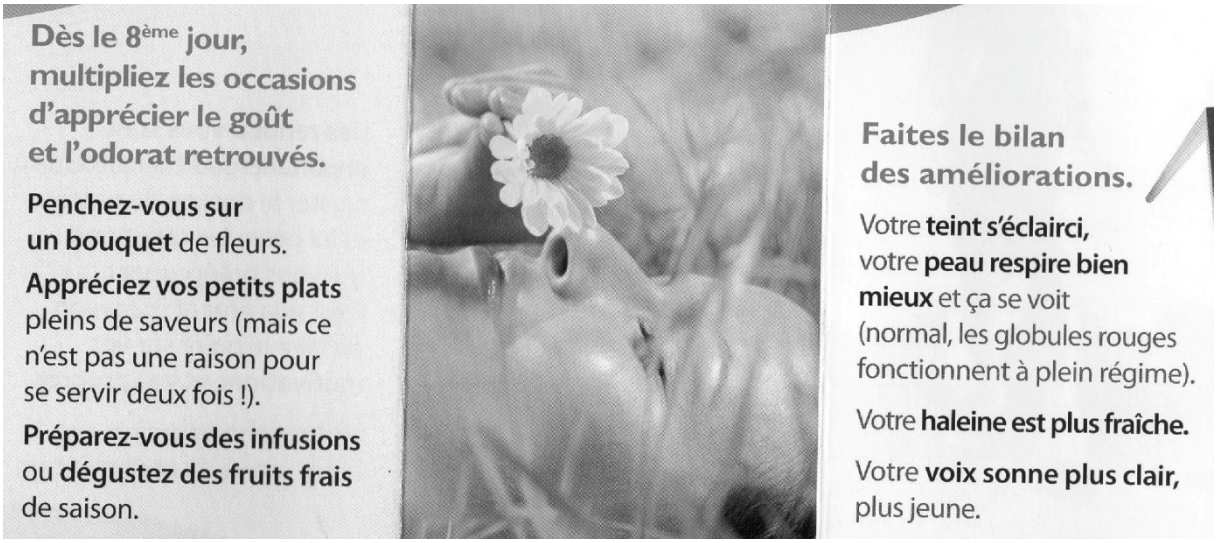


Figure 23 : Mini-guide pour arrêter définitivement de fumer de Pharmactiv : ressentir le mieux être immédiat [P31].

2.1.2) « Mon carnet de traitement »

Afin de favoriser l'observance des patients, notamment lors de difficulté de mémorisation, Pharmactiv distribue à ses adhérents « Mon carnet de traitement ». Ce petit carnet permet au patient de recenser les prises médicamenteuses effectuées afin d'éviter les oublis durant deux mois de traitement. Les onglets de

prises « Matin », « Midi », « Soir » et « Coucher » matérialisent des pages vierges sur lesquelles les médicaments sont inscrits. Le patient coche la date, en bas des pages et au cours de la journée, lorsque le traitement a été pris. Le carnet comprend également un encart destiné à écrire le nom du patient, celui de son médecin, la date de l'ordonnance et la date de renouvellement de l'ordonnance. [P32]

2.2) Suivis personnalisés

Depuis janvier 2009, le groupement Pharmactiv intègre un service supplémentaire payant dénommé « Optimum ». Ce service propose notamment un suivi personnalisé de patients diabétiques de type II et de patients en sevrage tabagique. Nous prendrons ici l'exemple du suivi des diabétiques de type II.

Le pharmacien adhérent doit suivre la formation du groupement pharmaceutique. Cette formation insiste notamment sur les messages à faire passer au patient diabétique et sur les termes et attitudes à employer pour une communication optimale. Un kit est remis au pharmacien : il comprend des CD de formation basés sur des cas concrets qui peuvent être rencontrés au comptoir et des arbres décisionnels. Le kit comporte également des supports pratiques à délivrer aux patients.

Le suivi cible d'abord les patients ayant des soucis d'observance. Le rendez-vous de suivi personnalisé dure en moyenne 15 à 20 minutes, dans un espace confidentiel et comporte :

- Le renseignement d'une fiche de suivi patient.
- Des mesures :
    - La glycémie
    - Le poids et le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC)
    - La tension artérielle
- Un point sur les traitements en cours (autres pathologies comprises).
- Un contrôle de la bonne utilisation des dispositifs d'auto-surveillance.
- L'édition et l'explication de la courbe glycémique du patient.
- Une discussion sur les habitudes alimentaires et relatives à l'exercice physique du patient.
- Le ou les objectif(s) à atteindre pour le prochain rendez-vous, fixé deux mois plus tard.

- La remise de la fiche de suivi : elle fait le compte-rendu du rendez-vous, l'historique des mesures effectuées et des objectifs à atteindre. Le patient peut montrer cette fiche à son médecin.

Le patient doit avoir à faire au même pharmacien pour chacun des rendez-vous afin d'instaurer un climat de confiance optimal. [W64]

CHAPITRE 5 : L'Assurance Maladie

L'Assurance Maladie délivre, depuis quelques années, des outils de formation et de communication aux professionnels de santé. Comme exemple, nous prendrons la campagne menée en 2010 sur la bonne utilisation des dispositifs d'inhalation dans l'asthme. Cette initiative s'inscrit dans une démarche globale initiée en 2008 : l'amélioration du système de soins dans la prise en charge du patient asthmatique. Chacun des acteurs intervenant dans cette pathologie est sensibilisé au problème spécifique relatif à sa responsabilité. Ainsi, les patients ont reçu des informations les invitant à être attentifs aux signes d'inconfort respiratoire. Les médecins généralistes et pneumologues ont été sensibilisés à l'importance du contrôle de l'asthme dans la prise en charge des patients. Les pharmaciens sont amenés à dispenser les dispositifs d'inhalation en expliquant les bons gestes à adopter et à contrôler le bon usage de ces dispositifs. Les documents remis aux pharmaciens sont :

- Une présentation des dispositifs d'inhalation disponibles au 30 septembre 2010. Chaque page est agrémentée d'images et d'explications pouvant étayer le discours du pharmacien au comptoir. [P33]
    - Sprays : Aérosol doseur, Autohaler®, Beclojet®.
    - Poudres : Diskus®, Turbuhaler®, Aerolizer®…
- Des questionnaires sur l'asthme : [P34]
    - Une première partie est à faire remplir par le patient afin de juger de l'adaptation du traitement à la pathologie et de la bonne utilisation des dispositifs d'inhalation.
    - La seconde est réservée au pharmacien : elle permet d'informer le médecin traitant des observations faites à l'officine sur l'observance du patient et l'utilisation des dispositifs d'inhalation.
- Un arbre décisionnel permettant au pharmacien d'adopter la conduite à tenir face aux résultats du questionnaire sur l'asthme. [P35]

Au cours des dernières semaines (1 semaine à 3 mois) :

- Avez-vous **toussé, craché, respiré avec difficulté**, présenté une **respiration sifflante** ou des **serrements dans la poitrine** :
  - trois jours par semaine ou plus ? Oui ☐ Non ☐
  - une nuit par semaine ou plus ? Oui ☐ Non ☐
- Avez-vous **limité votre activité physique** à cause de votre asthme ? Oui ☐ Non ☐
- Vos difficultés respiratoires vous ont-t-elles obligé à **vous absenter de votre travail** (ou de vos études) ? Oui ☐ Non ☐
- Vous êtes amené à prendre un **médicament** par inhalation pour **traiter la crise***. Avez-vous été obligé d'utiliser ce médicament **plus de trois fois par semaine** ? Oui ☐ Non ☐

Figure 24 : Questionnaire sur l'asthme de l'Assurance Maladie, partie patient [P34].

Partie réservée au pharmacien
et destinée au médecin traitant

Votre patient M..... s'est présenté à la pharmacie le . . / . . / . . . . pour la délivrance de son **traitement antiasthmatique**. Je lui remets à votre attention cette observation.

- Utilisation du dispositif d'inhalation : Bonne ☐ Mauvaise ☐
- Prise du traitement de fond : Régulière ☐ Irrégulière ☐

Figure 25 : Questionnaire sur l'asthme de l'Assurance Maladie, partie pharmacien [P34].

