



**HAL**  
open science

# L'éducation thérapeutique à l'officine : Lien avec le monopole pharmaceutique : Propositions de développement

Sébastien Martini

► **To cite this version:**

Sébastien Martini. L'éducation thérapeutique à l'officine : Lien avec le monopole pharmaceutique : Propositions de développement. Sciences pharmaceutiques. 2009. hal-01732061

**HAL Id: hal-01732061**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732061v1>**

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.



## 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-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-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.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**UNIVERSITE HENRI POINCARÉ - NANCY 1**

**2009**

---

**FACULTE DE PHARMACIE**

**L'EDUCATION THERAPEUTIQUE A L'OFFICINE**

**- Lien avec le monopole pharmaceutique**

**- Propositions de développement**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement

**Le 30 janvier 2009**

pour obtenir

**le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie**

par **Sébastien MARTINI**  
né le 28 novembre 1983 à Metz (57)

**Membres du Jury**

**Président :** Mme Emmanuelle BENOIT,

Maître de Conférences, Faculté de Pharmacie de Nancy.

**Juges :** Mme Monique DURAND,

Docteur en Pharmacie et Présidente du C.R.O.P de Lorraine.

M. Christophe COCHAUD,

Professeur Agrégé, Faculté de Pharmacie de Nancy.

UNIVERSITE Henri Poincaré - Nancy 1  
FACULTE DE PHARMACIE

**DOYEN**

Chantal FINANCE

**Vice-Doyen**

Francine PAULUS

**Président du Conseil de la Pédagogie**

Pierre LABRUDE

**Responsable de la Commission de la Recherche**

Jean-Claude BLOCK

**Directeur des Etudes**

Gérald CATAU

**Responsable de la Commission des Relations Internationales**

Janine SCHWARTZBROD

**Responsable de la Communication**

Francine KEDZIEREWICZ

**Responsable de la Commission Hygiène Sécurité**

Laurent DIEZ

**Responsable de la filière Officine :**

Gérald CATAU

**Responsables de la filière Industrie :**

Isabelle LARTAUD

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

**Responsable du CEPH :**

(Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier)

Jean-Michel SIMON

**Doyen Honoraire :** Claude VIGNERON

**Professeur Emérite :** Gérard SIEST

**Professeurs Honoraires**

Thérèse GIRARD

Michel JACQUE

Lucien LALLOZ

Pierre LECTARD

Vincent LOPPINET

Marcel MIRJOLET

François MORTIER

Maurice PIERFITTE

Louis SCHWARTZBROD

**Maîtres de Conférences Honoraires**

Marie-Claude FUZELLIER

Françoise HINZELIN

Marie-Andrée IMBS

Marie-Hélène LIVERTOUX

Jean-Louis MONAL

Marie-France POCHON

Anne ROVEL

Maria WELLMAN-ROUSSEAU

**Assistante Honoraire**

Marie-Catherine BERTHE

## ENSEIGNANTS

### PROFESSEURS

Gilles AULAGNER .....	Pharmacie clinique
Alain BAGREL .....	Biochimie
Jean-Claude BLOCK .....	Santé publique
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON .....	Pharmacologie cardiovasculaire
Chantal FINANCE .....	Virologie, Immunologie
Pascale FRIANT-MICHEL .....	Mathématiques, Physique, Audioprothèse
Marie-Madeleine GALTEAU.....	Biochimie clinique
Christophe GANTZER .....	Microbiologie environnementale
Max HENRY .....	Botanique, Mycologie
Jean-Yves JOUZEAU .....	Bioanalyse du médicament
Pierre LABRUDE .....	Physiologie, Orthopédie, Maintien à domicile
Dominique LAURAIN-MATTAR.....	Pharmacognosie
Isabelle LARTAUD.....	Pharmacologie
Pierre LEROY.....	Chimie physique générale
Philippe MAINCENT.....	Pharmacie galénique
Alain MARSURA.....	Chimie thérapeutique
Patrick MENU.....	Physiologie et physiopathologie humaine
Jean-Louis MERLIN.....	Biologie cellulaire oncologique
Alain NICOLAS.....	Chimie analytique
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS.....	Chimie thérapeutique
Bertrand RIHN.....	Biochimie, Biologie moléculaire
Janine SCHWARTZBROD .....	Bactériologie, Parasitologie
Jean-Michel SIMON.....	Economie de la santé, Législation pharmaceutique
Claude VIGNERON.....	Hématologie, Physiologie

### MAITRES DE CONFERENCES

Monique ALBERT.....	Bactériologie, Virologie
Sandrine BANAS.....	Parasitologie
Mariette BEAUD.....	Biologie cellulaire
Emmanuelle BENOIT.....	Communication et Santé
Michel BOISBRUN.....	Chimie thérapeutique
Catherine BOITEUX.....	Biophysique, Audioprothèse
François BONNEAUX.....	Chimie thérapeutique
Cédric BOURA.....	Physiologie
Gérald CATAU.....	Pharmacologie
Jean-Claude CHEVIN.....	Chimie générale et minérale
Igor CLAROT.....	Chimie analytique
Jocelyne COLLOMB.....	Parasitologie, Organisation animale
Joël COULON.....	Biochimie
Sébastien DADE.....	Bio-informatique
Dominique DECOLIN.....	Chimie analytique
Béatrice DEMORE.....	Pharmacie clinique
Joël DUCOURNEAU.....	Biophysique, Audioprothèse, Acoustique
Florence DUMARCA Y.....	Chimie thérapeutique
François DUPUIS.....	Pharmacologie
Raphaël DUVAL.....	Microbiologie clinique

Béatrice FAIVRE.....	Hématologie
Adel FAIZ.....	Biophysique-accoustique
Luc FERRARI.....	Toxicologie
Stéphane GIBAUD.....	Pharmacie clinique
Françoise HINZELIN.....	Mycologie, Botanique
Thierry HUMBERT.....	Chimie organique
Frédéric JORAND.....	Santé et Environnement
Francine KEDZIEREWICZ.....	Pharmacie galénique
Alexandrine LAMBERT.....	Informatique, Biostatistiques
Brigitte LEININGER-MULLER.....	Biochimie
Faten MEHRI-SOUSSI.....	Hématologie biologique
Christophe MERLIN.....	Microbiologie environnementale et moléculaire
Blandine MOREAU.....	Pharmacognosie
Maxime MOURER.....	Pharmacochimie supramoléculaire
Dominique NOTTER.....	Biologie cellulaire
Francine PAULUS.....	Informatique
Christine PERDICAKIS.....	Chimie organique
Caroline PERRIN-SARRADO.....	Pharmacologie
Virginie PICHON.....	Biophysique
Anne SAPIN.....	Pharmacie galénique
Marie-Paule SAUDER.....	Mycologie, Botanique
Nathalie THILLY.....	Santé publique
Gabriel TROCKLE.....	Pharmacologie
Noëlle VAULTIER.....	Biodiversité végétale et fongique
Mohamed ZAIYOU.....	Biochimie et Biologie moléculaire
Colette ZINUTTI.....	Pharmacie galénique

#### **PROFESSEUR ASSOCIE**

Anne MAHEUT-BOSSER..... Sémiologie

#### **PROFESSEUR AGREGE**

Christophe COCHAUD..... Anglais

#### **ASSISTANT**

Annie PAVIS..... Bactériologie

#### **SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITE (SCD)**

Anne-Pascale PARRET..... Directeur  
 Jeannine GOLEC..... Responsable de la section Pharmacie-  
 Odontologie

# SERMENT DES APOTHICAIRES



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

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

**De 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 ».

**A Mme Emmanuelle BENOIT,  
Maître de conférences à la Faculté de Pharmacie de Nancy,**

Je la remercie de me faire l'honneur de  
présider le jury de ma thèse. Qu'elle trouve ici  
le témoignage de mon profond respect.

**A Mme Monique DURAND,  
Pharmacienne et Présidente du CROP de lorraine,**

Je la remercie de me faire l'honneur de  
participer à ce jury malgré son emploi du  
temps chargé. Qu'elle trouve ici l'expression  
de ma reconnaissance.

**A M. Christophe COCHAUD,  
Professeur agrégé d'anglais à la Faculté de Pharmacie de Nancy,**

Je le remercie de me faire l'honneur d'accepter  
de participer à ce jury.

**A MARIE,**

Son enthousiasme, son soutien et sa patience furent indispensables tout au long de ce travail.

**A MES PARENTS,**

Qui m'ont permis d'atteindre mon but. Que cette thèse soit le témoignage de la reconnaissance que je leur porte.

**A TOUTE MA FAMILLE,**

**A MES AMIS.**

# **L'EDUCATION THERAPEUTIQUE A L'OFFICINE**

- Lien avec le monopole pharmaceutique**
- Propositions de développement**

# Table des matières

<b>ETUDE DE LA SITUATION DU MONOPOLE PHARMACEUTIQUE EN FRANCE ET DANS LES AUTRES PAYS EUROPEENS .....</b>	<b>6</b>
<b>I. <u>LA PROPRIETE DU CAPITAL DES OFFICINES</u>.....</b>	<b>7</b>
1. <u>Situation européenne</u> .....	7
2. <u>Situation actuelle en France</u> .....	9
<b>II. <u>LE MAILLAGE DEMOGRAPHIQUE</u>.....</b>	<b>9</b>
1. <u>Situation européenne</u> .....	9
2. <u>Situation actuelle en France</u> .....	10
<b>III. <u>LE MONOPOLE DES MEDICAMENTS</u>.....</b>	<b>11</b>
1. <u>Situation européenne</u> .....	11
2. <u>Situation actuelle en France</u> .....	13
<b>L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT.....</b>	<b>15</b>
<b>I. <u>DEFINITION</u>.....</b>	<b>16</b>
<b>II. <u>L'EDUCATION THERAPEUTIQUE ET LE CONTEXTE DE NON- OBSERVANCE</u> .....</b>	<b>18</b>
1. <u>Définition de la notion de non-observance</u> .....	18
2. <u>Epidémiologie</u> .....	18
3. <u>Conséquences de la non-observance</u> .....	19
4. <u>Comment contrer ces dérives ?</u> .....	19
A. Vouloir .....	19
B. Pouvoir .....	20
C. Savoir .....	20
<b>III. <u>LES GRANDES ETAPES DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DES PATIENTS</u> .....</b>	<b>21</b>
1. <u>La relation pharmacien – patient</u> .....	21
A. Le patient : un sujet singulier, ne désirant pas nécessairement son bien .....	21
B. Le patient : un sujet de droit .....	22
a) Le droit à l'information du malade sur son état de santé (Code de santé publique ; L. 1111-2) .....	23

b)	Le droit à la participation (Loi du 2 janvier 2002 ; L.311-3).....	23
c)	Le droit au refus de tout traitement (Code de santé publique ; L. 1111-4) .....	23
d)	Le droit au respect (Loi du 2 janvier 2002 ; L.311-3).....	23
C.	L'action éducative : une relation d'accompagnement d'un sujet en souffrance.	24
2.	<b><u>Le projet d'éducation thérapeutique</u></b> .....	25
3.	<b><u>Evaluation du niveau d'adhésion du patient</u></b> .....	25
4.	<b><u>Gérer son traitement au quotidien : un apprentissage et un développement des compétences</u></b> .....	26
5.	<b><u>Compétences que le patient doit acquérir et entretenir quelque soit la maladie</u></b> ..	27
IV.	<b><u>LES METHODES D'ENSEIGNEMENT ET PRINCIPES DE COMMUNICATION</u></b> .....	30
1.	<b><u>Objectifs pédagogiques</u></b> .....	30
2.	<b><u>Les méthodes d'enseignement</u></b> .....	31
A.	L'apprentissage du vocabulaire médical.....	31
B.	L'apprentissage grâce à des « situations-problèmes » .....	32
C.	Reproduire les gestes pour mieux apprendre .....	33
D.	Place des exposés dans les méthodes d'éducation thérapeutique actuelle.....	34
E.	Une documentation écrite pour support de l'apprentissage .....	35
F.	Place des questions et des explications médicales dans le discours du pharmacien .....	36
a)	Place des questions dans le discours du pharmacien.....	36
b)	Place des explications médicales dans le discours du pharmacien .....	38
3.	<b><u>Deux grands principes de communication à l'officine</u></b> .....	40
A.	Les attitudes spontanées du professionnel de santé .....	40
B.	Le pharmacien face aux émotions et aux réactions du patient.....	43
a)	Le patient qui vient d'apprendre qu'il est malade.....	43
b)	Le patient révolté.....	43
c)	Le patient triste.....	44
d)	Le patient banalisant la situation.....	44
e)	Le déni du patient .....	44
f)	Le patient résigné .....	45

<b>DISCUSSION ET PROPOSITIONS</b> .....	<b>46</b>
<b>I. <u>L'EDUCATION THERAPEUTIQUE PEUT-ELLE CONTRIBUER DE MANIERE DEONTOLOGIQUE AU MAINTIEN DU MONOPOLE PHARMACEUTIQUE ?</u></b> .....	<b>47</b>
1. <i><u>La propriété du capital des officines</u></i> .....	47
2. <i><u>Le maillage démographique</u></i> .....	48
3. <i><u>Le monopole des médicaments</u></i> .....	49
<b>II. <u>PROPOSITIONS POUR FAVORISER LE DEVELOPPEMENT DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE AU SEIN DES OFFICINES</u></b> .....	<b>51</b>
1. <i><u>Proposition applicable sans délai</u></i> .....	51
2. <i><u>Propositions applicables à moyen et long terme</u></i> .....	77
A. Améliorer la formation des pharmaciens en communication et en éducation thérapeutique du patient.....	77
a) La formation initiale en communication .....	77
b) La formation initiale en éducation thérapeutique .....	79
c) La formation continue .....	80
B. Faciliter l'accès du pharmacien aux informations sur le patient, sa pathologie et son traitement.....	82
a) Le DMP (Dossier Médical Personnel) .....	82
b) Le DP (Dossier Pharmaceutique).....	86
C. Guider le patient dans sa quête d'information .....	87
D. Améliorer l'agencement de l'officine .....	89
E. Permettre au pharmacien d'accorder plus de temps aux démarches d'éducation thérapeutique.....	90
F. Développer les rendez-vous pharmaceutiques.....	92
<b>ANNEXES</b> .....	<b>95</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>96</b>

## Table des figures

<i>Figure n° 1 : Les différents types d'exploitation d'officines en Europe.....</i>	<i>8</i>
<i>Figure n° 2 : Les différentes applications du principe de monopole pour la distribution des médicaments en Europe .....</i>	<i>12</i>
<i>Figure n° 3 : Les trois niveaux d'éducation du patient selon l'OMS.....</i>	<i>17</i>
<i>Figure n° 4 : Compétences à acquérir par le patient au terme d'un programme d'éducation thérapeutique.....</i>	<i>28</i>
<i>Figure n° 5 : Guide en éducation thérapeutique du patient à l'officine.....</i>	<i>52</i>
<i>Figure n° 6 : Exemple d'utilisation du guide ; 1<sup>ère</sup> délivrance.....</i>	<i>61</i>
<i>Figure n° 7 : Exemple d'utilisation du guide : 2<sup>nd</sup> délivrance.....</i>	<i>69</i>
<i>Figure n° 8 : Contenu prévu du Dossier médical personnel .....</i>	<i>84</i>
<i>Figure n° 9 : Animation sur le guide d'utilisation du stylo d'insuline humapen Luxura.....</i>	<i>88</i>
<i>Figure n° 10 : Photographie d'un automate destiné aux officines.....</i>	<i>91</i>
<i>Figure n° 11 : Photographie d'un « bras robotisé » .....</i>	<i>91</i>

# Introduction

Le système de santé français, et notamment les officines, sont au cœur de deux grandes réflexions : l'une est nationale, l'autre européenne.

Sur le plan national, la réflexion porte sur les moyens qui pourraient permettre d'enrayer le déficit grandissant de la sécurité sociale en maîtrisant les dépenses de santé tout en continuant à améliorer la qualité des soins. Parmi les propositions à même de résoudre cette difficile équation, l'idée d'un développement de l'éducation thérapeutique des patients semble progressivement émerger. Elle permettrait de limiter la survenue d'évènements iatrogènes souvent coûteux et d'améliorer sensiblement l'observance thérapeutique, gage d'une progression de la qualité des soins [5].

Sur le plan européen, la réflexion concerne l'incompatibilité du système officinal français avec les lois européennes et le traité de Rome. La commission européenne considère, en effet, que le monopole pharmaceutique ne respecte pas le principe de libre concurrence [14]. Elle a donc décidé de mettre en demeure la France, en la sommant de libéraliser rapidement ce modèle monopolistique de distribution des médicaments. Ainsi attaqués, les pharmaciens sont sommés de justifier leur monopole.

On peut donc légitimement se demander si l'éducation thérapeutique des patients, déjà garante d'une progression de la qualité des soins et d'une réduction des coûts, pourrait également constituer un argument de poids dans la défense du monopole pharmaceutique. Pour répondre à cette question, nous étudierons tout d'abord, l'état actuel du monopole pharmaceutique en France et dans les autres pays européens, en insistant sur les menaces qui pèsent sur lui. Ensuite, nous présenterons les grands axes de l'éducation thérapeutique des patients. Puis, nous envisagerons dans quelle mesure cette éducation thérapeutique peut permettre au pharmacien de justifier le maintien du monopole. Nous émettrons pour finir, un ensemble de propositions visant à assurer le développement de l'éducation thérapeutique au sein des officines.

**Partie N°1**

**Etude de la situation du monopole  
pharmaceutique en France et dans les autres  
pays Européens**

Le monopole pharmaceutique est régi par trois principes majeurs. Tout d'abord, la propriété du capital des officines est réservée aux pharmaciens d'officines eux-mêmes. Ensuite, des quotas démographiques encadrent l'ouverture de nouvelles implantations. Enfin, les officines ont le monopole de distribution des médicaments. Aujourd'hui, de moins en moins de pays européens répondent encore pleinement à cette définition. Pour bien comprendre les différentes organisations existant en Europe, nous allons donc étudier à l'échelle européenne, les trois principes majeurs définissant le monopole des officines. Nous insisterons également sur les menaces et pressions qui pèsent sur lui.

## **I. LA PROPRIETE DU CAPITAL DES OFFICINES**

### **1. Situation européenne**

En Europe, l'exploitation des officines peut revêtir différents aspects [4] :

- Soit le pharmacien est propriétaire et indépendant : il exerce donc en nom propre, en nom collectif ou est associé à un réseau.
- Soit le pharmacien n'est pas propriétaire mais est salarié d'une entreprise privée (chaîne d'officine comme en Belgique ou au Royaume-Uni), d'un service public (Etat ou chaîne publique, comme en Suède) ou encore de « mutuelles».