CHAPITRE 6 : Le CESPHARM

Le Comité d'Education Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française est une commission permanente de l'Ordre des pharmaciens. La vocation du CESPHARM est d'aider les pharmaciens à s'impliquer dans la prévention, l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique du patient. Le lancement du site www.cespharm.fr le 27 janvier 2010 a fait suite à l'adoption de la loi HPST. Il a pour objectif d'apporter aux pharmaciens une meilleure information quant aux actions et services que propose le CESPHARM et de leur fournir des outils pratiques pour les accompagner dans les missions d'éducation des patients. [W65] [W66] [W67]

Parmi les outils que le CESPHARM propose, le « programme vitrines » met à disposition des pharmaciens une sélection d'affiches à apposer sur les murs de l'officine ou dans la vitrine. Une convention de partenariat doit être signée par le pharmacien souhaitant adhérer au programme. Un cadre, des affiches non promotionnelles (six par an en moyenne), des documents professionnels et des brochures destinées au public sont attribués gratuitement au pharmacien adhérent. Ces campagnes d'affichage se succèdent au cours de l'année et le pharmacien ne reçoit qu'une affiche à la fois. En contrepartie, le pharmacien d'officine doit placer de façon permanente et visible le support d'affichage dans son officine, et n'y glisser que les affiches relayant les campagnes de santé publique. [W68]

Une enquête de satisfaction a été menée en 2005 auprès des pharmaciens adhérents (675 questionnaires remplis dont 93% par des pharmaciens d'officine) :

- 58% des pharmaciens interrogés constatent que l'affichage a suscité des demandes d'informations de la part des patients.
- 90% des pharmaciens ayant répondu au questionnaire déclarent avoir commandé les brochures relayant le thème d'affichage et 90% d'entre eux trouvent ces brochures adaptées.
- 88% des adhérents considèrent que le programme répond à leurs attentes et 95% estiment que le programme renforce l'image du pharmacien acteur de santé publique. [W69]

Figure 26 : Programme vitrines du CESPHARM : cadre et exemple d'une affiche « choc » concernant les dangers du tabac [W70].

Les différentes brochures disponibles peuvent être indépendamment commandées par les pharmaciens. Ces brochures traitent d'une quarantaine de thèmes de santé et sont gratuitement distribuées. Elles sont réalisées par le CESPHARM et un ou plusieurs de ses partenaires (Académies Nationales de Pharmacie et de Médecine, INPES, AFSSAPS, CNAMTS, associations relatives à diverses pathologies, UTIP…). Elles représentent deux types d'outils pédagogiques :

- Destinées aux pharmaciens, elles permettent d'acquérir les connaissances et le discours à tenir pour orienter et conseiller le patient. C'est le cas de la brochure « Détection précoce des cancers de la cavité buccale : conseiller et orienter » qui comprend :
    - Les statistiques d'incidence, mortalité, et pronostic.
    - Les facteurs de risques.
    - Les signes d'alertes (symptômes d'appel).
    - La conduite à tenir en présence des signes d'alertes.

- Pour le patient, les brochures mises à disposition par le CESPHARM sont de même type que celles que nous avons vues précédemment et qui étaient réalisées par les groupements pharmaceutiques. Elles étayent le discours du pharmacien, le complètent et utilisent une communication rationnelle et émotionnelle. Ces brochures sont également destinées à être placées en libre service en officine. Si l'inhibition du patient est un frein à l'instauration du dialogue, ces brochures prises en libre service peuvent permettre une demande ultérieure de conseils au pharmacien. [W71]

D'autres outils pédagogiques sont également disponibles :

- Une feuille de relevé d'auto-mesure tensionelle permettant au patient d'indiquer les valeurs de tension artérielle et de pouls mesurées à trois reprises le matin et le soir. Elle est accompagnée d'une fiche de rappels de conseils à prodiguer pour le pharmacien. [W72]

- Un outil sur la grossesse et l'accueil de l'enfant peut être commandé (Editeurs : INPES, Assurance Maladie, Ministère chargé de la santé). Cet outil est destiné aux professionnels de santé et traite des problèmes psycho-médicaux de la grossesse et de la parentalité. Le livret propose au pharmacien d'appliquer le concept anglo-saxon « d'empowerment » lors des entretiens avec de nouveaux parents. Ce concept réitère l'un des principes fondamentaux de la pédagogie : mettre en exergue ce qui ressort de positif chez le patient plutôt que de pointer ses défaillances et de le dévaloriser. Ainsi, l'individu prend confiance en lui et acquiert d'autant plus d'indépendance. La démarche s'appuie sur la reconnaissance de l'expertise des futurs parents (ce sont eux qui détiennent la solution), mise sur leurs forces plutôt que sur leurs faiblesses, leur donne du pouvoir de décision, encourage leur autonomie. De nombreuses notions de communication y sont abordées telles que l'empathie, le recul, l'écoute active, ou le cadre de référence. Une démarche d'éducation pour la santé en six axes d'intervention est proposée :
    - Favoriser l'expression et proposer une écoute
    - Aborder/évaluer une situation
    - Informer, expliquer
    - Accompagner la réflexion

- S’engager vis-à-vis des futurs parents
- Faire le lien avec d’autres intervenants.

Avec le livret, plusieurs outils sont joints : une fiche récapitulative de la démarche éducative, trois fiches « information » transversales et des fiches « action » centrées sur une vingtaine de thèmes liés à la grossesse et destinées au professionnel de santé. Des cartes postales pour les conjoints sont disponibles afin de les amener à rencontrer le professionnel de santé à leur tour et des brochures sur la parentalité peuvent être distribuées. En réalité, même si ce livret a été établi dans l’optique d’une meilleure communication entre professionnels de santé et futurs ou jeunes parents, la démarche d’empowerment qui y est décrite est un principe transposable à d’autres situations. L’éducation pour la santé est traitée de façon générale et l’approche est adaptée pour n’importe quel patient nécessitant conseil et suivi. [W73]

- Une aide à l’arrêt du tabac est directement imprimable sur le site du CESPHARM. Elle comprend une fiche de suivi (réalisée par le Pr. Gilbert Lagrue) à remettre au patient dès l’initiation du traitement. Cette fiche constitue une aide au dialogue entre patient et pharmacien. Elle comporte les coordonnées de la pharmacie, le traitement du patient et un tableau à remplir tous les jours au coucher. Ce tableau propose au patient d’effectuer le bilan quotidien des pulsions et désagréments subis au cours de la journée, des objectifs à tenir et de l’observance du traitement. La force communicative de ces bilans quotidiens est de confronter le patient à son profil psychologique durant la période d’arrêt du tabac. Le tableau est un support d’expression quantitatif de son ressenti, de ses difficultés et de ses consommations. Le patient peut alors présenter le tableau à son pharmacien pour un suivi hebdomadaire. Le pharmacien retrace l’historique des bilans quotidiens du patient et lui propose des solutions personnalisées : adaptation du traitement, conseils pratiques… Le patient se sent également valorisé dans sa démarche lorsqu’il appose des chiffres allant dans le sens d’une amélioration. [W74]

Critères	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7		J8
Pulsion à fumer									
Irritabilité									
Accès de colère									
Agitation nervosité									
Anxiété									
Tendance dépressive									
Difficulté de concentration									
Augmentation de l'appétit									
Constipation									
Troubles du sommeil									
Activités de rêve									
Nbre de cafés									
Nbre de verres d'alcool									
Nbre de cigarettes fumées									
Nbre de gommes									
Nbre de comprimés									
Nbre de cartouches (inhaleur)									
Dosage du timbre									

Figure 27 : Aide à l'arrêt du tabac du CESPHARM : Fiche de suivi [W74].

La cotation est effectuée comme suit :

- « Pulsion à fumer » :
  - 0 : pas de pulsion
  - 1 : journée assez facile (pulsions légères)
  - 2 : journée un peu difficile (pulsions moyennes)
  - 3 : journée très difficile (beaucoup de fortes pulsions)
- « Irritabilité » jusqu'à « activités de rêve » :
  - 0 : comme d'habitude
  - 1 : un peu plus que d'habitude
  - 2 : moyennement plus que d'habitude
  - 3 : beaucoup plus que d'habitude [W74]

CHAPITRE 7 : Vente de supports thématiques en officine

Un arrêté du 15 février 2002 autorise les pharmaciens d'officine à « conseiller, dispenser et vendre dans leur officine […] des supports d'information relatifs à la prévention, à l'éducation pour la santé et au bon usage du médicament ». [W75] On y retrouve des livres thématiques, CD-rom, logiciels, DVD et même des jeux éducatifs. Le CESSPF (Comité d'Education Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française) a été missionné par l'Ordre des Pharmaciens pour fournir un avis sur les supports d'information destinés à la vente en officine. Cet avis est motivé par le respect du champ d'application de l'arrêté et le respect des données de la science. Les avis favorables du CESSPF sont régulièrement publiés dans « La Lettre des Nouvelles Pharmaceutiques ». [W55] [W76]

CHAPITRE 8 : Sites internet et éducation des patients

Certes, l'éducation optimale des patients passe avant tout par les professionnels de santé. Cependant, il n'est aujourd'hui pas raisonnable d'ignorer l'importance grandissante de l'internet en matière de santé. En effet, le patient est acteur de sa propre santé et dispose, grâce à l'internet, d'un outil informatique de recherche rapide.

En janvier 2011, une étude IPSOS annonce que :

- 59% des Français utilisent l'internet pour chercher des conseils santé.
- 41% d'entre eux le feraient à des fins d'auto-diagnostic.
- Seulement 25% d'entre eux vérifient la fiabilité des informations.
- 61% des Français ont recours à l'internet pour trouver des informations concernant les médicaments. [W77]

Le 3 mars 2011, devant l'Assemblée Nationale, le député Jean Mallot exprime son inquiétude quant à la place prise par l'information disponible en ligne : « le docteur Google, dit-on, est devenu le premier médecin du pays ! », « la toile ressemble à une véritable jungle, tant il est difficile de s'y retrouver ». [W78]

Il s'avère donc primordial que les professionnels de santé aiguillent les patients vers les sites les plus fiables. En ce sens, le pharmacien a un rôle à jouer dans l'orientation des patients vers une information pertinente et doit considérer l'internet comme un outil de communication complémentaire pour l'éducation du patient.

Un article de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie stipule que l'HAS est chargée d'établir une procédure de certification des sites informatiques dédiés à la santé. Depuis le 1er janvier 2006, cette certification est mise en œuvre et délivrée par un organisme accrédité attestant du respect des règles de bonne pratique édictées par l'HAS (Haute Autorité de Santé). [W79] La fondation internationale « La Santé sur Internet », autrement dénommée « Health On the Net », propose la certification « HONcode ». En France, c'est cette organisation non gouvernementale qui collabore avec l'HAS. La certification HON est gratuite et constitue un engagement moral qui démontre la volonté d'un site à publier une information de santé utile, objective et correcte. Les sites certifiés s'engagent à

respecter les bonnes pratiques éditoriales édictées dans le HONcode. Parmi les exigences pour la certification, on trouve :

- Le principe d'autorité : l'information éditée doit être attribuée à un (des) auteur(s) et leurs compétences en matière de santé doivent être mentionnées.
- Le principe de complémentarité : l'information diffusée doit être destinée à encourager, et non à remplacer, les relations directes avec les professionnels de santé.
- Le principe de confidentialité : les données échangées entre les visiteurs et le(s) concepteur(s) du site sont confidentielles.
- Le principe de datation et d'attribution des informations : origines et dates doivent être mentionnées pour chaque information de santé diffusée (le domaine scientifique et médical évolue parfois très rapidement).
- Le principe d'objectivité : l'information de santé doit être objective et équilibrée.
- Le principe de professionnalisme : l'information doit être claire et les visiteurs doivent pouvoir obtenir des réponses à des questions complémentaires s'ils le souhaitent (par l'intermédiaire d'un contact e-mail).
- Le principe de la transparence du financement : les conflits d'intérêts éventuels sont à déclarer.
- Le principe d'honnêteté dans la publicité et la politique éditoriale : apparition de ces politiques dans les mentions légales du site.

L'approbation du comité HON permet au concepteur d'afficher le sceau de certification HONcode sur son site. [W80]

Figure 28 : Sceau de certification HONcode [W80].

Un outil de recherche appelé « HONcode toolbar » ou « barre d'outils HONcode » est téléchargeable gratuitement sur le site www.hon.ch. La barre d'outils s'incorpore au moteur de recherche du patient et permet une recherche par mots clés uniquement dans les sites certifiés HONcode. Le bouton de statut associé à la

barre d'outils permet d'afficher instantanément la certification de n'importe quel site visité. [W81]

Figure 29 : Barre d'outils HONcode [W81].

La consultation des sites certifiés HON présente cependant une limite : l'organisation ne peut pas assurer l'exactitude des informations disponibles à un moment précis (et l'annonce sur son portail web). [W80]

D'après la fondation HON, les conseils à prodiguer aux patients quant à la consultation d'informations disponibles sur l'internet sont :

- De privilégier les sites réalisés par le gouvernement ou des institutions reconnues (hôpitaux publiques, universités…).
- De toujours consulter plusieurs sites web afin de comparer les informations.
- De vérifier la source de l'information présentée.
- De vérifier la politique de confidentialité du site web visité.
- De vérifier la certification des sites consultés par l'apposition des sceaux d'organisations reconnues (comme la HON).
- De ne pas faire confiance aux prestations et traitements miracles ou déclarations qui ne sont pas soutenues par des preuves.
- De ne pas considérer l'information trouvée comme un conseil médical : seul un professionnel de santé est apte à prodiguer un conseil personnalisé.
- De ne jamais acheter de médicaments sur l'internet. [W82]

CHAPITRE 9 : Les dispositifs de démonstration

Les appareils d'auto-mesures, les dispositifs d'injection ou d'inhalation constituent autant de complications pour le quotidien d'un patient. Ces dispositifs demandent obligatoirement des explications précises. Afin de pallier aux difficultés du pharmacien devant la multitude des dispositifs existant, certains laboratoires pharmaceutiques, fournissent parfois au pharmacien des spécimens de démonstration de leurs dispositifs.

CHAPITRE 10 : La visite officinale du patient : un parcours éducatif

Pour promouvoir la santé, le pharmacien peut jalonner le parcours du patient dans l'officine au moyen d'outils éducatifs. Ces outils ont pour objectifs d'aider le pharmacien à obtenir le changement de comportement du patient, de lui inculquer un savoir, un savoir-faire ou un savoir-être. Ils constituent des supports pédagogiques pour la simple information dispensée au client de passage, pour le conseil pharmaceutique, pour la dispensation ou pour les programmes d'éducation thérapeutique.

Le tableau 4 présente les outils disponibles à chaque étape de la visite d'un patient à l'officine. Nous faisons correspondre les intérêts éducatifs et les missions de la loi HPST auxquels ils se rapportent. [W30] [P14]

ETAPE	DESCRIPTION	OUTILS DISPONIBLES	INTERETS EDUCATIFS	MISSIONS DU PHARMACIEN au Titre II Article 38 de la loi HPST
1	Interpellation du chaland	Vitrine : messages d'appel en santé publique	Première information, prise de conscience du problème, instauration du réflexe patient-pharmacien	Contribution aux soins de premiers recours.
2	Diffusion et réitération de messages de santé publique	Espaces de convivialité et dédié aux autotests et supports d'information : affichages, diffusion multimédia, brochures en libre service, vente de supports d'information	Rappel de l'information et apport de précisions, confort du recours au pharmacien, acquisition d'un savoir	Contribution aux soins de premiers recours.
3	Conseils au comptoir à la demande du patient, dispensation d'ordonnances	Comptoirs éclatés et minimisant la proxémie	Mise en confiance facilitant l'écoute active, les explications, les conseils et le suivi	Contribution aux soins de premiers recours ; Participation à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients ; Rôle de pharmacien correspondant ; Propositions de conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.
		Enquêtes et questionnaires (dans les limites d'intimité que procurent les comptoirs)	Réflexion sur les habitudes, le ressenti et prise de conscience de l'état pathologique (facteurs prédictifs)	
		Dispositifs de démonstration, brochures, fiches-conseils, plans de prises et fiches de suivis	Compréhension et adhésion à l'information délivrée, acquisition d'un savoir et d'un savoir-faire, meilleure observance	
4	Entretien personnalisé en espace de confidentialité	Espace de confidentialité	Mise en confiance facilitant l'écoute active, les explications, les conseils et le suivi, instauration d'une discrétion optimale	Contribution aux soins de premiers recours ; Participation à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients ; Rôle de pharmacien correspondant ; Propositions de conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.
		Enquêtes et questionnaires	Réflexion sur les habitudes, le ressenti et prise de conscience de l'état pathologique (facteurs prédictifs), évaluation de connaissances déjà acquises	
		Mesures de paramètres biologiques	Prise de conscience de l'état pathologique (facteurs prédictifs)	
		Dispositifs de démonstration, Brochures, fiches-conseils, plans de prises et fiches de suivis	Compréhension et adhésion à l'information délivrée, acquisition d'un savoir, d'un savoir-faire et d'un savoir être, meilleure observance	
5	Retour au domicile	Brochures, fiches-conseils, supports d'informations thématiques, sites internet sélectionnés...	Trace durable : consultation au rythme du patient, intégration, adhésion, acquisition d'un savoir, d'un savoir-faire et d'un savoir-être, meilleure observance	Contribution aux soins de premiers recours ; Participation à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients ; Rôle de pharmacien correspondant ; Propositions de conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.
		Plans de prises, rappels sms, fiches de suivis	Apprentissage, mémorisation, implication dans la pathologie, sécurité d'emploi, préparation d'une nouvelle venue à l'officine, meilleure observance	

Tableau 4 : Le parcours officinal du patient : des outils d'éducation aux missions de la loi HPST.

Conclusion

La création par le pharmacien d'outils communicatifs est une activité chronophage qui ne peut s'inscrire dans l'officine que de façon ponctuelle. Aussi, de nombreux acteurs développent des outils aboutis qui permettent au pharmacien d'officine de gagner du temps et d'opter pour ceux qu'il préfère.

Les outils de communication pharmacien-patient répondent tous aux mêmes prérogatives : faire prendre conscience d'un problème, améliorer la compréhension de la pathologie et favoriser l'appropriation des soins par le patient lui-même. Du message d'appel de santé publique affiché dans la vitrine au retour à domicile, les outils éducatifs peuvent jalonner le parcours officinal du patient. Ils constituent les supports du discours éducatif afin d'aborder, expliquer, faire adhérer et obtenir un changement de comportement du patient. De surcroît, la pathologie dont le patient souffre, le traitement qu'on lui prescrit, les suivis obligatoires, sont autant de contraintes qui nécessitent une prise de conscience et un apprentissage sur le long terme. Une trace écrite, une brochure à lire, un support multimédia à consulter ou l'utilisation d'internet à bon escient, permettent au patient d'appréhender tous ces problèmes à tête reposée une fois revenu chez lui.