*Figure n° 1 : Les différents types d'exploitation d'officines en Europe [4]*

Type d'exploitation	Pays européens concernés
Modèle exclusif d'officines dont le propriétaire est un seul pharmacien ou un partenariat de pharmaciens	Autriche, <b>France</b> , Danemark, Espagne, Finlande, Allemagne, Grèce, Italie, Bulgarie, Slovénie
Combinaison du modèle précédent et du modèle d'officines dont le propriétaire peut également être :  - une chaîne privée          - l'État	Belgique, Irlande, Pays-Bas, Royaume Uni, République Tchèque, Pologne, Norvège, Slovaquie, Lettonie, Portugal, Croatie, Estonie, Lituanie, Roumanie.          Suède

Le modèle monopolistique de propriété du capital des officines n'est donc plus majoritaire au sein de l'Europe. Cette mutation progressive est principalement due à la pression incessante de la communauté européenne. Celle-ci considère en effet que la propriété du capital ne doit pas être réservée aux seuls pharmaciens ou sociétés de pharmaciens [14]. La plupart des pays qui réservent encore à l'heure actuelle la propriété du capital aux seuls pharmaciens font l'objet de mises en demeure de la part de Bruxelles. C'est le cas de l'Italie par exemple, pour lequel l'affaire est actuellement étudiée par la cour de justice des communautés européennes (CJCE) [17]. Les dossiers concernant l'Espagne ou l'Autriche sont quant à eux en attente d'envoi à la CJCE [19]. Le Portugal a, pour sa part, préféré anticiper un éventuel conflit et a décidé de sa propre initiative en 2006, d'ouvrir le capital des officines à des tiers non pharmaciens [18].

## **2. Situation actuelle en France**

En France, la propriété du capital d'une officine ne peut revenir qu'à un pharmacien diplômé ou à une société de pharmaciens. Tout comme pour les autres pays européens dans cette situation, c'est principalement ce point qu'a attaqué la commission européenne en envoyant une lettre de mise en demeure au ministère des affaires étrangères français en mars 2007 [19]. En effet, Bruxelles pointe du doigt le monopole pharmaceutique, considérant ce dernier comme contraire au traité de Rome et au principe de libre concurrence.

Précisons également que le camp de la déréglementation a également ses partisans en France. Le PDG du fournisseur d'électricité Poweo, Charles Beigbeder, a ainsi rédigé un rapport, remis fin 2007 au secrétaire d'état à la consommation Luc Chatel, dans lequel il prône l'ouverture du capital à des non-pharmaciens. Selon lui, une telle mesure permettrait une baisse des coûts de production [14]. C'est également ce que pense la commission Attali. Dans son rapport regroupant de nombreuses propositions visant à relancer la croissance économique française, elle soumet l'idée d'une ouverture du capital des officines à des tiers, à la condition qu'un pharmacien exerce toujours dans la pharmacie [20].

Ainsi, même si ces différents rapports n'ont pas semblé convaincre Roselyne Bachelot, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports [21], la propriété du capital des officines réservée aux pharmaciens est vivement remise en cause à l'échelle française et européenne. Le risque de voir s'effondrer ce pilier du monopole pharmaceutique est donc de plus en plus élevé.

## **II. LE MAILLAGE DEMOGRAPHIQUE**

### **1. Situation européenne**

A l'exception de quelques pays comme l'Allemagne, la République tchèque, l'Irlande ou encore la Norvège, qui privilégient une installation libre des officines sur leur territoire, la majorité des pays européens ont défini un maillage strict pour l'implantation de leurs pharmacies [4]. Ce maillage assure ainsi une bonne viabilité ainsi qu'une bonne répartition géographique des officines, facilitant l'accès aux médicaments pour les populations reculées.

Les critères retenus peuvent être démographiques et géographiques (dans la plupart des pays) ou peuvent faire référence à la viabilité potentielle d'une officine comme au Royaume-Uni par exemple.

La majorité des pays européens répartissent donc leurs officines en fonction des densités de population présente sur leur territoire. La France et l'Espagne, ont opté pour un maillage « serré » compris entre 1000 et 3500 habitants par officine. Certains pays d'Europe du nord ont, pour leur part, préféré un maillage moins dense se situant entre 6000 et 9000 habitants par officine. Enfin, le Danemark ou la Suède possèdent une densité officinale très faible (plus de 9000 habitants par officine). Cependant, ce maillage peu intense est compensé par la mise en place de points de vente dépositaires secondaires, offrant un choix limité de produits. Le Royaume-Uni a préféré choisir un système sensiblement différent. Il autorise l'implantation d'une officine à condition que l'étude de viabilité effectuée au préalable soit favorable. L'Allemagne et la République tchèque n'interviennent pas, pour leur part, dans la répartition des officines. L'installation est libre et le pharmacien se trouve alors confronté aux réalités de rentabilité et de concurrence. Ces deux modèles se traduisent sur le terrain par un maillage compris entre 3000 à 6000 habitants par officine.

## **2. Situation actuelle en France**

Les règles régissant la répartition des officines en France ont été créées en 1941 afin de pallier une inégalité d'accès aux soins. Elles furent donc le premier exemple de planification sanitaire. Aujourd'hui, ces quotas permettent d'assurer une meilleure répartition territoriale que celle des autres professionnels de santé. En effet, au niveau départemental, l'écart de densité des officines est de 1 à 2 tandis qu'il est de 1 à 3 pour les médecins libéraux et de 1 à 5 pour les laboratoires d'analyse médicale [4].

On peut également préciser que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a modifié les minima de population assurant la survie et le bon fonctionnement des structures existantes. Ainsi, pour créer une officine, il faudra 3500 habitants composant une population non encore décomptée, au lieu de 2500 ou 3000 précédemment. De plus, pour réduire le nombre d'officines dans les zones suréquipées, la loi prévoit que toute nouvelle ouverture

devra se réaliser par transfert d'une officine préexistante, à condition bien sûr que cela ne prive pas la population de la zone de départ d'un approvisionnement normal en médicaments.

En ce qui concerne les règles régissant la répartition des officines, la pression des instances européennes est moindre. En effet, lors du lancement de la procédure d'infraction à l'encontre de la France, les commissaires européens avaient jugé préférable de ne pas inclure dans le champ de l'infraction, les règles de répartition des officines sur le territoire [17]. Cependant, il semblerait que ce point revienne à l'ordre du jour, et que la commission envisage d'envoyer aux autorités françaises, une lettre de mise en demeure complémentaire à ce sujet [19]. A l'échelon français, la commission Attali semble plus virulente en précisant dans son rapport pour la libération de la croissance, qu'elle était également favorable à la suppression du numerus clausus à l'installation [14] [20].

### **III. LE MONOPOLE DES MEDICAMENTS**

#### ***1. Situation européenne***

Pour refléter les pratiques de vente des produits pharmaceutiques en Europe, il est possible de classer les différents pays européens en trois catégories distinctes [4].

*Figure n° 2 : Les différentes applications du principe de monopole pour la distribution des médicaments en Europe [4]*

<b>Etat du monopole</b>	<b>Pays concernés</b>
Application étendue à d'autres produits que le médicament	Espagne, <b>France</b> , Italie, Grèce
Application limitée à la stricte vente des médicaments	Autriche, Belgique, République Tchèque, Luxembourg, Suède, Finlande
Application restreinte à certains types de médicaments (ex : sur ordonnance)	Allemagne, Irlande, Royaume Uni, Pologne, Danemark, Pays-Bas, Portugal

La France, l'Espagne, l'Italie ou encore la Grèce présentent donc un monopole pharmaceutique étendu à l'ensemble des médicaments (nécessitant ou non une prescription) ainsi qu'à certains autres produits (pansements conformes à la pharmacopée par exemple). Parmi ces quatre pays, le monopole pharmaceutique le plus large est celui de l'Espagne. Il s'étend en effet encore à l'ensemble de la parapharmacie et à l'alimentation infantile. Les pharmaciens de Suède, de Finlande ou d'Autriche, jouissent quant à eux d'un monopole limité à la stricte vente des médicaments (produits caractérisés par une A.M.M c'est-à-dire une autorisation de mise sur le marché).

En Allemagne, aux Pays-bas ou au Danemark, le monopole est limité à la vente de certains types de médicaments. La vente de ces derniers n'est donc pas libre mais le monopole des pharmaciens n'est cependant pas absolu. Aux Pays-Bas par exemple, les médicaments à prescription obligatoire sont vendus uniquement en pharmacie. Les autres sont classés en deux catégories : la première catégorie regroupe les médicaments dont la distribution est réservée aux pharmacies et la seconde, regroupe les produits O.T.C (Over The Counter, c'est-à-dire « de l'autre côté du comptoir ») qui sont pour leur part en vente libre chez les droguistes. Il s'agit par exemple des médicaments phytothérapeutiques et homéopathiques. En Allemagne, la vente des médicaments est en principe réservée aux pharmacies, à l'exception d'une liste de préparations autorisées à être vendues dans les supermarchés et les drugstores. Enfin, au Danemark, en raison d'un très faible nombre d'officines, le monopole est aménagé avec des « annexes » de pharmacies, habilitées à vendre plus ou moins de produits sur prescription et en automédication. L'Irlande, quand à elle, présente un monopole limité aux seuls médicaments sur prescription. Il s'agit là de la forme la plus réduite de monopole pharmaceutique en Europe [4].

## **2. Situation actuelle en France**

Comme nous venons de le dire, les officines françaises jouissent encore d'un monopole étendu à l'ensemble des médicaments soumis ou non à prescription, ainsi qu'à d'autres produits « non médicaments ». Par définition, ce monopole pharmaceutique couvre « toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique ». Il s'applique également à quelques autres produits tels que les huiles essentielles et certaines plantes médicinales [art. L.5111-1 du CSP]. Par ailleurs, le pharmacien français ne peut vendre dans son officine que certaines autres catégories de produits limitativement énumérés (cosmétique, hygiène, produits diététiques...).

Contrairement aux deux autres principes du monopole pharmaceutique, cette pratique de vente des médicaments n'est pas remise en cause par l'Europe [19]. La critique reste toutefois très forte à l'échelle nationale. Les rapports Beigbeder et Attali, qui présentent des propositions pour relancer la croissance économique de la France, pointent du doigt l'application du monopole pharmaceutique à l'ensemble des médicaments ainsi qu'à quelques autres produits. Ils proposent également une libéralisation rapide dans ce domaine [14] [20].

D'autre part, le déremboursement massif de certains médicaments au « service médical rendu insuffisant » a entraîné dans les officines une hausse de leur prix pouvant aller jusqu'à 300%. Pour contrer cette hausse rendant ces médicaments inaccessibles aux patients aux revenus modestes, Roselyne Bachelot, ministre de la santé, a fait passer début 2008 environ 200 médicaments en libre accès. Ces médicaments appelés OTC (pour « Over the counter », c'est-à-dire « de l'autre côté du comptoir ») se retrouvent donc à portée de main des clients de l'officine. Cette mesure a pour but d'accroître la concurrence entre les laboratoires, entre les pharmacies et ainsi induire une baisse des prix.

Doit-on donc considérer cette décision comme la première étape d'une libéralisation de ces médicaments ? Les avis divergent mais il est certain que l'impact de cette loi risque d'être déterminant pour l'avenir du monopole pharmaceutique des médicaments. En effet, si la baisse de prix escomptée n'est pas à la hauteur des attentes du gouvernement et que le pharmacien ne justifie pas le prix de vente élevé, par un rôle actif et efficace garantissant la sécurité et la bonne observance, le risque sera alors immense de voir ces médicaments vendus dans la grande distribution par exemple. Malheureusement, de nombreuses enquêtes ont montré que le rôle de certains pharmaciens et ce, pour un certain nombre de spécialités, est insuffisant voir inexistant.

Ainsi, les règles du monopole pharmaceutique ne s'appliquent plus de façon homogène au sein de l'union européenne. Malgré les injonctions de Bruxelles et les rapports Beigbeder et Attali, défavorables au maintien du monopole pharmaceutique, les officines françaises répondent encore pleinement à la définition de ce dernier. Certains pays ont quant à eux déjà cédé face à ces pressions, en engageant une libéralisation de grande ampleur de leur système officinal. Pour comprendre le rôle que pourrait jouer l'éducation thérapeutique des patients dans ce débat complexe, intéressons-nous précisément à celle-ci.

## **Partie N°2**

# **L'éducation thérapeutique du patient**

L'éducation thérapeutique du patient est un processus long et complexe. Pour en comprendre les grands principes, nous allons donc commencer par définir l'éducation thérapeutique du patient. Nous la situerons ensuite dans le contexte de la non-observance, synonyme de baisse de l'efficacité des soins et de surcoût pour l'assurance maladie. Puis, nous étudierons les grandes étapes composant une démarche d'éducation thérapeutique. Nous verrons alors les principales méthodes d'enseignement et les grands principes de communication, indispensables à une éducation thérapeutique efficace.

## **I. DEFINITION**

L'acte éducatif se distingue clairement de l'information et du conseil. L'information est centrée sur le contenu scientifique et technique. Elle consiste à transmettre des renseignements sur un domaine particulier. Elle ne vise pas le changement de comportement mais l'acquisition de savoirs [24].

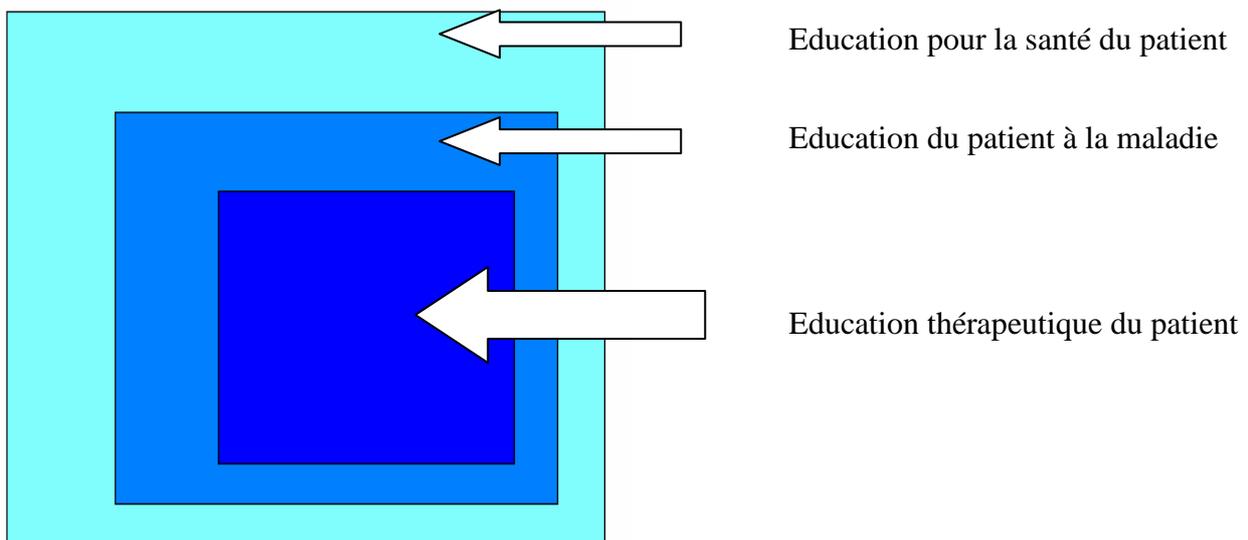
Le conseil est centré sur celui qui le délivre. Les activités de conseil sont caractérisées par des notions de direction et d'orientation. Les professionnels de santé cherchent par leurs conseils à diriger le patient vers un comportement souhaité [24].

L'éducation du patient est quant à elle un processus par étapes, centré sur le patient et intégré dans la démarche de soins. Elle comprend un ensemble d'activités de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale. Ces activités concernent à la fois la maladie, les traitements, les soins, les procédures hospitalières et les comportements de santé. Elle tendent à aider le patient (et sa famille) à comprendre sa maladie et ses traitements, à collaborer avec les professionnels de santé, à prendre en charge son état de santé et ainsi favoriser un retour aux activités normales [1]. En d'autres termes, cela revient à faire du patient un partenaire à part entière du projet thérapeutique et de son état de santé. Pourtant le terme " patient" renvoie à un état passif du sujet, si bien que l'expression "éducation du patient" porte une contradiction et gêne un grand nombre de professionnels, comme le soulève Patrick Vanderbergh, secrétaire général à l'ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation) Rhône-Alpes : "le terme patient me semble inapproprié, puisqu'il faut que le patient devienne acteur. C'est pourquoi chez nous on préfère parler d'usager." [1]

Pour éclairer cette définition complexe, précisons que l'Organisation Mondiale de la Santé a défini trois niveaux dans l'éducation du patient [2] :

- *L'éducation thérapeutique du patient*, liée strictement au traitement. Elle a pour but de former les patients à l'autogestion et à l'adaptation du traitement de leur maladie.
- *L'éducation du patient à sa maladie*, qui concerne les comportements de santé liés aux traitements, la prévention des complications et des rechutes, ainsi que l'impact de la maladie sur les aspects quotidiens de la vie.
- *L'éducation pour la santé du patient*, qui concerne la qualité de vie du patient en tenant compte des différents comportements et modes de vie de ce dernier, directement liés ou non à sa maladie.

Figure n° 3 : Les trois niveaux d'éducation du patient selon l'OMS [27]



Le pharmacien étant avant tout le spécialiste du médicament, nous concentrerons notre étude sur l'éducation thérapeutique du patient. Selon la DGS (Direction Générale de la Santé), cette éducation thérapeutique du patient est un « ensemble de pratiques visant à permettre au patient l'acquisition de compétences, afin de pouvoir prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins et sa surveillance, en partenariat avec ses soignants ». Elle s'adresse aux patients atteints essentiellement de maladies chroniques (diabète, asthme, insuffisance coronarienne, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale...) mais également aux patients atteints de maladies de durée limitée (épisodes pathologiques nécessitant un traitement anticoagulant ou antalgique prolongé par exemple) [7].

## **II. L'EDUCATION THERAPEUTIQUE ET LE CONTEXTE DE NON-OBSERVANCE**

### **1. Définition de la notion de non-observance**

La non-observance peut être décrite avec des termes plus ou moins stricts. En effet, selon l'interlocuteur (patients, médecins, pharmaciens, infirmières ou encore proches), chacun a une vision différente de ce que représente la prise adéquate d'un traitement médicamenteux. Prenons des exemples [10].

Certaines personnes ont une approche plutôt subjective, fondée sur des critères personnels, affectifs, culturels ou comportementaux. Leur discours ressemble souvent à ceci : « *Je prends mes médicaments pratiquement tous les jours, mais si je ne les ai pas sous la main, je n'en fais pas une histoire : ce n'est pas un jour sans médicament qui change quoi que ce soit.* » ou bien encore « *Je prends tout en une fois, comme ça je suis tranquille pour la journée !* ». A l'opposé, certains pensent que la prescription écrite doit être suivie à la lettre et que sa non-application minutieuse est une « faute d'observance ». Dans ce cas le discours entendu peut ressembler à ceci : « *J'ai pris mes comprimés après le déjeuner et l'ordonnance disait après dîner ; je me suis trompé, est-ce que j'en reprends ce soir ?* ». Les professionnels de santé définissent, quant à eux, la non-observance comme une prise erronée de médicaments en terme de quantité, de respect des horaires, de régularité, ou de contraintes alimentaires par exemple. Ils adaptent bien entendu ces critères au niveau d'exigence requis pour une efficacité optimale et une tolérance maximale du traitement. En effet, un oubli de prise n'aura pas les mêmes conséquences sur un traitement hypoglycémiant que sur un traitement hypocholestérolémiant.