DISCUSSION

CHAPITRE 1 : La loi HPST, une révolution législative dans l'histoire du pharmacien d'officine

De l'histoire de la pharmacie, il est essentiel de retenir que la profession de pharmacien a toujours su « rebondir » dans l'adversité, comme le suggère la figure 30.

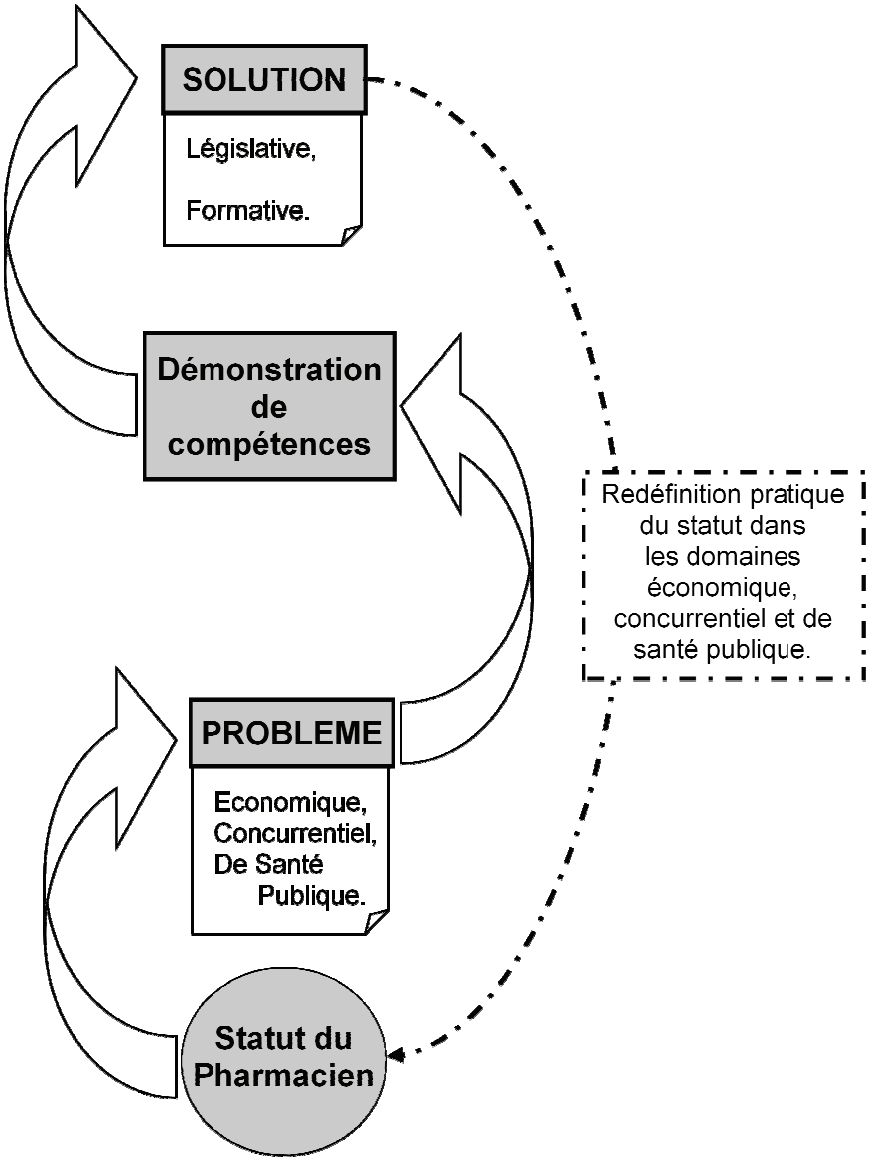


Figure 30 : Logique d'évolution du statut de pharmacien d'officine à travers l'histoire.

Que ce soit pour répondre à un contexte économique défavorable, à un problème de santé publique, ou pour défendre sa place dans l'organisation du

système de santé, la profession a su se remettre en cause à de multiples reprises. C'est par la démonstration de nouvelles compétences que le pharmacien d'officine a pu gagner en légitimité dans des domaines aussi variés que la dispensation médicamenteuse, la régulation des dépenses de santé, ou la traçabilité des substances qui transitent par les officines. La place du pharmacien au sein du système de soin dépend en grande partie des législateurs. En outre, la santé économique des officines est intimement liée à celle de l'Etat.

Cependant, l'ouverture qu'apporte la loi HPST à la profession ne se résume pas à la reconnaissance de compétences déjà pratiquées dans le passé par les pharmaciens. L'étendue des possibles est bien plus vaste : la loi HPST centre le système de soin sur le patient et offre la possibilité aux pharmaciens d'intervenir dans l'éducation du patient. De spécialiste du médicament qu'il était, le pharmacien semble propulsé au rang de spécialiste de la relation, essentiellement avec le patient, mais aussi avec les autres acteurs du système de soin avec lesquels il sera amené à collaborer pour le bénéfice du patient.

CHAPITRE 2 : Du médicament au patient, l'évolution conditionnelle du pharmacien d'officine

Autrefois centrée sur le médicament, la profession pharmaceutique doit aujourd'hui reconsidérer sa place dans le système de soin. La loi HPST lui propose de développer une expertise pharmaceutique centrée sur un patient appelé à devenir de plus en plus acteur de sa propre santé.

La période de transition actuelle correspond à l'apport d'une solution législative à l'organisation du système de soin dans son ensemble. Pour la profession pharmaceutique, c'est une période complexe et multifactorielle qui nécessite de prendre en compte :

- Les besoins de la population,
- La santé économique du pays et des officines,
- La place du pharmacien par rapport aux autres professionnels de santé.

La redéfinition du statut des pharmaciens dans la pratique quotidienne est imminente, mais les pharmaciens sont encore trop souvent exclus des projets pluridisciplinaires par les autres professionnels de santé. Il semble notamment que les médecins, piliers essentiels de la coordination des soins, émettent des réticences vis-à-vis des nouvelles missions accordées aux pharmaciens. En effet, selon le rapport de l'IGAS de juin 2011 [P17], lorsqu'une extension des missions des pharmaciens est évoquée, les médecins soulignent systématiquement le conflit d'intérêts dû au statut de commerçant des pharmaciens. D'après ce rapport, toute délégation médicale vers les pharmaciens serait ressentie par les médecins comme une dévalorisation de leur profession. Par conséquent, le rapport indique que les nouvelles missions du pharmacien seraient plus facilement acceptées par les médecins sous une forme de coordination professionnelle plutôt que de délégation systématique. Ainsi, les rendez-vous pharmaceutiques, les tests de dépistages réalisés à l'officine ou les séances d'éducation du patient auraient plutôt pour vocation d'être réalisées sur prescriptions médicales. Pourtant, les notions de suivi, de prévention, de soins de premier recours ou de conseil font partie de façon partielle et non formalisée de la pratique officinale depuis plusieurs années.

Les pharmaciens doivent désormais intégrer ces nouvelles missions dans leur exercice professionnel. Au sein de pôles de santé, les efforts coordonnés qui unissent les pharmaciens aux autres professionnels de santé sont des exemples expérimentaux pertinents. A l'avenir, les pharmaciens devront s'astreindre à rédiger des démarches qualité relatives à ces nouvelles missions. L'élaboration d'un référentiel des pratiques éducatives permettrait d'espérer la généralisation des missions officinales d'éducation sur le territoire national.

De surcroît, la politique budgétaire actuelle est restrictive dans tous les secteurs, y compris celui de la santé. L'efficience des missions de suivi, de prévention et d'éducation du pharmacien conditionne la pérennité d'un éventuel mode de rémunération à l'acte. Cette efficience dépend de la qualité communicative et pédagogique des pharmaciens, et donc de leur capacité à s'adapter à chacun des patients et à organiser la traçabilité de leurs actes.

Un obstacle à l'évolution de la profession semble paradoxalement résider dans la population pharmaceutique elle-même. Les étudiants en pharmacie sont actuellement sensibilisés aux nouvelles missions de la loi HPST, à l'éducation thérapeutique du patient ou à une certaine redéfinition de la profession. Cependant, selon une étude menée sur l'éducation thérapeutique par A.-L. Pavot en 2008 [P16], seuls deux titulaires de la région nancéienne sur les quinze interrogés étaient capables de définir l'éducation thérapeutique du patient. Parmi ces quinze titulaires, plus de la moitié étaient maîtres de stage. Il apparaît donc indispensable d'inciter les titulaires et notamment les maîtres de stage à s'intéresser plus en profondeur à l'éducation du patient et aux missions édictées dans la loi HPST. En effet, l'évolution de la profession ne pourra s'inscrire dans la durée et s'établir de façon pérenne que si l'ensemble des pharmaciens adhèrent à ces nouvelles pratiques professionnelles.