### **2. Epidémiologie**

Différentes études réalisées montrent que de 30 à 69 % des patients sont non compliants. Quelques exemples sont éloquentes [10] :

- 49 % des personnes ayant présenté un infarctus du myocarde arrêtent leur programme de rééducation avant la fin de la première année suivant l'accident.

- Seuls 50 % des dialysés respectent les règles diététiques qui leur sont conseillées.
- 7% des personnes diabétiques respectent correctement l'ensemble de leur prescription.

Cette situation se traduit alors par un taux élevé (30%) d'hospitalisation de personnes âgées pour problèmes médicamenteux. 16% de ces hospitalisations sont liées à des effets indésirables et 12% sont dues à une mauvaise observance du traitement.

### **3. Conséquences de la non-observance**

Outre les conséquences morbides à long terme d'une non-observance des traitements médicamenteux, il faut également considérer les conséquences financières liées à une hospitalisation coûteuse, une surconsommation de soins ou un arrêt de travail, qui auraient pu être évitées. Ces ressources budgétaires seraient plus profitables à des actions de prévention et d'éducation des personnes, visant à anticiper les difficultés et les complications. De plus, les épisodes morbides et les récidives entament progressivement la confiance du patient dans ses traitements et bien entendu dans les professionnels de santé [10].

### **4. Comment contrer ces dérives ?**

De nombreux professionnels de santé, qu'ils soient médecins, pharmaciens ou encore psychologues tentent d'analyser, d'expliquer et de proposer des solutions à cette situation, dans le cadre des maladies dites « chroniques ». Il ressort clairement de leurs recherches que l'observance thérapeutique d'un patient ne peut être satisfaisante qu'à condition que ce dernier soit investi d'une volonté, d'une capacité et d'un savoir suffisant. Que signifient concrètement ces trois notions ?

#### **A. Vouloir**

Vouloir se traiter signifie pour le patient, adhérer à la décision de traitement, échanger, négocier et décider en concertation avec le médecin. C'est être convaincu de la nécessité des thérapeutiques tout en ayant préalablement évalué les contraintes et les inconvénients réels ou potentiels [10].

Pour que cette première condition soit respectée, il faut que le patient ait confiance dans le médecin et les autres professionnels de santé. Il est également nécessaire qu'il soit soutenu par ses proches mais aussi accompagné et stimulé par la société *via* les médias par exemple.

## **B. Pouvoir**

La seconde condition indispensable à une bonne observance est le fait de pouvoir accéder aux soins et aux traitements. Le patient doit en effet obtenir l'assurance d'une sécurité physique, psychique et d'un statut administratif social reconnu, donnant lieu à une prise en charge financière. D'autre part, pouvoir prendre un traitement nécessite une capacité à la fois physique, psychologique et comportementale. Sans la mise en place d'aides adaptées, une déficience non diagnostiquée dans un de ces domaines, invaliderait partiellement ou complètement l'observance des traitements [10].

## **C. Savoir**

La troisième condition réside dans le fait de savoir ce qu'est le traitement [10]. Ceci concerne :

- les conditions d'administration des médicaments,
- les moments de prise,
- les règles hygiéno-diététiques accompagnant le traitement,
- les effets bénéfiques et indésirables,
- les délais d'apparition de ces derniers,
- le ou les mécanismes d'action et les modalités de conservation des médicaments utilisés,
- l'anticipation de situations à risques,
- la parfaite connaissance des recours et des personnes relais,
- la demande d'aide et d'informations aux personnes proches et aux soignants,
- le regard critique sur l'information médiatique.

En conclusion, une bonne observance thérapeutique demande de la part du patient, une volonté, une capacité et un savoir suffisant. L'éducation thérapeutique du patient contribue à satisfaire ces objectifs. C'est ce que nous allons voir en détaillant les principales étapes qui la composent.

### **III. LES GRANDES ETAPES DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DES PATIENTS**

L'éducation thérapeutique est un processus long et composé de nombreuses étapes. La première consiste à établir une relation particulière avec le patient.

#### **1. La relation pharmacien – patient**

Penser l'éducation thérapeutique se réduit trop souvent à une réflexion sur la pédagogie et la communication. Il y aurait d'un côté un soignant, détenteur du savoir médical, et devant lui, un patient attentif, qui améliorerait perpétuellement ses compétences face aux examens prescrits ou aux traitements proposés [13]. Ce schéma se heurte à quelques difficultés que nous allons évoquer. Pour cela, nous présenterons dans un premier temps, le patient comme sujet singulier, désirant, entretenant de ce fait un rapport paradoxal avec sa propre santé. Nous déduisons ensuite de cette analyse, les deux grands fondements de la relation pharmacien - patient permettant la naissance d'une démarche éducative efficace : le respect des droits du patient et la considération des actions éducatives comme une relation d'accompagnement d'un sujet en souffrance.

#### **A. Le patient : un sujet singulier, ne désirant pas nécessairement son propre bien**

La santé est une capacité de vivre. C'est un mode de présence à soi-même et au monde qui nous entoure. Elle mêle la joie, la performance mais aussi la douleur et la souffrance. Elle est à la fois expression du soi dynamique et dans le même mouvement, expérience de la limite, du handicap, de la maladie et de la mort.

La santé engage donc un corps, mais ce corps ne peut être réduit à une simple considération biologique et physiologique. Ce corps est un « corps-sujet », un corps façonné par une culture, par une histoire qui lui est propre. Ce corps porte un nom, une identité ; on parle de *sujet singulier* [13].

D'autre part, le pharmacien, en tant que professionnel de santé, souhaite légitimement soulager et soigner son patient. Il aimerait considérer ce dernier comme un être rationnel voulant son propre bien. Pourtant, le quotidien est parfois différent et très déroutant. Citons par exemple le cas du patient traité pour un asthme sévère qui allume systématiquement une cigarette dès sa sortie de l'officine et ce, malgré toutes les recommandations. Face à ce patient « désirant » qui ne semble pas vouloir son bien, le pharmacien ressent non seulement la nécessité d'agir, pour convertir ce patient à une manière de vivre plus saine, mais craint également de devoir avouer son impuissance. Ces sentiments sont souvent très vite teintés d'une certaine hargne contre ce patient qui ne veut rien entendre [13]. Le philosophe Cornélius Castoriadis a d'ailleurs parfaitement résumé cette situation en définissant le « fallace capitale » comme suit : « Nos normes sont le bien ; le bien, c'est nos normes ; leurs normes ne sont pas les nôtres ; donc leurs normes ne sont pas le bien » [13]. Dès lors, le quiproquo relationnel commence et se renforce progressivement au fur et à mesure des résistances du patient. Pour éviter cette situation, l'éducateur doit considérer le patient comme un sujet de droit et doit voir l'éducation thérapeutique comme une relation d'accompagnement d'un sujet en souffrance.

## **B. Le patient : un sujet de droit**

Dans le domaine de la santé, le patient est trop souvent pris pour objet de la médecine. Il se retrouve alors exposé à la violence des examens plus ou moins invasifs, des logiques de soins difficilement déchiffrables, des horaires et des rythmes institutionnels. Il perd progressivement son identité au profit d'un étiquetage clinique. Confiné dans cet anonymat, il ne lui reste plus qu'à endurer [13]. Pour éviter cette situation, il convient donc de rétablir le patient comme sujet de droit. Cette notion de « droit des patients » a d'ailleurs été prise en considération et inscrite dans la loi du 2 janvier 2002 relative aux institutions sociales et médico-sociales, dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du

système de santé et dans celle du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Intégrés ensuite au Code de santé publique, leurs contenus pourraient se résumer ainsi.

a) Le droit à l'information du malade sur son état de santé (Code de santé publique ; L. 1111-2)

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention proposés, sur leurs utilités, leurs urgences éventuelles, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent, ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. (...) La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. » [25]

b) Le droit à la participation (Loi du 2 janvier 2002 ; L.311-3)

Par ce droit, le patient peut exiger sa participation directe et active au traitement de sa maladie et donner son opinion en demandant au professionnel de santé qu'il en tienne compte.

c) Le droit au refus de tout traitement (Code de santé publique ; L. 1111-4)

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Les professionnels de santé doivent respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix (...). Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

d) Le droit au respect (Loi du 2 janvier 2002 ; L.311-3)

La loi stipule que « l'utilisateur, en l'occurrence le malade, a droit au respect de sa dignité, de son intégrité, de sa sécurité, de sa vie privée et de son intimité ».

### **C. L'action éducative : une relation d'accompagnement d'un sujet en souffrance**

La relation entre le pharmacien et le patient est asymétrique. On distingue en effet d'un côté, un professionnel de santé doté d'un savoir et d'un savoir-faire, et de l'autre, un patient qui exprime ses besoins. La vulnérabilité observée chez ce dernier exige en réponse une posture d'accueil et d'écoute attentive. Selon Heidegger, l'éducateur de santé pourrait se comparer à un artisan, un menuisier par exemple [13]. Le vrai menuisier s'efforce en effet, de s'accorder avant toute chose aux diverses façons du bois, à ses formes. Il ne cherche pas une production usuelle ou la réalisation d'une forme standard. Il regarde et écoute le bois. De ce fait, l'essentiel de son métier est basé sur la rencontre avec ce matériau. Son attention lui permet de déceler les formes dormantes du bois qui influencent chacun de ses gestes. A l'image de cet artisan, le pharmacien - éducateur s'expose à l'inconnu, à l'imprévu. Sa relation avec le patient devient clairvoyance, prudence et mise à découvert. S'il accepte l'humilité de la non-maîtrise de l'autre, il se place dans une posture d'écoute, d'accompagnement [2]. Il perçoit alors le patient avec sa réalité d'être. A cet instant, le pharmacien peut tenter de répondre à ces deux questions : De quel bois le patient est-il fait ? Quelle bonne forme pourrions-nous produire ensemble ?

Ainsi, établir avec le patient une relation favorable aux actions éducatives, demande au pharmacien de reconnaître le caractère de subsidiarité de la fonction éducative, c'est-à-dire d'accepter le sujet en tant qu'auteur de sa vie. Pour cela, il doit se placer dans une position d'appui, d'auxiliaire. Il doit abandonner sa position d'expert, c'est-à-dire de quelqu'un qui saurait où est le bien de l'autre et s'efforcerait de l'y conduire. Il doit créer les conditions de possibilités qui permettront au patient, quelque soit sa pathologie, de déployer sa vie [13]. Pour cela, le pharmacien doit jouer le rôle de témoin, favorisant sans cesse le questionnement, l'analyse, le dialogue et la confrontation. Il doit aider le patient à définir sa « norme propre » sans intrusion fallacieuse dans l'intimité de la vie privée, ni repli frileux évitant tout investissement personnel. Il doit donc être là comme une force de proposition, partageant avec son patient les connaissances scientifiques établies, à la mesure de la volonté de savoir de ce dernier et de ses possibilités de compréhension.

## **2. Le projet d'éducation thérapeutique**

Une fois les bases de sa relation avec le patient mises en place, le pharmacien doit, en lien étroit avec ce dernier, donner progressivement à la prescription du médecin une allure de «projet» [10]. On parle de projet d'éducation thérapeutique. Selon cette idée, le pharmacien, dispensateur de médicaments, doit se placer comme un partenaire compétent et compréhensif de la personne au seuil de sa nouvelle vie. Il doit permettre au patient d'évoquer ses craintes, ses doutes, ses points de vues, ses considérations. Il doit lui apporter un soutien confiant en insistant sur la progression des étapes qui jonchent la longue route menant à la maîtrise de sa maladie. Le diagnostic, la maladie et le traitement doivent être évoqués de nouveau afin de répéter ou compléter les informations scientifiques et médicales préalablement exposées par le médecin. Enfin, le pharmacien doit veiller à offrir une écoute compréhensive pour entendre clairement les mots et les termes utilisés par le patient et percevoir son ressenti immédiat [3]. A terme, ce projet d'éducation thérapeutique devra permettre au patient de gérer son traitement au quotidien.

## **3. Evaluation du niveau d'adhésion du patient**

L'étape suivante consiste à explorer le degré d'adhésion du patient au projet d'éducation thérapeutique. Pour cela, le pharmacien peut utiliser de simples questions, issues d'un modèle permettant la compréhension des comportements de santé (*Health Belief Models*). On y distingue quatre niveaux majeurs d'adhésion [10].

- L'intégration psychique : le patient se perçoit-il réellement malade ?
- L'anticipation des conséquences morbides de sa maladie : comment perçoit-il les risques de cette maladie ?
- La volonté de participation et d'autonomie : propose-t-il des solutions pour rendre son traitement compatible avec sa vie de tous les jours ? Montre-t-il l'envie d'être parfaitement autonome ?

Cette étape est donc primordiale car elle invite le patient à établir un lien étroit entre la maladie et le traitement instauré. Elle permet aussi d'identifier un éventuel déni de la maladie

et donc un refus des thérapeutiques proposées. En effet, refuser ou négliger un traitement revient à nier la maladie et ses conséquences.

#### **4. Gérer son traitement au quotidien : un apprentissage et un développement des compétences**

La gestion journalière d'un traitement chronique demande un certain nombre d'habiletés techniques (gestes, manipulations...), cognitives (rapports, règle de trois, gestion du temps, mémorisation, analyse et adaptation...) ou encore psychoaffectives (communication, sollicitation d'aide, expression et explications, négociations, refus...). L'objectif est donc d'aider le patient, acteur de sa propre vie, à développer de réelles compétences qui lui permettront d'une part, de vivre au quotidien avec sa maladie et son traitement et d'autre part, de s'adapter aux aléas difficilement prévisibles. Malheureusement, « *l'éducation thérapeutique du patient* », reste encore trop souvent limitée à une information et une simple transmission de connaissances. L'expérience montre que dans ces conditions, la personne mémorise des informations qui s'avèrent d'une fiabilité, d'une cohérence ou d'une logique douteuse du fait d'une mauvaise écoute ou d'une mauvaise compréhension. Ainsi, est-il impératif de prendre en compte l'analyse, la compréhension, le choix, la décision mais aussi les capacités et les possibilités psychiques, physiques et sociales du patient, pour obtenir un bon usage du traitement. Le pharmacien peut par exemple, à partir d'une réalité expérimentale rapportée par le patient, corriger certains comportements, en impliquant pleinement la personne concernée. Ceci peut aussi bien se faire à posteriori (à partir d'une situation rapportée) qu'a priori (sur une situation anticipée) [10].

L'éducation thérapeutique impose donc de prendre en compte la personne dans sa globalité en lui reconnaissant un potentiel d'action spontané et en acceptant de travailler à partir de ses ressources et de son mode de fonctionnement propre.

## 5. *Compétences que le patient doit acquérir et entretenir quelque soit la maladie*

Au fur et à mesure des démarches d'éducation thérapeutique entreprises par le pharmacien et les autres professionnels de santé, le patient acquerra les compétences indispensables à la gestion de sa maladie et de son traitement. Ce tableau, valable quelque soit la pathologie et le traitement instauré, regroupe les principaux objectifs à atteindre et peut constituer une feuille de route intéressante pour le pharmacien et le malade [6]. Bien entendu, l'éducation thérapeutique est un processus permanent et sans limite car une fois ces compétences acquises, il est indispensable de les entretenir et de les adapter tout au long de la vie du patient.

*Figure n° 4 : Compétences à acquérir par le patient au terme d'un programme d'éducation thérapeutique [6]*

Compétences	Objectifs spécifiques (exemples)
1. Faire connaître ses besoins, déterminer des buts en collaboration avec le professionnel de santé, informer son entourage.	Exprimer ses besoins, ses valeurs, ses connaissances, ses projets, ses attentes, ses émotions (diagnostic éducatif).
2. Comprendre, s'expliquer.	Comprendre son corps, sa maladie. S'expliquer la physiopathologie, les répercussions socio-familiales de la maladie, les principes de traitement.
3. Repérer, analyser, mesurer.	Repérer des signes d'alerte des symptômes précoces. Analyser une situation à risque, des résultats d'examen. Mesurer sa glycémie, sa TA, son débit respiratoire de pointe.
4. Faire face, décider.	Connaître, appliquer la conduite à tenir face à une crise (hypoglycémie, hyperglycémie, crise d'asthme), décider dans l'urgence.

Compétences (suite)	Objectifs spécifiques (exemples) (suite)
<p>5. Résoudre les problèmes de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa maladie, résoudre un problème de prévention.</p>	<p>Ajuster le traitement, adapter les doses d'insuline.</p> <p>Réaliser un équilibre diététique sur la journée, la semaine.</p> <p>Prévenir les accidents, les crises.</p> <p>Aménager un environnement, un mode de vie favorable à sa santé (activité physique, gestion du stress).</p>
<p>6. Pratiquer, faire.</p>	<p>Pratiquer les techniques (injection d'insuline, autocontrôle glycémique, spray...)</p> <p>Pratiquer les gestes (respiration, auto examen des oedèmes, prise de pouls).</p> <p>Pratiquer des gestes d'urgence.</p>
<p>7. Adapter, réajuster.</p>	<p>Adapter sa thérapeutique à un autre contexte de vie (voyage, sport, grossesse).</p> <p>Réajuster un traitement ou une diététique.</p> <p>Intégrer les nouvelles technologies médicales dans la gestion de sa maladie.</p>
<p>8. Utiliser les ressources du système de soins. Faire valoir ses droits.</p>	<p>Savoir où et quand consulter, qui appeler, rechercher l'information utile et fiable.</p> <p>Faire valoir ses droits (travail, école, assurances).</p> <p>Participer à la vie des associations de patients.</p>

## **IV. LES METHODES D'ENSEIGNEMENT ET PRINCIPES DE COMMUNICATION**

Pour permettre au patient d'atteindre les objectifs précédemment cités, le pharmacien doit non seulement connaître les notions scientifiques liées à chaque pathologie et chaque traitement mais également savoir comment les transmettre au patient [5]. Or, si dans son cursus universitaire, les connaissances scientifiques indispensables à son exercice lui sont largement inculquées, les techniques d'enseignement et de communication ne sont que très peu évoquées. Nous allons donc présenter dans un premier temps les objectifs pédagogiques de l'éducation thérapeutique du patient. Nous étudierons ensuite les principales méthodes d'enseignement puis nous terminerons par l'analyse des grands principes de communication.

### **1. Objectifs pédagogiques**

Prenons en considération le cas d'une maladie chronique, le diabète. Le but de l'éducation thérapeutique est d'inculquer au patient les savoirs et les savoir-faire comme par exemple, effectuer des mesures régulières de glycémie avec un appareil de mesure fiable, interpréter les valeurs obtenues et adapter en conséquence la quantité d'insuline à injecter. Ces opérations constituent les objectifs opérationnels c'est-à-dire les conduites et actions que le patient doit être capable de faire [3]. Même si ces objectifs sont différents d'une personne à l'autre, ils reposent tous sur trois domaines que sont la connaissance intellectuelle, la compétence gestuelle et l'intégration psychoaffective. D'ailleurs, le résultat final ne peut être satisfaisant, si parmi ces trois domaines, l'un est déficient. Pour illustrer ces propos, prenons le cas de la prise en charge d'une hypoglycémie [12]. Dans un premier temps, le malade doit savoir ce que signifie le terme hypoglycémie. Il doit être capable d'en reconnaître les signes caractéristiques et de connaître les différents aliments qu'il peut utiliser pour corriger ce déséquilibre. On parle de SAVOIR. Ensuite, le malade choisit les hydrates de carbone qui lui semblent le mieux adaptés et en prend la quantité nécessaire dès l'apparition des premiers symptômes. On parle de SAVOIR-FAIRE. Enfin, quelques soient la situation ou les facteurs environnementaux (survenue d'une hypoglycémie sur le lieu de travail, dans les transports en commun ou simplement en l'absence d'aliments sucrés à portée de main), le patient doit être capable de réagir calmement et efficacement afin de trouver une solution satisfaisante à son hypoglycémie. On parle alors de SAVOIR-ETRE.

Bien entendu, ces considérations nécessitent toutes, plus ou moins, des compétences intellectuelles. Ces dernières sont donc indispensables à une bonne observance et un bon suivi thérapeutique mais dans la plupart des cas, elles ne suffisent pas. Un exemple illustre bien ces propos [12]. Une jeune femme diabétique, âgée de 26 ans, est une brillante informaticienne. Elle possède de bonnes connaissances biomédicales et diététiques. Au quotidien, la gestion de son traitement ne semble pas poser de problème sauf dans une circonstance précise : les réunions professionnelles. Elle déclare en effet à son pharmacien, que lors de réunions durant jusqu'à 13 ou 14 heures et malgré ses légers mais systématiques malaises vers midi, elle n'ose pas manger quelque chose devant les autres, si ces derniers ne mangent pas également. Dans ce cas précis, le problème n'est pas lié à des lacunes intellectuelles mais se rapporte directement à des considérations socio-affectives. Il apparaît clairement que cette personne n'ose pas dévoiler aux autres sa pathologie. Considère-t-elle cette dernière comme une menace pour son emploi ? Considère-t-elle que cette maladie pourrait porter atteinte à l'image qu'elle donne à ses collègues ? Le dialogue instauré avec le professionnel de santé aura permis d'identifier ce trouble et de confronter cette patiente à ce problème.

Ces différents exemples illustrent donc simplement que l'éducation thérapeutique requiert, de la part du pharmacien, une bonne connaissance des méthodes d'enseignement permettant d'inculquer efficacement aux patients le savoir, le savoir-faire et le savoir-être. Elle demande de surcroît une maîtrise des grands principes de communication sans laquelle, le pharmacien n'aurait probablement pas mis en évidence le trouble socio-affectif perturbant l'observance thérapeutique de la patiente précitée.

## **2. Les méthodes d'enseignement**

### **A. L'apprentissage du vocabulaire médical**

La description des pathologies et des traitements médicamenteux requiert un vocabulaire médical et pharmaceutique, familier pour le professionnel de santé mais étranger pour le patient. Il est donc nécessaire de les définir pour les rendre compréhensibles. Par ailleurs, il n'est pas utile que les patients maîtrisent parfaitement l'entièreté des termes médicaux ; certains peuvent, en effet, être traduits ou remplacés par des termes plus communs. Il est donc indispensable de trouver le juste équilibre et cet exercice n'est pas toujours aisé comme

l'illustre l'exemple de cette diététicienne [12]. Cette dernière avait décidé de n'employer que le mot « sucre » en évitant ainsi de nommer les noms d'« hydrates de carbone » et de « glucide ». Elle s'est très rapidement aperçue que ses patients ne prenaient pas de yaourts comme collation glucidique car il n'était pas mentionné sur l'étiquetage la présence de sucre mais celle d'hydrates de carbone. Les patients, ne connaissant pas ce terme, avaient donc exclu ces laitages. Cette simplification, dont le retentissement sur la vie quotidienne des malades et sur la prise en charge de leur pathologie fut immédiat, s'est donc avérée excessive et inopportune. Voilà pourquoi il est indispensable de trouver le bon équilibre entre l'usage de termes techniques et la simplification de ces derniers.

## **B. L'apprentissage grâce à des « situations-problèmes »**

Pour démontrer la légitimité des situations-problèmes, prenons l'exemple d'un enfant qui apprend à faire du vélo [12]. Dans un premier temps, il est nécessaire de donner à cet enfant un certain nombre d'indications, de techniques ou de conseils, utiles à son apprentissage. Or, ce n'est pas parce que l'enfant a parfaitement compris les informations qui lui ont été données que l'on peut dire qu'il sait faire du vélo. D'ailleurs, il est extrêmement rare, qu'un enfant, aussi doué soit-il, maîtrise son vélo dès les premiers tours de roue. Seul un apprentissage pratique, fait de tentatives et d'échecs lui ouvrira les portes de l'équilibre. Il faudra ensuite qu'il s'adapte aux différents types de terrains et qu'il y adapte sa vitesse. Ainsi, de l'initiation à la maîtrise, il y aura une succession d'étapes durant lesquelles il lui faudra sans cesse juger, décider, ou adopter le comportement opportun. Par analogie, on peut dire qu'il en est de même pour l'éducation thérapeutique. Pour les personnes diabétiques par exemple, examiner et trier des produits diététiques ne se résume pas uniquement à un processus de manipulations. Elles reconnaissent, jugent et décident. De même, l'utilisation d'un lecteur de glycémie leur permet d'expérimenter et de tenter de saisir son fonctionnement.

Une bonne éducation thérapeutique demande donc de se rapprocher au plus près de la réalité et d'induire chez le patient des moments de réflexion, d'étonnement, de questionnement et même de doute. Enseigner au malade que pour une glycémie située entre telle et telle valeur, il faut manger x grammes d'hydrates de carbone semble une méthode bien trop abstraite. Par contre, lui demander de choisir parmi 6 assiettes remplies d'aliments, laquelle est la plus adaptée à la situation, semble à l'inverse, une technique concrète, se rapprochant des

situations réelles. On parle ici de situations-problèmes [12]. Elles doivent être à la fois attractives pour retenir l'attention et être suffisamment abordables c'est-à-dire réalisables. Il en découle alors une forte motivation à surmonter une difficulté et une stimulation cognitive intéressante. Il faut tout de même veiller à ne pas placer le malade devant une problématique dont la solution serait trop complexe. Ceci aurait pour effet de le démoraliser et de lui faire perdre une grande partie de sa confiance en lui. D'autre part, il faut retenir que c'est en faisant des erreurs que l'on apprend le plus. Celles-ci sont donc compréhensibles voire même indispensables et le pharmacien doit être à même de le faire remarquer à son interlocuteur.

### **C. Reproduire les gestes pour mieux apprendre**

Tout au long de leur traitement, les patients asthmatiques doivent préparer et s'administrer des bêta-2-mimétiques et autres corticoïdes. Les dispositifs d'inhalation se sont beaucoup améliorés mais ils requièrent encore un certain savoir-faire. Pour l'inculquer au patient, le pharmacien doit donc en premier lieu, procéder à une démonstration du fonctionnement du dispositif et à un commentaire des gestes qu'il effectue. Dans cette phase d'observation, tous les patients ne sont pas égaux. Il faut donc tenir compte de leur âge, de leurs facultés sensorielles et mentales et même quelquefois de leurs degrés d'anxiété. Par la suite, le patient devra reproduire lui-même les manipulations effectuées par le pharmacien. Cette étape lui permettra de raisonner son geste et d'en repérer les points clefs. Le pharmacien observera alors à son tour les gestes du patient et pourra, si nécessaire, procéder à quelques corrections [12].

## **D. Place des exposés dans les méthodes d'éducation thérapeutique actuelle**

De plus en plus décriés dans la logique d'une pédagogie interactive, les exposés magistraux n'ont-ils donc plus leur place dans l'éducation thérapeutique des patients ?

L'objectif principal d'un exposé est de transmettre le savoir mais ce mécanisme reste tributaire d'un certain nombre de facteurs [12]. Tout d'abord, il suppose une entière disponibilité de la part du récepteur voire même une certaine propension à recevoir la communication. Or, ceci ne semble pas être le cas chez tous les patients. D'autre part, on peut observer très souvent un décalage entre la pensée du pharmacien, faisant appel à sa logique scientifique, et celle des malades, rattachés quant à eux au sens commun ou à des croyances d'origines socio-culturelles différentes. Il faut également prendre en compte la différence de champ sémantique qui nécessite souvent de traduire ou définir des termes ou mots médicaux risquant de ne pas être connus du grand public. Par ailleurs, le débit du locuteur lors de son exposé, doit être adapté à la personne à laquelle il s'adresse. Une trop grande rapidité ne permettra pas à l'auditeur de s'accrocher au discours ; il risque alors de sombrer dans l'ennui et de détourner son attention de l'orateur. De surcroît, un discours est souvent conçu pour un destinataire standard. Or, même si les patients ont en commun une maladie, ils se distinguent clairement par bien des particularités psychologiques, sociales et culturelles. Enfin, il faut être attentif à la quantité d'informations présente dans un exposé. Si l'on considère qu'un degré d'attention soutenue ne dépasse pas trois minutes en moyenne, alors certaines personnes âgées et/ou fatiguées ne pourraient alors retenir que 10% de ce qui leur est présenté sous cette forme verbale [12]. Bien entendu, on ne peut pas considérer qu'une personne est systématiquement passive quand elle écoute. Un exposé peut la placer dans un état de recherche si elle ne se contente pas de suivre mais si elle se met au contraire à l'affût de ce qu'elle recherche, de ce dont elle a besoin.

Ainsi aujourd'hui, pour qu'un exposé soit efficace et justifié, il doit être consciencieusement adapté à son destinataire et systématiquement précédé d'une mise en situation qui étonne, qui pose une question ou qui crée une problématique.

## **E. Une documentation écrite pour support de l'apprentissage**

Face à des maladies dont la prise en charge est devenue complexe et malgré les explications éclairées du pharmacien, les patients peuvent se sentir démunis en l'absence d'une documentation écrite à laquelle ils peuvent se référer en cas de doute ou d'oubli. Il existe certes des manuels ou des fiches d'information traitant de certaines pathologies et de leurs traitements, mais de nombreuses études ont montré que la plupart n'étaient pas ou peu utilisées [12]. Il est donc légitime de se demander si ces documents répondent bien aux préoccupations des patients.

Tout d'abord, pour qu'un support écrit soit efficace, il doit se focaliser sur les points essentiels tout en établissant des liens entre les différents aspects du traitement et de la maladie. Il se pose ensuite, tout comme à l'oral, la question de la formulation et du vocabulaire. Le mode impératif « prenez », « faites » semble par exemple plus personnel que l'infinitif « prendre » ou « faire ». Le vocabulaire médical doit être, quant à lui, utilisé avec précaution, certains mots devront être explicités, certaines notions simplifiées. Dans un but formatif, chaque thème traité peut également être accompagné de quelques questions afin de permettre au lecteur de tester sa compréhension. Les réponses pourront être inscrites au dos du document. Enfin, la présentation graphique se doit d'être la plus claire et lisible possible ; citons par exemple la taille des caractères ou le choix de l'interligne [3]. Tous ces éléments permettent ainsi de créer l'ossature du document écrit. Il sera ensuite indispensable de le personnaliser en fonction de chaque patient. On pourra ainsi y inscrire des valeurs biologiques de suivi, des objectifs chiffrés, les médicaments utilisés, les plans de prise. Cette feuille pourra également servir de relevé d'effets indésirables ou de mémo référant les questions ou les situations problématiques rencontrées par le patient.

Le document écrit doit donc être établi non seulement selon des critères de bonne communication écrite mais également être adapté à chaque patient car les attentes et besoins peuvent être très variables d'un individu à l'autre [3].

## **F. Place des questions et des explications médicales dans le discours du pharmacien**

### a) Place des questions dans le discours du pharmacien

- ✓ Classification des différents types de questions

L'éducation thérapeutique nécessite de recueillir le plus précisément possible un certain nombre d'informations sur le patient, sa pathologie, son traitement, sa situation sociale, ou encore familiale. Un des moyens d'y parvenir est l'interrogatoire du patient. Les questions permettent alors d'obtenir les informations utiles, tout en faisant participer le patient. Toutefois, cette procédure peut quelquefois délimiter de manière trop stricte voir même limiter le domaine d'expression de l'interlocuteur. Les questions doivent donc être réfléchies car toutes ne sont pas satisfaisantes.

*- la forme des questions :*

On distingue deux formes de questions : les questions fermées et les questions ouvertes [12]. La première catégorie est celle qui limite le plus les possibilités de réponse puisqu'elle fait systématiquement appel à une réponse du type « vrai », « faux » ou ne comprenant qu'un seul mot ou terme. Elles permettent simplement de vérifier les connaissances intellectuelles du patient. Citons l'exemple suivant : « La vision trouble est-elle un des signes de l'hypoglycémie ? »

Les questions ouvertes offrent quand à elles, bien plus de possibilités. Les réponses qu'elles induisent sont plus libres, favorisent le dialogue et reflètent non seulement ce que savent les patients mais également leur histoire et leur personnalité propre. Par exemple : « Pouvez-vous me raconter comment votre diabète a été découvert ? »

*- la transmission des questions :*

Les questions peuvent être adressées directement à l'interlocuteur (on parle de questions **directes**), exprimées sans désigner une personne en particulier (à la **cantonade**), ou encore utilisées pour obtenir l'avis du patient sur une question qu'il vient lui-même de poser « Et vous, qu'en pensez-vous ? » (On parle alors de question **en retour**) [12]. Cette stratégie s'avère très efficace pour obtenir ou maintenir un bon degré de participation lors de la discussion, à condition que le pharmacien ne se dispense pas de reformuler les questions avant de les renvoyer.

Choisir la bonne forme de question et le mode de transmission adapté sont donc des exercices indispensables pour rendre toute discussion enrichissante ; encore faut-il distinguer leurs différentes fonctions !

*- la fonction d'une question :*

La fonction d'une question représente le niveau d'activité mentale qu'elle stimule [12]. Certaines font par exemple appel aux **connaissances**. Elles demandent souvent en retour l'énumération de termes, de faits ou de chiffres. Elles permettent ainsi de contrôler la qualité des informations acquises lors des premières phases d'éducation thérapeutique.

D'autres, font plutôt appel à la **compréhension**. Elles imposent au patient une démarche plus dynamique pour trouver la réponse à une situation problématique ou justifier un comportement. Dans ce cas précis, ces questions demandent au patient d'utiliser ses connaissances et de les adapter à des situations pratiques et non pas de les restituer simplement par cœur. Nous pouvons expliciter cette notion par l'exemple suivant : « Quand on dit qu'il n'est pas bon qu'un diabétique prenne des bains de pieds chauds et prolongés, est-ce justifié et pourquoi ? ». Ici, le patient doit faire appel à ses capacités d'extrapolation pour adapter sa réponse à cette situation concrète, tout en faisant appel à ses connaissances théoriques. Comprendre ne se limite donc pas à savoir mais signifie être capable d'établir des liens entre les choses, les événements et les situations.

✓ La bonne utilisation des questions dans l'éducation thérapeutique

L'évaluation des professionnels de santé dans le cadre de l'éducation thérapeutique montre très clairement un recours excessif pour ne pas dire systématique, aux formes interrogatives dites fermées et à celles faisant appel aux connaissances. Les questions ouvertes et celles stimulant la compréhension, ne sont quant à elles, que peu utilisées [12]. Or, ce sont bel et bien ces dernières, qui permettent d'enrichir la discussion et les échanges entre les deux interlocuteurs. Il est donc nécessaire que tous les intervenants de santé prennent conscience de la nécessité de recourir préférentiellement à ce type de question. Bien entendu, seul un entraînement motivé peut permettre de maîtriser cet exercice délicat.

b) Place des explications médicales dans le discours du pharmacien

✓ Les différents types d'explications

Une partie de l'éducation thérapeutique consiste à fournir au patient un certain nombre d'explications. Cette notion doit être distinguée de la simple information. En effet, expliquer, c'est faire connaître tout en développant l'argument, afin de le faire comprendre à son interlocuteur. On distingue trois formes d'explications : les explications interprétatives, descriptives et logiques [12].

*- les explications interprétatives :*

Pour faire saisir la signification d'un terme inconnu du patient, le professionnel de santé peut le définir en le traduisant à l'aide de termes plus courants et plus accessibles. Par exemple : « La rétinopathie est une atteinte des petits vaisseaux de la rétine ». Dans ce cas, il est important que le pharmacien prenne en compte le niveau de compréhension de son interlocuteur. Il ne devra donc pas s'adresser de la même façon à un jeune enfant, à un adulte, ou à un confrère.

*- les explications descriptives ou énumératives :*

Expliquer peut également consister à décrire ce qui pourrait être observé. Par exemple : « Le mal perforant plantaire se développe sous le point de pression maximal de la plante du pied. Le plus souvent sous la tête du premier métatarsien ou d'un orteil ». Ce type de procédure vise à décrire ce que l'on pourrait observer dans la réalité ou sur une photographie. Cette forme d'explication requiert dans certains cas (mécanismes biologiques, physiologiques...) une très grande précision et un nombre élevé d'éléments à citer. L'effort d'attention que le patient doit soutenir peut alors devenir une limite non négligeable.

*- les explications logiques :*

Elles consistent à remonter à la cause, à désigner le pourquoi d'un évènement. Elles permettent ainsi d'établir un parallèle entre un fait et sa cause directe. Par exemple : « Chez le diabétique, la glycémie est souvent élevée le matin car le manque d'insuline en fin de nuit augmente la production de glucose par le foie ».

*- la métaphore et la comparaison :*

Une dernière forme d'explication consiste à utiliser des métaphores et des comparaisons, couramment utilisées dans la littérature.

La métaphore établit une similitude entre une image et la chose dont on parle. La formule suivante « Votre cœur est digne d'une horloge suisse » semble bien plus compréhensible pour le patient que « il n'y a pas d'extrasystoles sur votre ECG » [12].

Dans d'autres situations, il est également possible d'avoir recours aux comparaisons. Dès lors, expliquer les mécanismes de l'hypertension artérielle semble bien plus aisé. On peut par exemple faire référence au tuyau d'arrosage que toute personne possède dans son jardin : « Les veines et artères dans lesquels circulent votre sang sont comparables à un tuyau d'arrosage. Si vous ouvrez le robinet de façon plus importante et si vous réduisez le diamètre de l'extrémité du tuyau, la force du jet sera plus forte ; c'est exactement la même chose dans le corps humain » [12]. Cette opération vise donc à établir une correspondance entre le

domaine cible, l'hypertension artérielle, et un domaine de référence connu de tous : le tuyau d'arrosage.