CHAPITRE 3 : Communication pharmacien-patient et compétences relationnelles

L'ensemble des missions du pharmacien inscrites dans la loi HPST exige des compétences nouvelles dans le domaine de la communication et de l'éducation.

La période expérimentale actuelle amène donc chacun des acteurs influençant l'économie et la pratique officinale à apporter des offres « clés en main » d'outils aidant le pharmacien à communiquer et visant à sa formation. Puisque les grandes pathologies sont les mêmes en tout point du territoire, ces outils sont conçus de façon à s'adapter au plus grand nombre de patients. Cependant, il est important de souligner que la généralisation d'une mission éducative sur le territoire ne signifie pas uniformiser la pratique pédagogique pour tous les patients. Un outil éducatif est une aide pédagogique, un prolongement du discours ou un support ludique. Il ne doit en aucun cas dicter la démarche à suivre au pharmacien. L'officinal doit s'adapter à chaque individu, en utilisant les techniques communicatives de compréhension du patient et définir une éducation ciblée et personnalisée.

De surcroît, les outils aidant à la communication pharmacien-patient, bien que présentés de façon pédagogique, ne se suffisent pas à eux-mêmes et sont parfois accompagnés d'outils de formation pour le pharmacien. Ces outils de formation emploient des termes relatifs aux compétences relationnelles nécessaires à la bonne communication pharmacien-patient. Ils apportent, en ce sens, un savoir au pharmacien dans le domaine de la communication. Cependant, pour communiquer et pour éduquer efficacement, le savoir ne suffit pas. Le pharmacien ne peut se contenter d'avoir des connaissances livresques et passives sur la communication. Il doit posséder de réelles compétences relationnelles, acquises à travers des mises en situation qui lui permettent d'expérimenter la communication de manière active.

Chapitre 4 : Préalables à la mise en pratique des nouvelles missions du pharmacien d'officine

Plusieurs impératifs préalables s'imposent aux officines qui souhaiteraient s'inscrire dans les nouvelles missions de la loi HPST :

- La formation : Les pharmaciens doivent suivre une formation sérieuse et adaptée dans le domaine de la communication et de l'éducation du patient. Cette formation leur apportera à la fois le savoir et le savoir-être nécessaires à l'acquisition des nouvelles compétences relationnelles. Elle ne pourrait se limiter aux formations proposées par les concepteurs d'outils d'aide à la communication dans un domaine physiopathologique donné.
- La confidentialité : Disposer de locaux et d'un agencement qui respectent la confidentialité des échanges est un point indispensable à l'éducation dans toutes ses formes, à la dispensation ou aux actes de dépistage et de prévention.
- La disponibilité : Le nombre de pharmaciens doit être suffisant pour dégager le temps nécessaire aux nouvelles missions de suivi, de prévention, de dépistage ou d'éducation du patient.
- La traçabilité : Les actes de suivi, de rendez-vous pharmaceutiques et d'éducation thérapeutique doivent être tracés et conservés dans un dossier patient. L'utilisation du dossier pharmaceutique est également primordiale et les médicaments de conseil comme les médicaments sur ordonnance doivent y figurer.

Les impératifs de confidentialité, de formation continue et de disponibilité privilégient les officines de grandes tailles ou le regroupement d'officines, ce qui pourrait devenir préjudiciable pour la population s'il se faisait au détriment du maillage territorial des officines. En outre, bien que la coopération entre professionnels de santé soit parfois difficile, il semble que les projets structurés autour de pôles de santé ouvrent des perspectives intéressantes pour les pharmaciens. Dans sa globalité, le renouveau du système de soin de ville est donc un enjeu d'avenir dans le domaine de la prise en charge du patient.

Dans un second temps, il est primordial pour le pharmacien de ne choisir ses outils d'aide à la communication et à l'éducation qu'en fonction de leur pertinence, des besoins des patients et de l'image qu'ils véhiculent. En effet, si le pharmacien veut gommer sa facette commerçante, les outils qu'il utilise se doivent de rester neutres vis-à-vis des produits vendus ou délivrés dans l'officine. De plus, certains outils sont aujourd'hui présentés à la vente sous la forme de coffrets de dépistages et contiennent des outils éducatifs. Bien que pertinente, on pourrait douter qu'une telle offre valorise l'image du pharmacien. En effet, le pharmacien vend ces coffrets sous forme de kit, promus par une publicité sur le lieu de vente. Aux yeux des patients, ce sont les coffrets qui proposent le service de dépistage. Les patients pourraient identifier le pharmacien comme le simple exécutant d'un service imposé par le coffret. En outre, l'offre réitère la notion de rémunération à la marge plutôt que de faire valoir un honoraire. Enfin, pour illustrer le recul que doit avoir le pharmacien vis-à-vis des éditeurs d'outils éducatifs, nous pouvons citer l'article R.4235-3 du Code de Déontologie des pharmaciens : « Le pharmacien doit veiller à préserver la liberté de son jugement professionnel dans l'exercice de ses fonctions. Il ne peut aliéner son indépendance sous quelque forme que ce soit ».

CONCLUSION GENERALE

La loi HPST offre une formidable opportunité d'ouverture à la profession de pharmacien d'officine. D'une part, les articles 36 et 38 reconnaissent des compétences pharmaceutiques nouvellement inscrites dans la loi. D'autre part, bien que facultatives, les nouvelles missions du pharmacien inscrites dans le texte de loi constituent un enjeu d'amélioration du système de santé, de l'image du pharmacien et de l'économie des officines de pharmacie. L'éducation du patient dans ses différentes formes est un point primordial et novateur énoncé au travers des articles 36 et 38.

Dans la réorganisation du système de soin centré sur le patient, le pharmacien contribue à rendre ses patients acteurs de leur propre santé. La loi HPST demande donc au pharmacien des compétences relationnelles poussées et d'adopter un savoir-être spécifique aux domaines de la communication pharmacien-patient et de l'éducation du patient.

Différents acteurs qui influent sur la pratique et l'économie officinale proposent des outils d'aide à la communication pharmacien-patient. Ceux-ci représentent des aides pédagogiques intéressantes, jalonnent le parcours du patient à l'officine, ponctuent le cheminement du patient dans son changement de comportement. Cependant, ces outils ne sauraient remplacer le pharmacien communiquant et éducateur : ils doivent s'inscrire dans un conseil personnalisé, un suivi réfléchi ou un plan d'éducation planifié et guidé. Véritable gain de temps pour le pharmacien d'officine, les outils « clés en main » sont à choisir avec pertinence et discernement.

Une formation sérieuse et adaptée des pharmaciens à la communication pharmacien-patient et à l'éducation est nécessaire. L'efficience des nouvelles missions de la loi HPST et l'image de professionnel de santé du pharmacien en dépendent.

Il est donc primordial que les pharmaciens, dans une cohésion professionnelle synchrone, saisissent cette opportunité révolutionnaire qu'offre la loi HPST dans la redéfinition de leur relation aux patients. Dans notre société de consumérisme et de vitesse, trop souvent déshumanisée, le pharmacien reste à la portée de tous en tout

point du territoire. Fort de ses compétences scientifiques, techniques et relationnelles, le pharmacien n'aurait-il pas une place privilégiée dans un système de soins qui se veut respecter le choix des patients ?

BIBLIOGRAPHIE

[P1] Dillemann G., Bonnemain H., Boucherle A. La Pharmacie Française, ses origines, son histoire, son évolution. TEC & DOC – LAVOISIER ; 1992. (Retirage broché 2008). 150 pages.

[P2] Kaczmarek M. De l'apothecus au pharmacien d'officine. Th D Pharm, Nancy 1; 2001. 265 pages.

[P3] Nancy-Université, Université Henri Poincaré. L1 Santé : Rentrée 2010 à l'UHP.

[P4] Collin J-F. Enquête auprès des pharmaciens d'officines 98/99. Baromètres des éditions CFES. 1999. 64 pages.

[P5] Le Petit Larousse Illustré. Définition de soin ; page 947. LAROUSSE – BORDAS ; 1998. 1784 pages.

[P6] CPNEP. Document de la Commission Pédagogique Nationale des Etudes de Pharmacie. Version juin 2009.

[P7] Arcand R., Bourbeau N. La communication efficace : de l'intention aux moyens d'expression. Adaptation européenne par Jezierski M. DE BOECK UNIVERSITE ; 1998. 452 pages.

[P8]] Iandolo C. Guide pratique de la communication avec le patient : Techniques, art et erreurs de la communication. MASSON ; 2006. 224 pages.

[P9] Arcand R., Bourbeau N. La communication efficace : de l'intention aux moyens d'expression. DE BOECK UNIVERSITE ; 1998. 473 pages.

[P10] Richard C., Lussier M.-T. La communication professionnelle en santé. ERPI ; 2005 ; Canada. 840 pages.