✓ Le bon usage des explications médicales

Des études ont montré que les professionnels de santé privilégient essentiellement les explications descriptives/énumératives ou logiques et n'utilisent que très rarement les métaphores ou comparaisons. Or, il apparaît clairement que les explications longues, comportant des énumérations, deviennent très rapidement fastidieuses et ne mobilisent l'attention du patient que pendant les premiers instants [12]. Il serait dès lors souhaitable que les pharmaciens fassent plus souvent appel à ce type de formulation littéraire, même si ces dernières ne semblent pas être en totale adéquation avec leur pensée rationnelle et leur raisonnement déductif, acquis lors de leur formation scientifique.

### **3. Deux grands principes de communication à l'officine**

#### **A. Les attitudes spontanées du professionnel de santé**

Une attitude peut être définie comme une manière d'être intérieure, qui engendre une certaine prédisposition à agir. Ces attitudes semblent ne pas être innées mais acquises. Elles sont inconsciemment le reflet de principes, de croyances, de sentiments et de motivations que l'on peut considérer comme des frontières délimitant notre façon d'être. Selon Porter, il existe 7 manières différentes de répondre à la demande d'autrui c'est-à-dire 7 attitudes bien distinctes. Or, il faut être très prudent dans ce domaine car les réponses spontanées et irréfléchies peuvent altérer la compréhension et la confiance que se portent les deux interlocuteurs. Prenons un exemple. Mme R 22 ans lors d'un entretien déclare « je trouve que le diabète n'est pas une maladie mais c'est un handicap, et il reste une question que les médecins ont soulevée devant moi : le mariage et les enfants. Il y a un mythe de la tare, on m'a fait peur avec ça. Quand on subit le diabète, on se demande si on a le droit de le faire subir à d'autres » [12]. Le pharmacien peut alors répondre à cette patiente de différentes façons ; étudions-les.

✓ Le mode du jugement : « Vous n'avez pas le droit d'accuser les médecins de vous avoir effrayée, ce ne serait pas juste ! »

Cette réponse porte un jugement moral négatif sur la crainte de cette patiente à propos du risque héréditaire. Or, cette peur semble être légitime. Culpabilisée, la patiente n'aura alors pas envie de continuer la discussion. Le contact si difficile à mettre en place est donc rompu et la personne reste alors dans l'état d'inquiétude et d'interrogation qui était le sien en arrivant.

✓ Le mode de soutien : « Ne vous inquiétez pas pour cela, le risque est minime »

Cette réponse est certes rassurante mais elle a tendance à minimiser le souci tel qu'il est réellement ressenti par la patiente.

✓ Le mode d'enquête : « Actuellement, avez-vous des projets de mariage, souhaitez-vous avoir des enfants ? »

Cette réponse pour le moins directe, évoque des critères de décision qui ne sont pas forcément à l'ordre du jour pour la patiente et qui éludent son inquiétude initiale.

✓ Le mode d'interprétation : « Vous craignez de transmettre le diabète et vous pensez que vos enfants vous le reprocheront »

Cette réponse voudrait expliciter à la place de la patiente, les raisons profondes de sa demande en en disant plus ou trop, par rapport à ce qui a été réellement exprimé.

✓ Le mode de décision. : « On peut très bien envisager une contraception efficace pour vous ».

Cette réponse permet certes, de résoudre le problème du risque héréditaire, mais elle n'évoque à aucun moment les réelles préoccupations de la patiente.

✓ Le mode d'information objective : « Du point de vue scientifique, il n'y a pas d'arguments pour affirmer que votre diabète se transmettra obligatoirement à vos enfants »

Ces informations sont utiles mais les considérations scientifiques peuvent ne pas avoir de poids face aux conceptions personnelles de l'interlocuteur.

✓ Le mode d'évitement : « Il faudra que vous reparliez de cela avec le médecin. Quelle était votre glycémie ce matin ? »

Ici, le professionnel de santé élude totalement la crainte de la patiente et réoriente la discussion sur des questions qui lui paraissent plus faciles à gérer.

Tous ces exemples trahissent une mauvaise qualité d'écoute du discours du patient. Ecouter une personne ne demande pas d'être en accord avec celle-ci mais de l'entendre avec ses différences, de la comprendre du point de vue intellectuel et affectif. Pour cela, il faut être réceptif et perceptif. On pourrait comparer cette situation à celle d'un médecin qui ausculte son patient. Il tend son oreille (on parle de réception) mais également son esprit (on parle de perception). Il peut ainsi capter et comprendre la signification des bruits internes. Il en est de même pour le pharmacien qui doit entendre la parole de son interlocuteur et en saisir le contenu intellectuel et émotionnel [12].

Pour qu'un échange constructif s'établisse, le pharmacien doit montrer à l'autre qu'il a entendu ses propos. On parle de reformulation [10]. Reformuler signifie reproduire avec justesse, empathie et de façon plus concise, en employant des mots différents [12]. Malheureusement, il apparaît clairement qu'il ne s'agit pas là d'une action spontanée ; elle est en effet très peu utilisée dans la vie courante. Pourtant, cette reformulation n'en n'est pas moins un processus indispensable à une bonne communication. Pour introduire cette reformulation on peut utiliser des phrases telles que « Ainsi, selon vous... », « En d'autres termes... » ou encore « Si je comprend bien, vous voulez dire que... ». Le patient se sent ainsi compris et immédiatement incité à en dire davantage. Dans l'exemple utilisé précédemment, la réponse aurait pu ressembler à celle-ci : « Si je vous ai bien compris, vous vous interrogez sur l'existence d'une tare et sur le droit de prendre des risques pour vos enfants ». Il s'opère ainsi une vérification de ce qui a été dit par le patient et entendu par le pharmacien. Cette réponse introduit alors des nuances, des modifications et permet une évolution positive de la relation s'instaurant entre le professionnel de santé et le patient. La reformulation illustre donc une attitude de compréhension qui consiste à saisir intellectuellement les propos d'autrui, à ressentir son état émotionnel et à lui signifier. On parle d'empathie.

## **B. Le pharmacien face aux émotions et aux réactions du patient**

Avant d'accepter pleinement sa maladie, le patient peut passer par différents stades, tous caractérisés par une émotion particulière. L'ensemble de ces étapes constitue la phase de deuil de la maladie. Le pharmacien doit donc être capable de les reconnaître et d'adapter son discours en conséquence [5].

### **a) Le patient qui vient d'apprendre qu'il est malade**

Lorsqu'un patient arrive à l'officine après avoir entendu de son médecin qu'il est atteint d'une pathologie donnée, le pharmacien est tenté d'énumérer un certain nombre de recommandations et d'informations liées à sa maladie et son traitement. Cependant, à ce stade, soit la personne ne réalise pas ce qui lui arrive, soit elle établit le parallèle entre ce diagnostic et le souvenir catastrophique d'un proche gravement invalidé par cette même maladie. Quelque soit le cas dans lequel elle se trouve, la masse d'information évoquée est inadéquate car elle se destine à une personne totalement incapable de la recevoir. Il serait donc plus judicieux de lui permettre d'exprimer ce qu'elle ressent et ainsi de l'aider à se placer dans cette nouvelle situation, en lui manifestant son soutien et ses encouragements [12].

### **b) Le patient révolté**

Il s'agit peut-être là d'un des cas les plus délicats. En effet, souvent, le pharmacien qui se sent agressé par les propos de son patient, réagit mal. Soit il décide de se taire, délivre l'ordonnance sans dire un mot et laisse partir le client, soit il rentre dans le cercle vicieux de l'agressivité. Or, le pharmacien doit être capable de comprendre que les sentiments exprimés par son interlocuteur, ne lui sont pas adressés mais sont en fait dirigés contre la maladie. Le patient se confronte à la réalité contraignante de sa nouvelle pathologie et exprime donc sa révolte. Le pharmacien doit donc apprendre à avoir dans cette situation, une attitude empathique et compréhensive qui favorise le maintien de la relation thérapeutique [11].

### c) Le patient triste

Le patient malade peut également ressentir une grande tristesse, que le pharmacien doit accueillir et contenir. Ce bouleversement intérieur doit être soutenu et accompagné, ce qui nécessite une réelle proximité entre le professionnel de santé et le patient. L'expression de ses sentiments permettra à ce dernier de faire une véritable révision de vie, de trouver des repères différents et d'appivoiser progressivement ses nouvelles conditions de vie et leurs contraintes. Toutes ces manifestations ne sont que le reflet du processus de deuil en train de s'accomplir. Il faut donc l'accompagner tout en respectant le rythme et les particularités propres à chaque individu [12].

### d) Le patient banalisant la situation

Certains patients banalisent la situation dans laquelle ils se trouvent pour se préserver et ne pas mesurer la gravité potentielle de la maladie. Face à cette réaction, certains pharmaciens les mettent en garde, estimant qu'ils ne sont pas conscients de la réalité. Ils peuvent même évoquer des cas de complications pathologiques pour provoquer le « réveil » de leur interlocuteur. Or, cette attitude inadéquate pousse le patient à se protéger encore davantage derrière cette attitude de déni. Il s'agit donc là d'un piège aussi bien pour le patient que pour le pharmacien. Ce dernier doit donc être capable de le déceler et de réagir de façon modérée. Il doit se montrer circonspect afin d'identifier ce par quoi la personne se sent menacée. La communication d'informations positives et encourageantes peut avoir ici un effet très favorable [12].

### e) Le déni du patient

Certains patients, conscients de leur situation, ressentent la maladie comme une atteinte à l'image de soi. Dès lors, ils peuvent être amenés à la refuser et à s'investir intensément dans un secteur de leur vie comme leur carrière professionnelle, afin de retrouver une « position de force ». Il s'agit là d'un phénomène narcissique. Le pharmacien doit donc aider le patient à retrouver une bonne image de lui-même [11].

## f) Le patient résigné

Cette attitude se caractérise souvent par une docilité et une absence totale d'agressivité de la part du patient [11]. La réaction naturelle du professionnel de santé va alors être de se dévouer de plus en plus intensément. Or, cette attitude ne va faire que renforcer la dépendance et la passivité du malade. Le pharmacien doit donc être à même d'identifier cette réaction afin d'inhiber les sentiments d'impuissance et de fatalité ressentis par la personne malade. Il montre ainsi qu'il n'adhère pas à cette résignation et peut alors évoquer avec le patient ce sentiment. De plus, le pharmacien peut conseiller un suivi psychothérapeutique qui pourra déboucher sur un traitement médicamenteux aux vues de la composante dépressive du patient.

L'éducation thérapeutique s'impose donc comme le garant d'une bonne observance thérapeutique ayant pour objectif de permettre au patient de gérer au mieux son traitement au quotidien. En tant que spécialiste du médicament, le pharmacien semble trouver dans ce processus éducatif une place d'acteur légitime, à la seule condition qu'il soit capable d'établir une relation privilégiée avec ses patients et de maîtriser les grands principes d'enseignement et de communication. Dès lors, un essor de l'éducation thérapeutique à l'officine peut-elle justifier le maintien du monopole pharmaceutique ? Si oui, dans quelle mesure ? Enfin, quelles propositions peuvent être émises pour favoriser le développement de l'éducation thérapeutique du patient à l'officine ?

## **Partie N°3**

## **Discussion et propositions**

# **I. L'EDUCATION THERAPEUTIQUE PEUT-ELLE CONTRIBUER DE MANIERE DEONTOLOGIQUE AU MAINTIEN DU MONOPOLE PHARMACEUTIQUE ?**

Comme pour la plupart des professionnels de santé, la loi régit la profession pharmaceutique. Ces règles et ces devoirs sont définis dans le code de santé publique et dans le code de déontologie [34]. Le pharmacien doit par exemple, respecter la vie, la personne humaine et le secret professionnel. Il doit préserver son libre arbitre ainsi que celui de ses patients. Ses actes doivent être indépendants de toutes contraintes financières ou commerciales et ne peuvent s'effectuer au détriment de la sécurité sociale ou de la santé publique. Il doit contribuer à l'information et à l'éducation du public et doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :

- L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe
- La préparation éventuelle des doses à administrer
- La mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage du médicament et participant au soutien apporté au patient.

Ainsi, le développement de l'éducation thérapeutique des patients à l'officine semble respecter le code de déontologie et le code de santé publique. Il semble également valoriser l'acte pharmaceutique et donc le rôle du pharmacien au sein du système de soin. Cet argument déontologique peut-il cependant justifier le maintien du monopole pharmaceutique ?

## **1. La propriété du capital des officines**

Tout d'abord, il apparaît clairement que les attaques portées par la commission européenne ou par les rapports français Attali ou Beigbeder contre le monopole pharmaceutique sont fondées. En effet, il est probable que la rupture de ce monopole permette à la France de s'adapter à la législation européenne et redynamise l'économie du secteur du médicament en augmentant la concurrence, souvent synonyme de baisse des prix. Cependant, le monopole pharmaceutique doit être considéré dans sa globalité. Ce dernier définit en premier lieu les règles de possession du capital des officines. Ainsi, seul un pharmacien diplômé peut en être le propriétaire. Cette mesure assure au pharmacien une indépendance psychologique, morale, économique et éthique. Il ne subit pas de la part de propriétaires, extérieurs à la profession par

exemple, de pressions visant à améliorer sans cesse la rentabilité de l'officine. Bien sûr, rien ne dit qu'en cas de libéralisation, tous les propriétaires privilégient la rentabilité au détriment de l'acte pharmaceutique. Cependant, face à des investissements souvent supérieurs au million d'euros, il est fort probable que cette idée prédomine. Ce risque est d'autant plus fort que pour ces tierces personnes, la pharmacie d'officine n'est pas une vocation mais simplement un secteur très rentable.

Ainsi, pour défendre ce premier point du monopole pharmaceutique, l'éducation thérapeutique semble avoir un certain poids. En effet, cette dernière met le patient, sa maladie et son traitement au centre des préoccupations du pharmacien. Cette activité constitue donc une démarche morale destinée à améliorer la santé des patients tout en diminuant son coût et ce, indépendamment des préoccupations financières de l'officine. Elle nécessite donc pour exister et se développer, une indépendance du pharmacien et de fait, un maintien des règles régissant la propriété des officines françaises.

## **2. Le maillage démographique**

Le deuxième point définissant le monopole pharmaceutique est le maillage des officines sur le territoire. En France, la répartition de ces dernières dépend du nombre d'habitants sur les communes ou les ensembles de communes. Même si les attaques européennes ou françaises à ce sujet semblent moins vives, cette organisation territoriale mérite d'être défendue mais également réadaptée. Tout d'abord, elle permet de faciliter l'accès aux médicaments pour les populations « reculées ». D'autre part, elle permet d'assurer une rentabilité satisfaisante à la plupart des pharmacies de France. Ce dispositif apparaît donc indispensable, à tel point qu'il a été proposé à d'autres professions de santé comme les médecins : en vain !

Dans la lutte pour le maintien de cette organisation, le développement de l'éducation thérapeutique pourrait jouer un rôle important. Toute la population française sans exception devrait en effet, pouvoir accéder aisément aux démarches d'éducation. Ceci ne peut être possible que par un maintien du maillage, excluant ainsi tout abandon de population. Toutefois, force est de reconnaître que le maillage actuel montre quelques lacunes. La situation dans les autres pays européens montre que le maillage français fait partie des plus denses avec un nombre excessif de pharmacies en centre-ville et avec certaines carences en

zones rurales. Ainsi, l'éducation thérapeutique pourrait être prise en compte pour redéfinir des quotas plus adaptés aux densités de population actuelles sur le territoire français. En effet, desservir 3500 habitants en centre-ville ne revient pas à desservir 3500 habitants en zone rurale. La densité de population étant plus faible en campagne, la distance à parcourir pour accéder aux médicaments s'en trouve significativement augmentée. Ainsi, il serait souhaitable de définir deux valeurs distinctes ; l'une pour les zones urbaines et une autre pour les zones rurales, tout en veillant à maintenir une rentabilité satisfaisante pour chaque type d'officine.

### **3. Le monopole des médicaments**

Enfin, le troisième point du monopole pharmaceutique concerne les produits réservés à la vente en officine. La France fait partie des pays dans lesquels cet aspect du monopole est le plus étendu. Il s'applique à tous les médicaments, remboursés ou non, nécessitant ou non une prescription médicale, ainsi qu'à certains produits comme des huiles essentielles ou des plantes médicinales. Ce monopole de vente est fortement attaqué, notamment par certains rapports français, visant à redynamiser la croissance économique française. L'augmentation du prix des médicaments déremboursés a d'ailleurs attisé ces critiques.

Pour maintenir exclusivement ces produits dans les officines, l'éducation thérapeutique peut devenir un argument de poids. Qu'un médicament soit remboursé ou non, il n'en reste pas moins un produit pharmaceutique défini par un mécanisme d'action, des posologies, des contre-indications et des effets indésirables. Il faut donc encadrer ses ventes et son utilisation. Bien sûr, certains opposants au monopole proposent d'embaucher un pharmacien pour répondre aux questions des patients. Cependant, il faut considérer la désorganisation que cela pourrait créer dans le système officinal français. Les historiques médicamenteux seraient moins complets, le dossier personnel réservé aux seules officines, serait amputé de précieuses informations et les échanges ou les discussions avec les patients se verraient réduits. Or, l'éducation thérapeutique est un long processus visant à inculquer à tous les patients, les techniques et les savoirs indispensables à l'efficacité et à la sécurité des traitements médicamenteux. Elle se construit sur une relation particulière avec chaque patient et assure un suivi thérapeutique permanent pour l'ensemble des médicaments, remboursés ou non. C'est à ce titre que l'éducation thérapeutique est à même de démontrer le bien-fondé du monopole des ventes de médicaments.

Enfin, même si une libéralisation de la vente des médicaments non remboursés pouvait provoquer une baisse de leurs prix (ce qui n'est pas certain à long terme), la valeur ajoutée par l'éducation thérapeutique, à la délivrance de ces médicaments, justifierait pleinement le surcoût probablement minime, pour le consommateur.

Ainsi, il ne fait aucun doute que le développement de l'éducation thérapeutique pourrait jouer en faveur du maintien du monopole pharmaceutique. Cependant, aujourd'hui le temps presse et l'éducation thérapeutique au sein des officines n'en n'est qu'à ses premiers balbutiements. Quelles propositions peut-on alors émettre pour faciliter et généraliser ces démarches d'éducation du patient ?

## **II. PROPOSITIONS POUR FAVORISER LE DEVELOPPEMENT DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE AU SEIN DES OFFICINES**

Dans cette partie, nous distinguerons deux types de propositions capables de faciliter la mise en place de démarches d'éducation thérapeutique dans les officines. La première proposition pourra être appliquée sans délai alors que les suivantes demanderont plus de temps pour leur mise en oeuvre.

### **1. Proposition applicable sans délai**

La proposition applicable sans délai, consiste à mettre à la disposition des équipes officinales une fiche relative aux bonnes pratiques de communication dans le cadre des démarches d'éducation thérapeutique à l'officine.

En 2007, l'HAS a publié un guide méthodologique très complet permettant la structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [29]. Cependant dans ce document très détaillé, il n'est pas certain que le lecteur mesure à sa juste valeur l'importance de la communication dans la réussite des actes éducatifs. Il m'a donc semblé intéressant de créer un guide sur ce thème. Son premier objectif est de guider le pharmacien dans ses démarches éducatives en reprenant les grands principes de communication. Son second objectif est d'inviter le pharmacien à un travail de réflexion lui permettant de s'évaluer, de se corriger, et ainsi de progresser.

Figure n° 5 : Guide pour bien communiquer avec le patient lors des démarches d' éducation thérapeutique à l'officine

*Bien communiquer avec le patient lors des démarches d' éducation thérapeutique*

NOM du patient : .....

PRÉNOM : .....

Age : .....



**Anamnèse**

Le patient est-il connu ?.....

Ce patient est-il traité pour une nouvelle pathologie ?.....

De quelle(s) pathologie(s) chronique(s) souffre-t- il ?.....

Quelles sont les grandes lignes de son traitement chronique ?

.....  
.....  
.....



**Etablir une relation d'écoute avec le patient**

○ Penser le patient AVANT de penser la maladie

- Prendre conscience que la définition du « bien » n'est pas la même pour nous (pharmacien) et pour le patient

- Accepter que le patient soit seul « auteur » de sa vie

- Ne jamais nier les droits du patient (droit à l'information, à la participation, au refus, au respect)

○ Etablir une relation d'accompagnement

- Abandonner sa position d'expert au profit d'une position de témoin

- Favoriser le questionnement, l'analyse, le dialogue, la confrontation d'idées

- Aider le patient à créer sa « norme propre »

- Aller à la rencontre de l'autre sans intrusion inopportune dans la vie privée

Lors de l'entretien avec le patient, quels points pensez-vous avoir particulièrement respectés ?

.....  
.....  
.....  
.....

A l'inverse, quelles notions pensez-vous devoir améliorer lors de la rencontre suivante ?

.....  
.....  
.....  
.....

 **Identifier et suivre le cheminement psychologique du patient**

Quelle(s) émotion(s) du patient avez-vous perçue(s) ? (Cochez la case correspondante)

○ Le patient vient d'apprendre qu'il est malade : ne réalise pas la situation ou évoque le souvenir catastrophique d'un proche gravement invalidé par cette même maladie

RAP (réaction attendu de la part du pharmacien) : Limiter les informations scientifiques ; aider le patient à exprimer ce qu'il ressent ; montrer son soutien ; l'encourager.

- Le patient est révolté

RAP : Ne pas se sentir personnellement agressé ; garder une attitude empathique, compréhensive

- Le patient est triste

RAP : Accompagner cette phase du deuil ; respecter le rythme et les particularités du patient

- Le patient banalise la situation

RAP : Se montrer circonspect ; essayer d'identifier ce par quoi le patient se sent menacé ; favoriser les informations positives et encourageantes

- Le patient refuse la maladie par peur de l'atteinte de l'image de soi

RAP : Aider le patient à retrouver une bonne image de lui-même

- Le patient est résigné

RAP : Montrer que l'on n'adhère pas à cette attitude de résignation. Tenter de minimiser le sentiment d'impuissance du patient

Pensez-vous avoir réagi de façon constructive face aux émotions du patient ? Expliquez.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## **Etablir un projet d'éducation thérapeutique**

- Faire évoquer par le patient le diagnostic, la maladie, le traitement instauré
- Etablir et discuter avec le patient des objectifs du traitement médicamenteux
- Définir les étapes qui permettront d'obtenir une bonne maîtrise et une bonne efficacité du protocole thérapeutique

Résumez en quelques mots le projet d'éducation thérapeutique défini en concertation avec le patient

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## **Evaluer le niveau d'adhésion du patient au projet d'éducation thérapeutique**

- Intégration psychique : le patient se perçoit-il comme réellement malade ?
- Anticipation des conséquences morbides de sa maladie : comment perçoit-il les risques de cette maladie ?
- Volonté de participation et d'autonomie : Propose-t-il des solutions pour rendre son traitement compatible avec sa vie de tous les jours ? Montre-t-il l'envie d'être parfaitement autonome ?

En se posant ces questions, que pensez-vous du niveau d'adhésion du patient ? Quels points devront être revus lors de la prochaine délivrance ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

 **Lors de l'explication de notions scientifiques, utiliser les bonnes méthodes d'enseignement et de communication**

- **Le vocabulaire médical** : nommer les termes scientifiques ; les définir avec des termes plus communs

Quels mots scientifiques avez-vous évoqués ? Les avez-vous définis ? Avez-vous utilisé des termes simples ?

.....  
.....  
.....  
.....

- **Mettre le patient en situation**

Avez-vous utilisé une situation concrète pour illustrer vos propos ?

Si NON, pourquoi ?

Si OUI, la décrire brièvement. Comment le patient a-t-il réagi ? Quelle proposition lui avez-vous fait pour rendre sa réaction plus adaptée à la situation ?

.....  
.....  
.....  
.....

○ **Reproduire les gestes**

Si le traitement intègre l'utilisation d'un dispositif médicamenteux, avez-vous fait une démonstration de son fonctionnement ?

Avez-vous laissé le patient le manipuler ?

En l'observant, quelles corrections lui avez-vous proposées ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

○ **Limiter les exposés**

Avez-vous fait, durant la délivrance de l'ordonnance, un « exposé » à votre patient ?

Si OUI, avez-vous veillé à l'accompagner d'une situation qui étonne, qui invite à l'attention et à la réflexion ? Laquelle ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

○ **Joindre à vos explications un document écrit**

- Lisible
- Concis
- Accessible
- Personnalisé
- Formulé à l'impératif
- Agrémenté de quelques questions et de leurs réponses

Avez-vous utilisé un support écrit ?

Si NON, pourquoi ?

Si OUI, le décrire brièvement. Pensez-vous qu'il réponde aux propositions faites ci-dessus ?

Quels points pensez-vous devoir améliorer ?

.....  
.....  
.....  
.....

○ **Poser des questions**

- Ouvertes
- En retour
- Faisant appel aux connaissances et à la compréhension

○ **Utiliser des formulations littéraires lors des explications faites au patient**

- Comparaisons
- Métaphores

○ **Dompter ses attitudes spontanées**

- Préférer la reformulation des propos du patient

Lors de votre entretien avec le patient, pensez-vous avoir suivi ces trois dernières propositions ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....



Afin d'illustrer le fonctionnement de ce guide, il a été demandé à un pharmacien d'officine de l'utiliser. Pour cela, le pharmacien s'est tout d'abord familiarisé avec les notions et les termes employés dans le guide, en lisant à deux reprises la partie n°2 de cette thèse : « l'éducation thérapeutique du patient ». Il a ensuite choisi le cas d'un patient inconnu de son officine et nouvellement traité pour une thrombose veineuse profonde. Afin d'observer la progression de sa démarche d'éducation, le pharmacien a utilisé ce guide à deux reprises ; pour la première délivrance puis pour la seconde, un mois plus tard.

Figure n° 6 : Exemple d'utilisation du guide ; 1<sup>ère</sup> délivrance

***Bien communiquer avec le patient lors des démarches d'éducation thérapeutique***

NOM du patient : *M<sup>r</sup> R*.....

PRÉNOM : *M*.....

Age : *69 ans*.

✚ **Anamnèse**

Le patient est-il connu ? *NON*.....

Ce patient est-il traité pour une nouvelle pathologie ? *OUI*..

De quelle(s) pathologie(s) chronique(s) souffre-t-il ? *thrombose veineuse profonde*

Quelles sont les grandes lignes de son traitement chronique ?

*Previscan... 1/2... jours... pairs, 3/4... jours... impairs*.....

.....  
.....  
.....

✚ **Etablir une relation d'écoute avec le patient**

○ Penser le patient AVANT de penser la maladie

- Prendre conscience que la définition du « bien » n'est pas la même pour nous (pharmacien) et pour le patient

- Accepter que le patient soit seul « auteur » de sa vie

- Ne jamais nier les droits du patient

- Etablir une relation d'accompagnement

- Abandonner sa position d'expert au profit d'une position de témoin

- Favoriser le questionnement, l'analyse, le dialogue, la confrontation d'idées

- Aider le patient à créer sa « norme propre »

- Aller à la rencontre de l'autre sans intrusion inopportune dans la vie privée

Lors de l'entretien avec le patient, quels points pensez-vous avoir particulièrement respectés ?

..... - accepter que le patient soit seul "autour" de sa vie.....  
..... - respecter les droits du patient.....  
..... - aller à sa rencontre.....  
.....

A l'inverse, quelles notions pensez-vous devoir améliorer lors de la rencontre suivante ?

..... - penser le patient comme quelqu'un qui ne veut pas.....  
nécessairement son bien.....  
..... - établir une relation d'accompagnement car me demande  
plus de travail dans ma façon d'être avec chaque patient.....  
.....

### ✚ Identifier et suivre le cheminement psychologique du patient

Quelle(s) émotion(s) du patient avez-vous perçue(s) ? (Cochez la puce correspondante)

- Le patient vient d'apprendre qu'il est malade : ne réalise pas la situation ou évoque le souvenir catastrophique d'un proche gravement invalidé par cette même maladie

RAP (réaction attendue de la part du pharmacien) : limiter les informations scientifiques ; aider le patient à exprimer ce qu'il ressent ; montrer son soutien ; l'encourager.



## ✚ Etablir un projet d'éducation thérapeutique

- Faire évoquer par le patient le diagnostic, la maladie, le traitement instauré
- Etablir et discuter avec le patient des objectifs du traitement médicamenteux
- Définir les étapes qui permettront d'obtenir une bonne maîtrise et une bonne efficacité du protocole thérapeutique

Résumez en quelques mots le projet d'éducation thérapeutique défini en concertation avec le patient

- mise en place d'1 calendrier de prise de son AVK
- surveillance à effectuer lors des prises des AVK
- connaître les situations à risque et les éviter

## ✚ Evaluer le niveau d'adhésion du patient au projet d'éducation thérapeutique

- Intégration psychique : le patient se perçoit-il comme réellement malade ?
- Anticipation des conséquences morbides de sa maladie : comment perçoit-il les risques de cette maladie ?
- Volonté de participation et d'autonomie : Propose-t-il des solutions pour rendre son traitement compatible avec sa vie de tous les jours ? Montre-t-il l'envie d'être parfaitement autonome ?

En se posant ces questions, que pensez-vous du niveau d'adhésion du patient ? Quels points devront être revus lors de la prochaine délivrance ?

... - le patient ne perçoit pas bien l'intérêt de son traitement car il n'a plus de caillot au niveau du membre inférieure  
... - prend tout de même en compte le calendrier de prise mais ignore la surveillance de l'INR et l'identification des situations à risque.

✚ **Lors de l'explication de notions scientifiques, utiliser les bonnes méthodes d'enseignement et de communication**

- **Le vocabulaire médical** : nommer les termes scientifiques ; les définir avec des termes plus communs

Quels mots scientifiques avez-vous évoqués ? Les avez-vous définis ? Avez-vous utilisé des termes simples ?

..... INR, anti-coagulant, vitamine K : définis avec des termes simples .....

- **Mettre le patient en situation**

Avez-vous utilisé une situation concrète pour illustrer vos propos ?

Si NON, pourquoi ?

Si OUI, la décrire brièvement. Comment le patient a-t-il réagi ? Quelle proposition lui avez-vous fait pour rendre sa réaction plus adaptée à la situation ?

..... NON .....

○ **Reproduire les gestes**

Si le traitement intègre l'utilisation d'un dispositif médicamenteux, avez-vous fait une démonstration de son fonctionnement ?

Avez-vous laissé le patient le manipuler ?

En l'observant, quelles corrections lui avez-vous proposées ?

... Vérification ... que ... le ... patient ... sait ... découper ... 1/4 ... de ... comprimé :  
il ... semble ... y ... arriver ...

○  **limiter les exposés**

Avez-vous fait, durant la délivrance de l'ordonnance, un « exposé » à votre patient ?

Si OUI, avez-vous veillé à l'accompagner d'une situation qui étonne, qui invite à l'attention et à la réflexion ? Laquelle ?

... oui ... mais ... marquait ... de ... points ... peu ... attirer ... l'attention du ...  
patient ... : ... pas ... assez ... ludique ...

○  **Joindre à vos explications un document écrit**

- Lisible

- Concis

- Accessible

- Personnalisé

- Formulé à l'impératif

- Agrémenté de quelques questions et de leurs réponses

Avez-vous utilisé un support écrit ?

Si NON, Pourquoi ?

Si OUI, le décrire brièvement. Pensez-vous qu'il réponde aux propositions faites ci-dessus ?

Quels points pensez-vous devoir améliorer ?

..... - oui mais il n'est pas personnalisé et pas formulé à l'impératif  
..... - pas de questions - réponses  
.....  
.....

○ **Poser des questions**

- Ouvertes
- En retour
- Faisant appel aux connaissances et à la compréhension

○ **Utiliser des formulations littéraires lors des explications faites au patient**

- Comparaisons
- Métaphores

○ **Dompter ses attitudes spontanées**

- Préférer la reformulation des propos du patient

Lors de votre entretien avec le patient, pensez-vous avoir suivi ces trois dernières propositions ?

..... - pas particulièrement  
..... - j'ai tout de même utilisé des questions faisant appel  
..... aux connaissances et à la compréhension  
.....  
.....  
.....  
.....



Figure n° 7 : Exemple d'utilisation du guide : 2<sup>nd</sup> délivrance

***Bien communiquer avec le patient lors des démarches d'éducation thérapeutique***

NOM du patient : .....M<sup>r</sup>...R...

PRÉNOM : .....M.....

Age : ..69 ans

↓ **Anamnèse**

Le patient est-il connu ? ...oui.....

Ce patient est-il traité pour une nouvelle pathologie ? ..non...

De quelle(s) pathologie(s) chronique(s) souffre-t-il ?...thrombose...veineuse profonde

Quelles sont les grandes lignes de son traitement chronique ?

.....Praxison 1/2 jours pairs, 3/4 jours impairs.....  
.....  
.....  
.....

↓ **Etablir une relation d'écoute avec le patient**

○ Penser le patient AVANT de penser la maladie

- Prendre conscience que la définition du « bien » n'est pas la même pour nous (pharmacien) et pour le patient

- Accepter que le patient soit seul « auteur » de sa vie

- Ne jamais nier les droits du patient

- Etablir une relation d'accompagnement

- Abandonner sa position d'expert au profit d'une position de témoin

- Favoriser le questionnement, l'analyse, le dialogue, la confrontation d'idées

- Aider le patient à créer sa « norme propre »

- Aller à la rencontre de l'autre sans intrusion inopportune dans la vie privée

Lors de l'entretien avec le patient, quels points pensez-vous avoir particulièrement respectés ?

..... - je me suis moins mise en position d'expert qu'au 1<sup>er</sup> rendez-vous.  
..... - j'ai essayé de l'inciter à poser des questions et à participer  
..... à cette rencontre  
.....  
.....

A l'inverse, quelles notions pensez-vous devoir améliorer lors de la rencontre suivante ?

..... - aider le patient à créer sa "norme propre"  
.....  
.....  
.....  
.....

### ↓ Identifier et suivre le cheminement psychologique du patient

Quelle(s) émotion(s) du patient avez-vous perçue(s) ? (Cochez la puce correspondante)

- Le patient vient d'apprendre qu'il est malade : ne réalise pas la situation ou évoque le souvenir catastrophique d'un proche gravement invalidé par cette même maladie

RAP (réaction attendue de la part du pharmacien) : limiter les informations scientifiques ; aider le patient à exprimer ce qu'il ressent ; montrer son soutien ; l'encourager.



## ✚ Etablir un projet d'éducation thérapeutique

- Faire évoquer par le patient le diagnostic, la maladie, le traitement instauré
- Etablir et discuter avec le patient des objectifs du traitement médicamenteux
- Définir les étapes qui permettront d'obtenir une bonne maîtrise et une bonne efficacité du protocole thérapeutique

Résumez en quelques mots le projet d'éducation thérapeutique défini en concertation avec le patient

..... - Bien comprendre le suivi de son traitement.....  
..... - Bien intégrer les réactions à adapter lors de sue ou sous-  
..... dosage en AVK... en lors du choix des aliments.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## ✚ Evaluer le niveau d'adhésion du patient au projet d'éducation thérapeutique

- Intégration psychique : le patient se perçoit-il comme réellement malade ?
- Anticipation des conséquences morbides de sa maladie : comment perçoit-il les risques de cette maladie ?
- Volonté de participation et d'autonomie : Propose-t-il des solutions pour rendre son traitement compatible avec sa vie de tous les jours ? Montre-t-il l'envie d'être parfaitement autonome ?

En se posant ces questions, que pensez-vous du niveau d'adhésion du patient ? Quels points devront être revus lors de la prochaine délivrance ?

le patient comprend que son traitement est nécessaire pour éviter une réthrombose : bonne observance apparemment  
il semble s'investir insuffisamment dans la surveillance de son traitement

### ✚ Lors de l'explication de notions scientifiques, utiliser les bonnes méthodes d'enseignement et de communication

- **Le vocabulaire médical** : nommer les termes scientifiques ; les définir avec des termes plus communs

Quels mots scientifiques avez-vous évoqués ? Les avez-vous définis ? Avez-vous utilisé des termes simples ?

j'ai redéfini les termes de sous-dosage et surdosage en expliquant quels en sont les signes, avec des termes simples

- **Mettre le patient en situation**

Avez-vous utilisé une situation concrète pour illustrer vos propos ?

Si NON, pourquoi ?

Si OUI, la décrire brièvement. Comment le patient a-t-il réagi ? Quelle proposition lui avez-vous fait pour rendre sa réaction plus adaptée à la situation ?

oui ... ① votre femme prépare 1 choucroute ... En manger - vous ?  
→ bonne réaction du patient

② vous vous coupez en vous rasant le matin ... le saignement est hémorragique, que faites - vous ?

→ réaction juste, avec un peu d'aide de ma part,

○ **Reproduire les gestes**

Si le traitement intègre l'utilisation d'un dispositif médicamenteux, avez-vous fait une démonstration de son fonctionnement ?

Avez-vous laissé le patient le manipuler ?

En l'observant, quelles corrections lui avez-vous proposées ?

.....vu au 1<sup>er</sup> rendez-vous donc OK.....  
.....  
.....  
.....

○  **limiter les exposés**

Avez-vous fait, durant la délivrance de l'ordonnance, un « exposé » à votre patient ?

Si OUI, avez-vous veillé à l'accompagner d'une situation qui étonne, qui invite à l'attention et à la réflexion ? Laquelle ?