[P11] Perspectives : revue trimestrielle d'éducation comparée. Carl Rogers (1902-1987). Vol.XXIV, n°3/4, 1994, p429-442. Paris, UNESCO : Bureau international d'éducation, 2000.

[P12] D'Ivernois J.-F., Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique. MALOINE ; 2004. 155 pages.

[P13] Lacroix A., Assal J.-P. L'éducation thérapeutique des patients – Nouvelles approches de la maladie chronique. MALOINE ; 2e édition. 240 pages.

[P14] Ogden J. Psychologie de la santé. DEBOECK ; 1ère édition, 2008.

[P15] Cazaban M., Duffour J., Fabbro-Peray P. Santé publique. MASSON ; 2005. 1249 pages.

[P16] Pavot A.-L. L'éducation du patient à l'officine : enquête et perspectives. Th D Pharm, Nancy 1; 2008. 214 pages.

[P17] BRAS P.-L. et al. Rapport de l'IGAS N°RM2011-090P « Pharmacie d'officine : rémunération, mission, réseau ». Juin 2011. 208 pages.

[P18] Pôle de Santé du Pays de Revigny. Le Projet de Santé du Pôle de Santé du Pays de Revigny. Mars 2010.

[P19] Saurel V. Les essentiels du pharmacien : La vitrine. LE MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES. EDITIONS GROUPE LIAISONS SA ; 1999. 83 pages.

[P20] Schwing L. Impact de la vitrine des officines sur le public. Th D Pharm, Nancy 1; 1993. 81 pages.

[P21] Soulignac C., Nhaoua R., Belin J. Quelques mots d'Ordre : la communication officinale. UNE BULLE EN PLUS. Mai 2010. 34 pages.

[P22] Saurel V. Réussir l'agencement de son officine (2ème édition). LE MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES. WOLTERS KLUWER ; 2007. 135 pages.

[P23] Saurel V. Les essentiels du pharmacien : Le merchandising. LE MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES. EDITIONS GROUPE LIAISONS SA ; 1999. 101 pages.

[P24] GERACFAS. Modules AS/AP : Relation-communication. MASSON ; 2007. 115 pages.

[P25] PHARMAGEST. Nouvelles stratégies d'impact en officine : éduquer et accompagner. Fiche informative remise par PHARMAGEST à ses clients potentiels. Consultée le 1er février 2011.

[P26] PHARMAGEST. Plan de posologie du service de suivi des traitements proposé par le logiciel LGPI®. Consulté le 1er février 2011.

[P27] GENY J. PHARMAGEST Interactive : expert de l'e-communication officinale. Document interne à l'entreprise PHARMAGEST, communication personnelle de Mme Joëlle GENY pharmacien responsable contenu. Consulté le 1er février 2011.

[P28] TEVA CLASSICS. Mieux connaitre ma maladie, « J'ai de l'hypertension » fiche 1 : l'hypertension artérielle. Disponible par impression à partir du logiciel LGPI®. 2008.

[P29] PHARMAGEST. Communiqué de presse : « Le diabète : les pharmaciens se sont mobilisés ». Communication personnelle de Mme Joëlle GENY pharmacien responsable contenu. Consulté le 12 février 2011.

[P30] Collectif des Groupements de Pharmaciens. Dépistage des facteurs de risques cardiovasculaires : recueil des documents de travail. Document de promotion du coffret de dépistage remis aux pharmaciens titulaires intéressés. Novembre 2010.

[P31] PHARMACTIV. Les bonnes résolutions : le mini-guide pour arrêter définitivement de fumer. Brochure réalisées en partenariat avec les laboratoires GSK et Novartis. Brochure fournie par PHARMACTIV à ses pharmaciens adhérents.

[P32] Pharmactiv. Mon carnet de traitement. Brochure fournie par PHARMACTIV à ses pharmaciens adhérents.

[P33] Assurance Maladie. Asthme : Comment bien utiliser les dispositifs d'inhalation ? Brochure fournie par l'Assurance Maladie aux pharmaciens titulaires. Septembre 2010.

[P34] Assurance Maladie. Questionnaire sur l'asthme. Brochure fournie par l'Assurance Maladie aux pharmaciens titulaires.

[P35] Assurance Maladie. Asthme : quelle conduite adopter par le pharmacien ? Brochure fournie par l'Assurance Maladie aux pharmaciens titulaires. Octobre 2010.

SITES INTERNET CONSULTES

[W1] Kassel D. De l'apothicaire au pharmacien. Juillet 1996. Documents de référence du site de l'Ordre des Pharmaciens – Histoire et art pharmaceutique. http://www.ordre.pharmacien.fr/upload/Syntheses/94.PDF, consulté le 02 septembre 2010.

[W2] Fouassier E. Le cadre général de la loi du 21 Germinal An XI. Mars 2003. Document du site de l'Ordre des Pharmaciens. http://www.ordre.pharmacien.fr/upload/Syntheses/214.pdf, consulté le 14 septembre 2010.

[W3] Chauveau S. Les origines de l'industrialisation de la pharmacie avant la Première Guerre mondiale. In: Histoire, économie et société. 1995, 14e année, n°4. pp. 627-642. Document publié sur le site Persée. http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/hes_0752-5702_1995_num_14_4_1794, consulté le 22 septembre 2010.

[W4] Rueff J., Armand L., et all. Rapport sur les obstacles à l'expansion économique, présenté par le comité institué par le décret N°59-1284 du 13 novembre 1959 http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000508/0000.pdf, consulté le 25 septembre 2010.

[W5] Safon M.-O., Suhard V. avec la collaboration de Pichetti S. La politique du médicament en France. Février 2010. http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriquePolitiqueMedicament.pdf, consulté le 02 octobre 2010.

[W6] Loi n°2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence. http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=779526D06C7D4661E19AA2E6842993C5.tpdjo15v_2?idArticle=LEGIARTI000006690146&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20010706, consulté le 07 octobre 2010.

[W7] Décret n°2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence. http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=779526D06C7D4661E19AA2E6842993C5.tpdjo15v_2?cidTexte=JORFTEXT000000593371&idArticle=LEGIARTI000006207366&dateTexte=20020110&categorieLien=cid#LEGIARTI000006207366, consulté le 07 octobre 2010.

[W8] Loi n°2007-127 du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique (1) (Titre résultant de la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007). Article L161-36-4-2. http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=4E30E57DA353053104B785174DC88432.tpdjo17v_1?idArticle=LEGIARTI000006741285&cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20071221, consulté le 07 octobre 2010.

[W9] Ordre des Pharmaciens. Le Dossier Pharmaceutique. Mis à jour le 30 septembre 2008. http://www.ordre.pharmacien.fr/DP/index1.htm, consulté le 07 octobre 2010.

[W10] Décret n° 2008-641 du 30 juin 2008 relatif aux médicaments disponibles en accès direct dans les officines de pharmacie.

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019103892, consulté le 07 octobre 2010.

[W11] AFSSAPS. Informations sur la médication officinale : Les médicaments en accès direct, Professionnels de santé. Juillet 2008. http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/98c65ccf595a17d39a6dc1396c5db3cb.pdf, consulté le 07 octobre 2010.

[W12] Première Année Commune des Etudes de Santé. http://www.paces.cc/faculte-paces.php, consulté le 22 juillet 2011.

[W13] Faculté de pharmacie de l'Université d'Auvergne. Programmes pharmacie. http://pharmacie.u-clermont1.fr/l2-pharmacie.html, consulté le 22 juillet 2011.

[W14] Adenot I., Parot J., Paresys-Barbier J., Scagliola N. Pharmacien d'officine, un métier au cœur du système de soins. Ordre National des Pharmaciens. Mai 2004. http://www.ordre.pharmacien.fr/fr/jaune/index3_synthese1.asp?id=145&lib=Syntheses%20pharmaceutiques, consulté le 10 octobre 2010.

[W15] Vayssette J. Quelques réflexions sur la pharmacie d'officine. Janvier 2001. http://www.ordre.pharmacien.fr/fr/jaune/index3_synthese1.asp?id=86&lib=Syntheses%20pharmaceutiques, consulté le 10 octobre 2010.

[W16] Ordre National des Pharmaciens. La pharmacie d'officine en France : bilan et perspectives. Livre blanc Janvier 2008. http://www.ordre.pharmacien.fr/fr/jaune/index3_synthese1.asp?id=276&lib=Officine%20-%20qualite, consulté le 10 octobre 2010.

[W17] Jaquemet S., Certain A. Education thérapeutique du patient : rôles du pharmacien. Bulletin de l'Ordre 367. Juillet 2000. http://www.ordre.pharmacien.fr/fr/jaune/index3_synthese1.asp?id=72&lib=Syntheses%20pharmaceutiques, consulté le 13 octobre 2010.

[W18] Dreux C., Blanchet F. L'éducation thérapeutique des patients, une ardente obligation pour les pharmaciens. Bulletin de l'Ordre 405. Décembre 2009. http://www.ordre.pharmacien.fr/upload/Syntheses/318.pdf, consulté le 13 octobre 2010.