.....exposé beaucoup plus interactif qu'au 1<sup>er</sup> rendez-vous, avec.....  
.....des mises en situation, des questions faisant appel à la.....  
.....connaissance, des questions ouvertes.....  
.....

○  **Joindre à vos explications un document écrit**

- Lisible

- Concis

- Accessible

- Personnalisé

- Formulé à l'impératif

- Agrémenté de quelques questions et de leurs réponses

Avez-vous utilisé un support écrit ?

Si NON, Pourquoi ?

Si OUI, le décrire brièvement. Pensez-vous qu'il réponde aux propositions faites ci-dessus ?

Quels points pensez-vous devoir améliorer ?

Oui, même document qu'au 1<sup>er</sup> rendez-vous, en essayant de mettre en valeur les points que le patient n'avait pas bien retenus (donc personnalisé) .....  
reformulation des phrases à l'impréatif .....

○ **Poser des questions**

- Ouvertes
- En retour
- Faisant appel aux connaissances et à la compréhension

○ **Utiliser des formulations littéraires lors des explications faites au patient**

- Comparaisons
- Métaphores

○ **Dompter ses attitudes spontanées**

- Préférer la reformulation des propos du patient

Lors de votre entretien avec le patient, pensez-vous avoir suivi ces trois dernières propositions ?

Oui .....  
- ajout de comparaisons et de reformulations des propos du patient, par rapport au 1<sup>er</sup> rendez-vous .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



Aux dires du pharmacien, ce guide lui a tout d'abord permis de « prendre connaissance des grandes notions de communication ». Il lui a servi de « point d'appui » pour sa démarche éducative lors de la délivrance des médicaments au comptoir. Enfin, il lui a permis de se questionner judicieusement sur ce qu'il a « fait », ce qu'il « aurait du faire » et sur ce qu'il « devra faire » par la suite. Il considère donc ce guide comme un « point de départ satisfaisant » pour bien communiquer lors des démarches d'éducation thérapeutique dans son officine. Il évoque toutefois « le temps non négligeable » pour se familiariser avec les termes et notions évoquées et pour exploiter au mieux le document. Il rajoute toutefois que « toute nouvelle activité demande nécessairement du temps et de l'investissement personnel ». Ainsi, mettre ce document à la disposition des équipes officinales semble être une proposition adaptée pour initier efficacement des démarches d'éducation thérapeutique du patient dans les officines.

## **2. Propositions applicables à moyen et long terme**

### **A. Améliorer la formation des pharmaciens en communication et en éducation thérapeutique du patient**

L'éducation thérapeutique est une discipline complexe qui demande au pharmacien des compétences particulières. Ce dernier doit en effet connaître les principes de base de l'éducation thérapeutique et maîtriser les techniques de communication à l'officine. Ces notions doivent donc non seulement lui être enseignées lors de sa formation initiale mais également entretenues et perfectionnées par une formation continue.

#### **a) La formation initiale en communication**

Prenons tout d'abord quelques exemples. A la faculté de pharmacie de Châtenay-Malabry (Paris XI), les étudiants suivent au cours de leur première année, un enseignement dénommé « Initiation à la communication ». Son objectif est de sensibiliser l'étudiant à la communication grâce à deux séances d'1h30 soit 3 heures au total [9].

Ce premier exemple montre immédiatement ses limites. Tout d'abord, le volume horaire qui lui est accordé est très insuffisant. D'autre part, le concours ponctuant cette première année, incite les élèves à se concentrer sur les matières à gros coefficients grâce auxquelles ils pourront se démarquer. De plus, la pédagogie de cet enseignement est fort critiquable puisqu'il fait appel à des interventions magistrales et des transparents. Ce type de procédé limite tout échange (entre l'enseignant et les étudiants), pourtant principe fondamental de la communication. En conséquence, les élèves écartent cette matière et son impact est donc réduit. Cette lacune créée en première année n'est, par la suite, pas comblée. Il n'est en effet, proposé aux étudiants, qu'un enseignement de 6 heures dont 3 heures de travaux pratiques en 6<sup>e</sup> année intitulé « Conseil, communication et médication officinale ». Encore une fois, le temps qui lui est imparti semble bien insuffisant.

A la faculté de Lille par contre, la formation semble bien plus adaptée aux besoins des étudiants. Ils reçoivent en 5<sup>e</sup> année un enseignement de 20 heures intitulé « Bonnes pratiques de communication » [9]. Le point fort de ce dernier est l'intervention de représentants d'association de malades : association des mutilés de la voix, association des stomisés ou encore association des femmes atteintes d'un cancer du sein. Rencontrer ces personnes ayant au fond d'elles un lourd vécu de souffrance et de détresse est un excellent moyen de se rendre compte de la tâche qui incombe au pharmacien.

A Nancy, l'enseignement de communication se répartit au cours de la 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> année et représente au total 30 heures d'enseignement. Les séances peuvent prendre la forme de cours, de discussions en petits groupes sur un thème de communication, d'entretiens filmés et analysés par la suite ou encore d'exposés présentés à l'écrit puis à l'oral. Le dialogue, la discussion et l'application des notions théoriques acquises au préalable dans des situations pratiques font la force de cette formation.

Une des formes les plus évoluée en terme de formation initiale reste l'U.E (unité d'enseignement) de Toulouse dénommée « Communication orale et écrite – relation humaine » [9]. Elle traite en 90 heures, des thèmes tels que la personnalité, la communication orale et écrite, l'entretien face-à-face, la prise de parole en public ou encore les relations humaines. Cet enseignement reste une option mais trouverait bien évidemment toute sa place dans le tronc commun obligatoire. Son volume horaire semble quant à lui suffisant pour acquérir des bases solides.

Ainsi, la formation initiale en communication semble très disparate d'une faculté de pharmacie à une autre. Pour améliorer cet enseignement, il serait souhaitable d'y apporter quelques améliorations. Tout d'abord, il ne fait aucun doute que cet enseignement doit être généralisé à toutes les facultés de pharmacie françaises, tout en veillant à lui attribuer un volume horaire suffisant (30 heures au minimum). La moitié de ce temps pourra être réservé à des travaux dirigés ou pratiques afin de mettre en application les notions théoriques acquises au préalable. Pour cela de nombreux moyens existent : débats de groupe, interventions filmées, jeux de rôles ; le tout dans des officines expérimentales comme à Strasbourg ou anciennement à Nancy. Ces mises en situation trouveront par la suite leur prolongement dans les stages de 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> année.

## b) La formation initiale en éducation thérapeutique

Selon une enquête de l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) datée de 2006, les facultés de pharmacie proposant des enseignements spécifiques en éducation thérapeutique des patients sont encore rares [8]. Parmi les treize facultés ayant participé à cette enquête, seules cinq intègrent ce thème dans leur cursus. Le volume horaire varie alors de trente et une heures à soixante et onze heures. Cependant, la majorité des facultés se limitent à des cours magistraux et excluent les travaux pratiques. La plupart du temps, les enseignements sont élaborés en partenariat avec d'autres structures comme des hôpitaux ou des associations de professionnels de santé. Ils sont assurés par des enseignants de la faculté et/ou des intervenants extérieurs du monde médical, paramédical, ou social. Ces enseignements traitent le plus fréquemment de l'adhésion thérapeutique et de ses déterminants, des enjeux de l'éducation du patient, des représentations de la santé et de la maladie, de la psychologie du patient et de sa relation avec le soignant. Malheureusement, seulement une faculté sur deux a rendu cet enseignement obligatoire.

Ainsi, pour la formation initiale en éducation thérapeutique du patient, les inégalités relevées entre les facultés de pharmacie sont importantes. Il faut donc dans un premier temps généraliser les enseignements sur ce sujet en leur accordant un volume horaire suffisant : cinquante heures au minimum. Comme en matière de communication, la moitié au moins devra être utilisée pour le déroulement de travaux dirigés. Toutefois, pour que ces derniers soient productifs, il est indispensable que les étudiants aient parfaitement intégré les pathologies et leurs traitements.

A ce titre, l'enseignement d'éducation thérapeutique pourrait se dérouler au milieu du stage officinal de 6<sup>ème</sup> année.

Enfin, parmi les enseignants des facultés de pharmacie, rares sont ceux spécialisés en éducation thérapeutique ; il semblerait donc judicieux de faire systématiquement participer des « intervenants extérieurs » capables de confronter les futurs pharmaciens à des situations concrètes et aux problèmes qui en découlent.

### c) La formation continue

Une fois sorti du cursus universitaire, le pharmacien entre dans la vie active avec un bagage de connaissances et de compétences très important. Or avec le temps, sa pratique professionnelle évolue et son savoir ne répond plus exactement à ses besoins. Il est donc indispensable que tout au long de sa carrière, il puisse avoir accès à des dispositifs de formation continue. L'article 4236-1 du code de la santé publique va même plus loin puisqu'il stipule que « la formation continue qui a pour objectifs l'entretien et le perfectionnement des connaissances constitue une obligation pour tout pharmacien ». A ce titre, la loi Fillon, publiée au journal officiel le 07 mai 2004, a instauré pour chaque salarié un DIF (droit individuel à la formation) [15]. Il s'adresse non seulement aux salariés en CDI (contrat à durée indéterminée) travaillant depuis au moins un an, mais également aux salariés en CDD (contrat à durée déterminée) travaillant depuis au moins quatre mois. En janvier de chaque année, le compte DIF de chaque employé en CDI, est crédité de 24 heures de formation continue. Ces heures peuvent se cumuler sur une durée maximale de 6 ans soit 144 heures. Pour les CDD, les heures créditées sont calculées en proportion de la durée du contrat et ne peuvent se cumuler. Le DIF peut alors être utilisé en tout ou partie pendant le temps de travail par décision conjointe de l'employeur et du salarié. Ce dernier reçoit alors une allocation de formation correspondant à 50% de son salaire net horaire pour les heures de formation effectuées hors de son temps de travail. Pour la partie de la formation organisée pendant son temps de travail, sa rémunération habituelle est maintenue. D'autre part, les frais directement liés à la formation sont pris en charge par l'OPCA-PL (Organisme Paritaire Collecteur Agréé des Professions Libérales) et/ou l'employeur.

La formation continue des pharmaciens titulaires est quand à elle financée par le FIF-PL (fond d'assurance formation des professions libérales) sous réserve du versement annuel à l'URSSAF (Union de Recouvrement pour la Sécurité Sociale et les Allocations Familiales) de la contribution à la Formation Professionnelle.

Malgré la mise en place de ces dispositifs de droit à la formation continue, entretenir et améliorer ses connaissances en éducation thérapeutique et en communication dans le cadre de la relation soignant-soigné, est à l'heure actuelle très difficile. En effet, aucun organisme de formation ne propose de séance traitant spécifiquement de ces sujets [30]. Là encore, il serait souhaitable de corriger rapidement cette lacune.

Ainsi, aux vues de ce bilan, tant pour la formation initiale que continue, il peut être actuellement conseillé aux pharmaciens de suivre un diplôme universitaire en éducation thérapeutique, à l'image du DUEP, organisé conjointement par les universités lilloises, les services et instituts de formation continue, et la CRAM Nord Picardie (Caisse Régionale d'Assurance Maladie) [28]. Son objectif général est de former les professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, diététiciens...), afin de leur permettre de devenir des référents qualifiés en éducation du patient. Afin de répondre à cet objectif, la formation modulaire vise les objectifs spécifiques suivants :

- Prendre en compte dans sa pratique médicale ou soignante les dimensions psychologiques et sociales de l'expérience de la maladie
- Développer des attitudes appropriées dans la relation avec le patient et son entourage
- Construire et renforcer l'autonomie de la personne soignée
- Créer les conditions qui favorisent l'apprentissage
- Structurer et planifier un programme en éducation thérapeutique du patient
- Prendre en compte le suivi et le long terme
- Mettre en place une évaluation adéquate en éducation thérapeutique du patient

L'enseignement se compose de 10 modules de 4 jours, le tout réparti sur 2 ans à raison d'une semaine de formation tous les deux mois [annexe n°1]. Une évaluation individuelle marque la fin de chaque module et un projet en éducation thérapeutique du patient, formalisé par un mémoire, valide le diplôme. Bien conscient que ce DU (diplôme universitaire) reste difficile à concilier avec la vie professionnelle, les organisateurs proposent aux professionnels de santé

de s'inscrire à un ou plusieurs modules dans le cadre d'une procédure de formation continue, sans obligation de suivre la formation longue. Même si cette formation est plutôt centrée sur l'éducation thérapeutique en milieu hospitalier, elle n'en reste pas moins un modèle à suivre, tant par son contenu que par son organisation.

## **B. Faciliter l'accès du pharmacien aux informations sur le patient, sa pathologie et son traitement**

L'éducation thérapeutique du patient demande, dans le respect de l'éthique, du secret professionnel et de la personne concernée, de connaître un certain nombre d'informations sur le patient, sa pathologie, son traitement, ses antécédents et son parcours dans le système de soin. Aujourd'hui, le pharmacien est aidé dans cette tâche par l'historique médicamenteux informatisé. Cependant, ce dernier se limite aux médicaments délivrés dans l'officine en question. Le reste peut être obtenu dans le cadre de discussions et d'échanges lors de la dispensation d'ordonnances ou de conseils. Cette démarche reste toutefois complexe et chronophage. L'acquisition d'informations précises, justes et suffisantes apparaît donc actuellement comme un obstacle au bon déroulement des démarches d'éducation thérapeutique. Deux dispositifs, en cours de conception ou de mise en œuvre, semblent toutefois pouvoir solutionner ce problème.

### **a) Le DMP (Dossier Médical Personnel)**

Bien qu'encore en phase de conception, le DMP semble promettre de très grandes avancées. Ses objectifs sont d'assurer [33] :

- Une continuité des actes et prestations des différents acteurs de santé
- Une connaissance précise de la situation médicale du patient
- Un accès simple et rapide dans le respect de la confidentialité
- Une traçabilité permettant un travail dans la durée

✓ Que contiendra le DMP ?

Ce dossier contiendra des informations provenant des professionnels et établissements de santé que le patient aura lui-même désignés : hôpitaux, médecins de ville, pharmaciens, laboratoires d'analyses médicales. Avec son accord formel, il proposera entre autres, les comptes rendus et prescriptions de médecins, la liste des médicaments qui auront été délivrés, les comptes-rendus de radiologie, d'analyses médicales, les lettres de sortie d'hôpital...[33]. Voici le tableau résumant les catégories d'information qui seront présentes sur le DMP.

*Figure n° 8 : Contenu prévu du Dossier médical personnel [33]*

<b>Volet d'identification</b>
Nom
Prénom
Date de naissance
Identifiant
<b>Volet de données générales</b>
Antécédents personnels, médicaux et chirurgicaux
Historique des consultations spécialisées
Allergies, intolérances, vaccination
<b>Volet de soins</b>
Résultats d'examens biologiques
CR d'acte diagnostique
Bilan d'autonomie
Bilan fonctionnel (Kiné)
Conclusion de téléconsultation
CR (Compte-rendu) d'acte thérapeutique
CR de séjour hospitalier, lettre de sortie
Pathologie en cours
Dispensation médicamenteuse
Suivi de soins
<b>Volet de prévention</b>
Facteurs de risques
CR d'acte diagnostique à visée préventive
CR d'acte thérapeutique à visée préventive
<b>Volet d'images</b>
Documents radiologiques ou d'imagerie médicale
<b>Espace personnel</b>
Informations saisies à la discrétion du patient

✓ Des ajouts d'informations possibles par le patient lui-même

Le patient pourra apporter les informations qui lui semblent importantes comme celles concernant le don d'organe ou son groupe sanguin et rhésus. Un cadre spécifique sera d'ailleurs créé dans ce sens. Bien entendu, il bénéficiera d'un droit d'accès et de rectification conformément à la loi informatique et libertés [33].

✓ Qui aura accès à son contenu ?

Avec l'accord éclairé du patient, les données seront accessibles aux différents professionnels de santé qu'il aura désignés, cela dans le strict respect du secret médical et de la vie privée. Il pourra d'ailleurs consulter l'historique des professionnels de santé ayant eu accès à son dossier. De surcroît, il sera possible de masquer certaines informations à un ou plusieurs professionnels de santé, sauf bien entendu à leur auteur. Enfin, les médecins du travail, les compagnies d'assurances et les sociétés mutuelles n'y auront pas accès [33].

✓ Le DMP sera-t-il obligatoire ?

La loi du 13 août 2004 n'impose pas au patient la création d'un DMP. Toutefois, afin d'être rapidement efficace en terme de santé publique, il doit être utilisé par le plus grand nombre. Le mécanisme pourrait donc être similaire à celui existant pour le médecin traitant : le patient qui ne souhaiterait pas donner l'accès à son DMP à un professionnel de santé lui prodiguant des soins obtiendra un moindre remboursement pour les actes correspondants (art. L. 161-36-2 du CSS, code de la sécurité sociale). En ce qui concerne les professionnels de santé, l'utilisation du DMP et son alimentation conditionneraient l'entrée et le maintien dans le processus de conventionnement avec les organismes d'assurance maladie (art.L. 161-36-2 du CSS) [33].

✓ Où sera stocké le DMP ?

Il sera hébergé par un prestataire de services appelé « hébergeur ». Ce dernier aura reçu l'agrément de l'État pour cette activité et sera en mesure de fournir toutes les garanties de sécurité et de confidentialité, conformément aux exigences de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Par ailleurs, l'hébergeur n'aura pas accès au contenu du DMP [33].

Bien entendu, tout cela a un coût. Il sera de 1 milliard d'euros réparti sur plusieurs années. Ces sommes sont comparables à celles engagées par nos voisins européens pour la conduite de projets similaires.

#### b) Le DP (Dossier Pharmaceutique)

Financé en partie par les pharmaciens et l'état, le Dossier pharmaceutique doit être distingué du DMP. Après une phase pilote concluante, organisée dans six départements seulement, la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) a autorisé en décembre 2008 l'extension du DP à l'ensemble des officines françaises. « Depuis la publication du décret du 15 décembre 2008 au J.O. du 17 décembre 2008, et l'avis de la CNIL du 2 décembre 2008, les pharmaciens ont l'obligation de proposer le Dossier pharmaceutique » [35].

Il contient, si le patient consent à le créer, le nom, la quantité et la date de dispensation de tous les médicaments dispensés au cours des 4 derniers mois, dans n'importe quelle officine de France ayant accès au DP. Ces données sont conservées 12 mois dont 8 pour les retraits de lots. En revanche, aucun renseignement n'est fourni à propos de l'identité du prescripteur, de la pharmacie ayant délivré les médicaments listés ou encore les prix pratiqués [16]. Les données sont stockées chez un hébergeur ayant reçu un agrément de l'état et son accès n'est possible que par l'identification du pharmacien (carte de professionnel de santé) et du patient (carte vitale). Bien entendu, une attention toute particulière a été portée au respect de la vie privée et du secret médical [16]. Le DP vise ainsi à lutter au mieux contre l'iatrogénie, à rendre plus performant la traçabilité et le retrait de lots, à centrer l'acte pharmaceutique sur le patient et à faciliter la coordination entre les différents professionnels de santé par intégration au futur DMP.