[W19] LNP n°324. FIP 2006 : Trois prises de positions communes. Septembre 2006. http://www.ordre.pharmacien.fr/Actualites/frame_news1.asp?actu_id=680, consulté le 13 octobre 2010.

[W20] LNP n°245. Les pharmacies de Bourgogne engagées comme « sites de dépistage ». http://www.ordre.pharmacien.fr/Actualites/frame_news1.asp?actu_id=220, consulté le 13 octobre 2010.

[W21] Chevrier M. Une nouvelle campagne de sensibilisation au dépistage du cancer du col de l'utérus. Juin 2009. http://www.e-cancer.fr/toutes-les-actualites/588/2692, consulté le 13 octobre 2010.

[W22] Enquête IPSOS-Pharmagora. Les pharmaciens sont aussi des « éducateurs de santé ». Janvier 2006. http://www.ipsos.fr/CanalIpsos/articles/1828.asp, consulté le 13 octobre 2010.

[W23] IPSOS Santé. Etude « les Français et leur pharmacien ». Rapport d'étude Janvier 2008. http://www.ipsos.fr/CanalIpsos/attachment/2427-3-enquete-86.pdf, consulté le 14 octobre 2010.

[W24] Ministère de la Santé et des Sports. Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST), l'historique du projet de loi. 12 Février 2009. http://www.sante-sports.gouv.fr/l-historique-du-projet-de-loi.html, consulté le 16 octobre 2010.

[W25] DHOS, ONDPS. Etats généraux sur l'organisation de la santé (EGOS), synthèse des travaux des deux journées nationales. 8 février et 9 avril 2008. http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_egos.pdf, consulté le 17octobre 2010.

[W26] Larcher G. et al. Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher. 10 avril 2008. http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Larcher_definitif.pdf, consulté le 17 octobre 2010.

[W27] Flajolet A. et al. Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire. 28 avril 2008. http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Flajolet.pdf, consulté le 18 octobre 2010.

[W28] Enquête IPSOS-Pharmagora. Enquête sur le moral des pharmaciens face aux réformes du système de santé. http://www.wkf.fr/pdf/presse/sondage-moral-des-pharmaciens.pdf, consulté le 20 octobre 2010.

[W29] Ministère de la Santé et des Sports. « Hopital, patients, santé, territoires », une loi à la croisée de nombreuses attentes. Septembre 2009. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Loi_Hpst_07-09-09.pdf, consulté le 17 décembre 2010.

[W30] JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte n° 1. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id#JORFARTI000020879483, consulté le 18 décembre 2010.

[W31] Milon A. Rapport de cession ordinaire du Sénat N°380. Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires : examen des articles. 6 mai 2009. http://www.senat.fr/rap/l08-380-1/l08-380-10.html, consulté le 18 décembre 2010.

[W32] Rioli M. Rapport de synthèse du groupe de travail pharmaciens d'officine : « Le pharmacien d'officine dans le parcours de soins ». 9 juillet 2009. http://www.uspo.fr/IMG/pdf_Redaction_finale_rapport_de_synthese_pharmaciens_d_officine_a_publier.pdf, consulté le 18 décembre 2010.

[W33] Ptidico.com. Définition de soin. http://definition.ptidico.com/soin.html, consulté le 18 décembre 2010.

[W34] JORF n°185 du 11 août 2004 page 14277 texte n° 4. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (1). http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=39F348013F268274E1D5BECCA040944C.tpdjo02v_1?cidTexte=JORFTEXT000000787078&categorieLien=id, consulté le 19 décembre 2010.

[W35] Journal Officiel de la République Française n°0178 du 4 août 2010 page 14392 texte n°27. Décret n°2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022664557&dateTexte=&categorieLien=id, consulté le 24 décembre 2010.

[W36] Académie Nationale de Pharmacie. Le pharmacien et la santé publique en France. Octobre 2005. http://www.acadpharm.org/dos_public/pharmacien_et_sante.pdf, consulté le 30 décembre 2010.

[W37] Ordre National des Pharmaciens. Le code de déontologie : des valeurs communes à respecter par les pharmaciens. http://www.ordre.pharmacien.fr/fr/bleu/index1_4.htm, consulté le 17 juillet 2011.

[W38] Boudreau G. Le changement de comportement en général. http://www8.umoncton.ca/littoral-vie/ecosage/Gaston2.rtf, consulté le 20 juillet 2011.

[W39] Editions Help Medical. Les étapes de changement de comportement. http://www.editionshelpmedical.com/web/conseils-sante/les-etapes-de-changement-de-comportement/, consulté le 20 juillet 2011.

[W40] Grichy J. Intérêt de l'informatique pour la prévention. http://www.urml-idf.org/urml/medec03/Dr_Grichy.pdf, consulté le 19 décembre 2010.

[W41] INPES. Charte d'Ottawa OMS 1986. http://www.inpes.sante.fr/HPS/promotion.asp, consulté le 20 décembre 2010.

[W42] HAS. Education Thérapeutique du Patient : définition, finalités et organisation. 2007. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf, consulté le 23 décembre 2010.

[W43] HAS. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Juin 2007. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf, consulté le 24 décembre 2010.

[W44] Journal Officiel de la République Française n°0178 du 4 août 2010 page 14391 texte n°25. Décret n°2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient. http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022664533&categorieLien=id, consulté le 24 décembre 2010.

[W45] Journal Officiel de la République Française n°0178 du 4 août 2010 page 14397 texte n°30. Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=041555DEC535B21A4988F1D0E5B07EC4.tpdjo12v_2?cidTexte=JORFTEXT000022664581&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id, consulté le 24 décembre 2010.

[W46] JORF n°0082 du 7 avril 2011 page 6199 texte n° 16. Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants. http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=6D3EFC46F40F84A745A130D4E7531E30.tpdjo12v_2?cidTexte=JORFTEXT000023823152&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id, consulté le 10 avril 2011.

[W47] Académie Nationale de Pharmacie. Rôle du Pharmacien Correspondant. Décembre 2009. http://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_Pharmacien_Correspondant_RM_RMC_JPC__Vd_23_dc_09_word.pdf, consulté le 27 décembre 2010.

[W48] ARS. Nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé. http://www.ars.sante.fr/Nouveaux-modes-de-remuneration.98086.0.html, consulté le 27 mars 2011.

[W49] ARS. Nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé : Objectifs. 07/2010. http://www.ars.sante.fr/fileadmin/HAUTE-NORMANDIE/rubriques/Acteurs_en_sante/Financements/Experimentation/objectifs.pdf, consulté le 27 mars 2011.

[W50] ARS. Nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé : Mode d'emploi. 07/2010. http://www.ars.sante.fr/fileadmin/HAUTE-NORMANDIE/rubriques/Acteurs_en_sante/Financements/Experimentation/mode_d_emploi.pdf, consulté le 27 mars 2011.

[W51] ARS. Nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé : Module 1 « missions coordonnées ». 07/2010. http://www.ars.sante.fr/fileadmin/HAUTE-NORMANDIE/rubriques/Acteurs_en_sante/Financements/Experimentation/module1.pdf, consulté le 27 mars 2011.

[W52] ARS. Nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé : Module 2 « Education thérapeutique du patient ». 07/2010. http://www.ars.sante.fr/fileadmin/HAUTE-NORMANDIE/rubriques/Acteurs_en_sante/Financements/Experimentation/module2.pdf, consulté le 27 mars 2011.

[W53] APICEM. Apicrypt : cryptage de données médicales. http://www.apicrypt.org/index.php?page=1, consulté le 27 mars 2011.

[W54] Saurel V. L'autotest : déclaré d'utilité publique ! http://www.vscommunication.com/index.php?page=autotest, consulté le 23 janvier 2011.

[W55] Ordre des Pharmaciens. Les Nouvelles Pharmaceutiques : la lettre. Prévention, éducation pour la santé, bon usage du médicament : les officinaux autorisés à vendre des supports d'information. Bimensuel n°216 – 25 mai 2001 p.11. ISSN 1267-2025. http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Connaitre-le-Cespharm/Activites/Consultation-supports-d-information-destines-a-la-vente-en-officine, consulté le 23 janvier 2011.

[W56] Grevot C. Logiciels : peut mieux faire. Le Pharmacien de France N°1219 : Pratique informatique. Avril 2010. http://www.lepharmacien.fr/avril-2010/informatique-logiciels-peut-mieux-faire.html, consulté le 31 janvier 2011.

[W57] IDS Santé, Pharmagest, Intermedix. Premier Baromètre de l'Information Santé. Juin 2009. http://esante.gouv.fr/sites/default/files/Barometre_Information_Sante2009.pdf, consulté le 31 janvier 2011.

[W58] PHARMAGEST Interactive. Ma Pharmacie Mobile. http://www.mapharmaciemobile.com/, consulté le 18 février 2011.

[W59] Collectif national des groupements de pharmaciens d'officine. Qui sommes-nous ? http://www.collectif-groupements-pharmaciens.fr/cad.asp, consulté le 13 février 2011.

[W60] CNGPO, Allianz. Communiqué de presse : Dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire à l'officine : le CNGPO et Allianz s'engagent et contribuent à la gestion du risque et à la prévention des

affections longue durée. 18 janvier 2011. http://servweb.allianz.fr/brikdoc/gdoc/consultation/open_blob.asp?chrono=CP2011N090493.pdf, consulté le 13 février 2011.

[W61] Allianz, CNGPO. La charte du pharmacien partenaire. http://www.collectif-groupements-pharmaciens.fr/charte.pdf, consulté le 13 février 2011.

[W62] Collectif des groupements de pharmaciens. Dépistage des maladies rénales en Pays de Loire. 15 octobre – 15 décembre 2007. http://www.collectif-groupements-pharmaciens.fr/images_bdd/presse/DP_d%E9pistage_pays_loire.pdf, consulté le 18 février 2011.

[W63] Collectif des groupements de pharmaciens. Communiqué de presse : Dépistage des dysfonctionnements rénaux, n'oublions pas les officinaux ! 10 octobre 2008. http://www.collectif-groupements-pharmaciens.fr/images_bdd/presse/CP_10_10_08_IRC.pdf, consulté le 18 février 2011.

[W64] Cousin S. Le suivi personnalisé du diabète à l'officine. Impact Pharmacien n°273. 24 novembre 2010. http://www.celtipharm.com/Portals/0/Documents/DOC-Pdf/DOC-IMPACT-101210-VotreEntreprise_CAU.pdf, consulté le 26 février 2011.

[W65] Dreux C. Connaitre le CESPHARM. 12 janvier 2011. http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Connaitre-le-Cespharm, consulté le 27 février 2011.

[W66] CESPHARM. Connaitre le CESPHARM : Activités. 26 janvier 2010. http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Connaitre-le-Cespharm/Activites, consulté le 27 février 2011.

[W67] CESPHARM. Connaitre le CESPHARM : Missions. 26 janvier 2010. http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Connaitre-le-Cespharm/Missions, consulté le 27 février 2011.

[W68] CESPHARM. Programme vitrines. 22 janvier 2010. http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Agir-au-quotidien/Programme-Vitrines, consulté le 27 février 2011.

[W69] CESPHARM. Enquête d'évaluation : programme « vitrines d'éducation et de prévention pour la santé ». 23 février 2009. http://www.cespharm.fr/fr/content/download/5733/106231/version/1/file/resultat-enquete-vitrines.pdf, consulté le 27 février 2011.

[W70] CESPHARM. Vitrines d'éducation et de prévention pour la santé. Octobre 2010. http://www.cespharm.fr/fr/content/download/5732/106228/version/6/file/dossier-presentation-vitrines-2010.pdf, consulté le 27 février 2011.

[W71] CESPHARM. Catalogue des brochures. http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/%28type%29/76, consulté le 27 février 2011.

[W72] CESPHARM. Feuille de relevé d'auto-mesure tensionelle. Janvier 2006. http://www.cespharm.fr/fr/content/download/3169/49951/file/feuille-de-releve-d-automesure-tensionnelle-fiche-de-suivi.pdf, consulté le 27 février 2011.

[W73] CESPHARM. Grossesse et accueil de l'enfant : outil pédagogique. http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/Grossesse-et-accueil-de-l-enfant-outil-pedagogique, consulté le 27 février 2011.

[W74] CESPHARM. Aide à l'arrêt du tabac. 1er septembre 2003. http://www.cespharm.fr/fr/content/download/3148/49531/file/aide-a-l-arret-du-tabac-fiche-de-suivi.pdf, consulté le 13 mars 2011.

[W75] JORF n°47 du 24 février 2002 page 3532 texte n° 25. Arrêté du 15 février 2002 fixant la liste des marchandises dont les pharmaciens peuvent faire le commerce dans leur officine. http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000593784&dateTexte=, consulté le 13 mars 2011.

[W76] CESPHARM. Supports d'information destinés à la vente en officine : avis favorables rendus par le Cespharm. 14 octobre 2009. http://www.cespharm.fr/fr/content/download/5541/102001/version/2/file/avis-favorable-supports-oct2009.pdf, consulté le 13 mars 2011.

[W77] Le Point. SONDAGE - Plus d'un Français sur deux doté d'Internet l'utilise pour des conseils de santé. 4 janvier 2011. http://www.lepoint.fr/sante/sondage-plus-d-un-francais-sur-deux-dote-d-internet-l-utilise-pour-des-conseils-de-sante-04-01-2011-126465_40.php, consulté le 20 mars 2011.

[W78] Azéma C. Assemblée nationale, XIIIe législature, session ordinaire de 2010-2011 : Compte rendu
intégral, deuxième séance du jeudi 3 mars 2011. http://www.assemblee-nationale.fr/13/cri/2010-2011/20110133.asp, consulté le 20 mars 2011.

[W79] HAS. La certification des sites de santé en France. Décembre 2008. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/bilan_certification_novembre_2007_novembre2008.pdf, consulté le 20 mars 2011.

[W80] HON. Vers une transparence du contenu éditorial sur internet. http://www.hon.ch/HONcode/Pro/Visitor/visitor_f.html, consulté le 20 mars 2011.

[W81] HON. La barre d'outils HONcode. http://www.hon.ch/HONcode/Plugin/Plugins_f.html, consulté le 20 mars 2011.

[W82] HON. Conseils aux patients pour l'utilisation d'Internet en toute confiance. http://www.hon.ch/HONcode/Pro/visitor_safeUse_f.html, consulté le 20 mars 2011.

FACULTE DE PHARMACIE

UNIVERSITE DE LORRAINE

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : 24 avril 2012

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présenté par SAUCE ANTOINE

Sujet :

Les nouvelles missions de la loi HPST pour le pharmacien d'officine : une exigence accrue en matière de communication avec le patient

Jury :

Président : MME BENOIT EMMANUELLE
Directeur : MME BENOIT EMMANUELLE
Maître de Conférences à la Faculté de Pharmacie de Nancy
Juges :
MME PAULUS FRANCINE
Maître de Conférences à la Faculté de Pharmacie de Nancy
MLLE AUBERT MARIE-NOELLE
Pharmacien d'officine
MME GENY JOELLE
Pharmacien Responsable Contenu Pharmagest

Vu,

Nancy, le 12 Mars 2012

Le Président du Jury — Le Directeur de Thèse

Benoit — Benoit

M.me BENOIT — M. me BENOIT.

Vu et approuvé,

Nancy, le 13 MARS 2012

Doyen de la Faculté de Pharmacie
de l'Université Henri Poincaré - Nancy 1,

UNIVERSITE DE LORRAINE
FACULTE DE PHARMACIE

Francine PAULUS

Vu,

Nancy, le 20.03.2012

L'Administrateur Provisoire de l'UDL,

Jean-Pierre FINANCE

N° d'enregistrement : 3925

N° d'identification : 3925

TITRE

Les nouvelles missions de la loi HPST pour le pharmacien d'officine : une exigence accrue en matière de communication avec le patient

Thèse soutenue le 24 avril 2012
Par Antoine SAUCE

RESUME :

Spécialiste du médicament, mais aussi acteur de santé très proche de la population, le pharmacien d'officine voit une nouvelle fois sa profession s'enrichir de missions de service public. Les articles 36 et 38 du titre II de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires, confèrent au pharmacien d'officine un statut législatif de soignant et d'éducateur du patient, et renforcent donc l'exigence d'établir une communication de qualité avec le patient.

Après avoir retracé les évolutions passées de la profession qui l'ont menée jusqu'à la place qu'elle occupe actuellement au sein du système de soins, nous nous intéressons au cadre juridique délimité par ces articles 36 et 38 et à l'évolution de la définition de la profession de pharmacien établie par ces textes de loi. Nous avons restreint l'étude des missions du pharmacien d'officine au domaine de la communication pharmacien-patient et abordons les notions de communication permettant de comprendre les nouvelles compétences en communication requises par ces articles de loi. Nous nous attardons également sur les outils à la disposition du pharmacien d'officine pour améliorer la communication pharmacien-patient en vue de ces nouvelles missions.

Le décryptage de l'opportunité que représentent la loi HPST pour le pharmacien d'officine et de l'intérêt des outils d'aide à la communication proposés par différents éditeurs, nous mène à considérer les préalables et les obstacles à la mise en pratique des nouvelles missions du pharmacien d'officine.

MOTS CLES : Loi HPST – Communication – Education du patient – Conseil officinal – Pharmacien d'officine

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
Madame le Docteur Emmanuelle BENOIT	**Département de Langues et Communication Appliqués à la Santé** **–** **Faculté de Pharmacie de Nancy**	**Travail personnel** **Thème 6**

Thèmes : 1- Sciences fondamentales **2- Hygiène/Environnement**
3- Médicament **4- Alimentation – Nutrition**
5- Biologie **6- Pratique professionnelle**