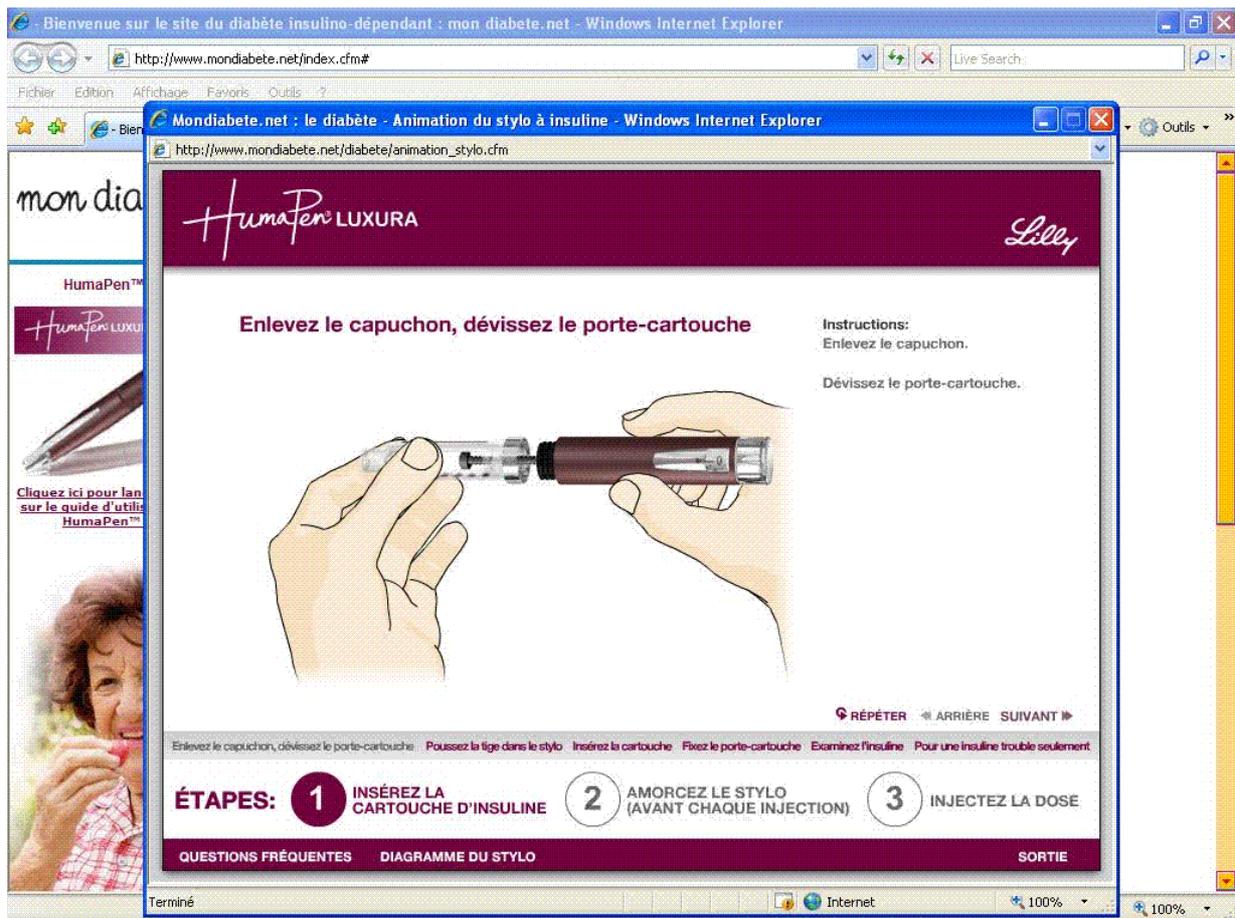
Ces deux « dossiers » permettront donc au pharmacien d'obtenir rapidement des informations précises et sûres concernant le patient, ses pathologies, ses traitements ou ses résultats d'examens. Il s'agit là d'une condition majeure au bon déroulement des démarches d'éducation thérapeutique. Malheureusement, à l'inverse du DP, le DMP vit une période plus délicate. Sa phase de conceptualisation n'est en effet pas terminée et le déploiement initialement prévu en janvier 2007, n'est toujours pas lancé [22]. Il est donc indispensable que les responsables de ce projet reprennent les discussions et les réflexions avec le ministère de la santé et les professionnels de santé concernés. Il s'agit en effet d'un dispositif précieux qui pourrait à terme, favoriser l'essor de l'éducation thérapeutique.

### **C. Guider le patient dans sa quête d'information**

Comme nous l'avons évoqué dans la partie concernant la relation soignant - soigné, les lois du 2 Janvier et du 4 Mars 2002 ont profondément modifié les droits des patients en ce qui concerne leur prise en charge dans le système de soin français. Les patients sont, depuis cette date, considérés comme les acteurs de leur propre santé. Ce changement a d'ailleurs clairement été observé au sein des officines. En effet, nombreux sont aujourd'hui les patients recherchant de leur propre initiative, des informations sur leur pathologie et leur traitement. Ce phénomène a d'ailleurs été favorisé par l'avènement de l'Internet, source quasi inépuisable d'informations. Cette démarche active, volontaire, permettant au patient de porter une réflexion personnelle sur sa maladie, son traitement et sa vie quotidienne, est un élément important de l'éducation thérapeutique. Les discussions ou débats avec le pharmacien sont dès lors, plus enrichissants et constructifs. Toutefois, la qualité des informations mises à disposition des internautes n'est pas toujours satisfaisante. Il est donc nécessaire que le pharmacien oriente ses patients vers des sites Internet reconnus pour l'exactitude et la qualité des informations fournies. Ceci permet donc d'éviter les généralités peu exploitables ou à l'inverse les informations scientifiques trop complexes et donc inaccessibles. Citons en exemple les sites Internet de certains laboratoires pharmaceutiques, à l'image de celui mis en ligne par Lilly, spécialiste des maladies chroniques telles que le diabète. Accessible à l'adresse [www.mondiabete.net](http://www.mondiabete.net), il place le patient au centre de ses préoccupations et lui apporte une aide intéressante pour concilier vie courante, maladie et traitement. Sur ce même modèle, certaines associations de malades proposent également des sites très bien documentés ; à l'image de l'association française des diabétiques accessible à l'adresse

[www.afd.asso.fr](http://www.afd.asso.fr). Bien entendu, ces sites peuvent également servir de support au pharmacien lors de ses démarches d'éducation thérapeutique à l'officine. Le site [www.lilly.fr](http://www.lilly.fr) propose par exemple des démonstrations interactives et animées concernant l'utilisation des stylos d'insuline.

*Figure n° 9 : Animation sur le guide d'utilisation du stylo d'insuline humapen Luxura [31]*



Enfin, il convient d'ajouter que le pharmacien doit également jouer son rôle de guide pour les autres supports d'information, généralistes ou spécialisés, comme les magazines papiers ou les reportages audiovisuels.

## **D. Améliorer l'agencement de l'officine**

A l'heure actuelle, l'agencement des officines ne varie plus que par son design et quelques détails techniques ou pratiques. Les comptoirs sont conçus pour servir les clients en position debout et tendent à rendre l'espace qu'ils créent, le plus confidentiel possible. S'ils conviennent à l'activité du pharmacien d'aujourd'hui, ils s'avèrent inadaptés à l'éducation des patients. La position debout peut en effet devenir très handicapante pour les personnes âgées qui ne peuvent la supporter que quelques minutes. Dès lors, comment l'éducation peut-elle être efficace si l'interlocuteur est plus concentré sur son « mal-être » que sur les paroles du pharmacien. A ce titre, le pharmacien est invité à doter son officine d'au moins un « comptoir assis ». Cette position facilite alors le dialogue à voix basse, permet des échanges de plus longue durée et invite à l'écoute.

Un autre élément conditionne également la réussite des démarches d'éducation thérapeutique à l'officine ; il s'agit du respect de la confidentialité. En effet, en tant que professionnel de santé, le pharmacien est soumis au « secret professionnel ». A ce titre, les informations qu'il échange avec son interlocuteur ne doivent être ni entendues ni vues par un tiers, présent au même moment dans l'officine. La première idée permettant de délimiter un espace de confidentialité satisfaisant, consiste à mettre en place des marquages au sol maintenant une distance suffisante entre les patients composant la « file d'attente » et le patient au comptoir.

La seconde proposition consiste à sonoriser la pharmacie par une musique calme. Les enceintes, placées dans la surface de vente, au plus près des personnes qui patientent, jouent le rôle de barrière sonore très efficace, ne gênant toutefois en rien le pharmacien dans son travail.

Enfin, il est également possible d'utiliser des écrans plats diffusant des messages de santé publique, des cartes épidémiologiques ou encore des publicités. Grâce à ces deux dispositifs, les personnes en attente d'être servies ne se focalisent plus sur les discussions ayant cours devant elles. Ils permettent d'autre part de réduire considérablement l'agacement pouvant naître d'une attente trop longue. Les patients arrivant au comptoir sont donc mieux disposés psychologiquement à suivre les différentes étapes de leur éducation thérapeutique.

## **E. Permettre au pharmacien d'accorder plus de temps aux démarches d'éducation thérapeutique**

A la question « Quel obstacle principal voyez-vous au développement de l'éducation thérapeutique dans votre officine ? », les pharmaciens titulaires répondent souvent « le manque de temps ». Ce constat ne traduit pas un manque de motivation mais bien une réalité qu'il faut prendre en considération. En effet, souvent les contraintes économiques propres à chaque officine, ne permettent pas au pharmacien titulaire d'embaucher du personnel supplémentaire. D'autre part, le service au comptoir, les démarches administratives et la gestion interne de l'officine n'offrent que peu de temps au pharmacien pour mettre en œuvre de nouvelles activités. Pour tenter de résoudre ce problème, une idée émerge : le recours à l'automatisation.

Ces dix dernières années, le perfectionnement, la fiabilisation et l'implantation progressive des automates et des robots au sein des officines, a profondément modifié les méthodes de travail des pharmaciens. Les automates permettent en effet d'acheminer au comptoir, et ce en moins d'une minute, les médicaments sélectionnés par le pharmacien via son ordinateur. Ainsi, ce dernier n'a plus besoin d'aller chercher dans ses rayonnages les médicaments prescrits. Non seulement, le gain de temps est sensible mais le contact avec le patient est également profondément amélioré. Souvent, ces automates sont couplés à des bras robotisés. Ces robots réceptionnent alors les commandes, les rangent dans l'automate et gèrent le stock en temps réel. Ce couplage permet à la personne habituellement chargée des commandes, d'aider à la délivrance des ordonnances au comptoir. Chaque employé peut ainsi passer plus de temps avec ses patients, sans pour autant allonger la file d'attente. Cette forme d'automatisation semble donc libérer un temps précieux, qui peut alors être utilisé pour la mise en place de démarches d'éducation thérapeutique. Toutefois, le coût financier d'un tel dispositif ne le rend accessible qu'aux officines, importantes par leur surface et importantes par leur chiffre d'affaire.

*Figure n° 10 : Photographie d'un automate destiné aux officines [26]*



*Figure n° 11 : Photographie d'un « bras robotisé » [32]*



## **F. Développer les rendez-vous pharmaceutiques**

Comme nous l'avons vu précédemment, l'éducation du patient demande du temps, un environnement adapté et surtout de bonnes dispositions psychologiques pour l'écoute et le dialogue. Ces conditions ne sont toutefois pas systématiquement réunies à l'officine. En effet, aux heures de pointes, lorsque la pharmacie est saturée de patients, le pharmacien est tenté de « parer au plus pressé ». Il se limite alors à la simple délivrance des médicaments pour réduire le temps d'attente et satisfaire le plus rapidement possible l'ensemble des personnes présentes. Dans cette situation, une démarche efficace d'éducation thérapeutique ne peut voir le jour. Pour résoudre ce problème, une idée semble émerger : le « rendez-vous pharmaceutique ». Il consiste à proposer au patient un rendez-vous, défini par sa date, son horaire et sa durée. Il peut être convenu par téléphone, par e-mail ou encore par contact direct à l'officine. Le jour venu, la « rencontre » se déroule à l'écart des patients dits « tout-venant ». La démarche éducative s'affranchit ainsi de contraintes telles que le bruit ambiant trop important, le manque de confidentialité ou encore le manque de temps. Pour appliquer cette proposition, le pharmacien titulaire doit désigner le ou les pharmaciens responsables de ces rencontres et définir les jours et intervalles horaires dédiés à ce type de rencontre. Précisons de plus, qu'il devra veiller à ce que cette dispensation sur rendez-vous ne se fasse pas au détriment de l'accueil des patients « sans rendez-vous ». La qualité d'accès aux médicaments doit être la même pour tous. Enfin, rajoutons que pour la complémentaire « Carte Blanche », l'impact positif de ces rendez-vous pharmaceutiques ne fait plus aucun doute. Elle a en effet décidé de rémunérer le pharmacien à hauteur de 10 euros, pour chaque rendez-vous pharmaceutique organisé au sein de son officine.

## Conclusion

L'éducation thérapeutique des patients s'inscrit donc dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins. Elle permet en effet d'améliorer l'observance thérapeutique des patients. En tant que spécialiste du médicament, le pharmacien connaît les notions scientifiques et médicales indispensables à cette nouvelle activité. Cependant, l'éducation thérapeutique ne doit pas se réduire à une simple information des patients. Elle demande pour être efficace, d'établir une relation d'écoute et d'accompagnement avec le patient et de transmettre les informations en utilisant des méthodes de communication et d'enseignement adaptées. Cette discipline éducative est encore, pour la plupart des pharmaciens, une notion abstraite.

Pour favoriser son développement au sein des officines, il semble donc indispensable d'inclure dans la formation initiale et continue des pharmaciens, des enseignements traitant spécifiquement de cette discipline. D'autre part, une démarche d'éducation thérapeutique demande de connaître un certain nombre d'informations sur le patient, sa maladie et son traitement : le DP et le DMP permettront sans doute de répondre à cette attente. L'agencement des officines devra être revu afin d'améliorer la confidentialité des échanges entre le pharmacien et le patient. Cet objectif pourra être atteint plus aisément par un développement des rendez-vous pharmaceutiques. Enfin, mener à bien ces démarches d'éducation thérapeutique demande du temps. Dans ce domaine, le pharmacien dispose d'une faible marge de manœuvre. Une automatisation de l'officine lui permettrait de gagner un temps non négligeable, qu'il pourrait ensuite réinvestir dans ses démarches éducatives. Bien entendu, ces propositions ne peuvent être appliquées qu'à moyen ou long terme.

Pour initier sans délai et dans chaque officine des démarches d'éducation thérapeutique efficaces, il peut alors être proposé aux pharmaciens d'utiliser le guide « Bien communiquer avec le patient lors des démarches d'éducation thérapeutique à l'officine », proposé page 52. Il rappelle les bonnes pratiques de communication et invite le pharmacien à porter une réflexion sur sa propre démarche. Grâce à ce questionnement, le professionnel de santé peut ainsi progresser et surmonter les obstacles rencontrés.

L'éducation thérapeutique apparaît ainsi comme une nouvelle discipline capable de revaloriser la profession officinale. A ce titre, elle peut être un argument de poids dans la défense du monopole pharmaceutique français. Cependant dans la réalité, si cela est vrai pour le maillage démographique et le monopole des médicaments, le doute est permis en ce qui concerne la propriété du capital des officines. En effet, la commission européenne semble bien déterminée à réformer tous les types de monopole au sein de l'Europe, y compris ceux concernant le monde de la santé, et ce quelques soient les arguments avancés. Or, le droit européen l'emporte sur le droit national de chaque pays membre de l'union européenne. Dès lors, si la CJCE venait à demander à la France d'ouvrir le capital des officines à des personnes extérieures à la profession, la France serait contrainte de s'exécuter. Précisons toutefois qu'en décembre 2008, l'avocat général a remis à la CJCE un rapport favorable aux officines françaises. Selon lui, le monopole pharmaceutique n'enfreint pas le droit communautaire et se justifie pleinement par la nécessité de protection de la santé publique. La décision finale de la CJCE est attendue au printemps 2009.

Ainsi, face à l'investissement important nécessaire au développement de l'éducation thérapeutique au sein des officines et aux vues des incertitudes sur sa réelle efficacité à défendre le monopole pharmaceutique français, certains professionnels de santé pourraient se décourager et abandonner cette idée. Cependant, ne faudrait-il pas leur rappeler que dans le cadre d'une ouverture du capital des officines, l'éducation thérapeutique du patient pourrait également être un moyen déontologique et efficace de concurrencer les futures chaînes de pharmacies ?

# Annexes

## Annexe n°1 : Contenu de la formation du DUEP

Formation sur 2 ans – 10 modules de 4 jours – 300 heures au total\*

ANNEE 1		ANNEE 2	
<b>Module 1 - 28 h</b> Comprendre les enjeux de l'Éducation du patient Du lundi 18 au vendredi 22 septembre 2006	S T A G E	<b>Module 6 - 28 h</b> Créer des conditions qui favorisent l'apprentissage Du mardi 2 au vendredi 5 octobre 2007	
<b>Module 2 - 28 h</b> Structurer et planifier un programme en Éducation thérapeutique du patient Du mardi 28 novembre au vendredi 1er décembre 2006		<b>Module 7- 28 h</b> Concevoir et animer des séances éducatives Du mardi 4 au vendredi 7 décembre 2007	
<b>Module 3- 28 h</b> Prendre en compte les dimensions psychologiques et sociales de la maladie chronique (1) Du mardi 30 janvier au vendredi 2 février 2007		<b>Module 8 - 28 h</b> Développer des attitudes appropriées dans la relation avec le patient et son entourage Du mardi 29 janvier au vendredi 1 février 2008	
<b>Module 4 - 28 h</b> Prendre en compte les dimensions psychologiques et sociales de la maladie chronique (2) Du mardi 3 au vendredi 6 avril 2007		<b>Module 9 - 28 h</b> Prendre en compte le suivi et le long terme Du lundi 31 mars au jeudi 3 avril 2008	
<b>Module 5 - 28 h</b> Construire et renforcer l'autonomie de la personne soignée Du mardi 29 mai au vendredi 1 juin 2007		<b>Module 10 - 28 h</b> Maîtriser les fonctions et modèles de l'évaluation Vendredi 4 avril et du mardi 3 au jeudi 5 juin 2008	
<b>140 h</b>	<b>20 h</b>	<b>140 h</b>	
<b>Total 300 h</b>			

# Bibliographie



## Ouvrages, périodiques, thèses, rapports

[1] ADES DU RHÔNE. L'éducation du patient en plein essor. *Rhône écho santé, lettre semestrielle*, Décembre 2005, n°30.

[2] BUTTET Pierre. Le concept d'éducation pour la santé centrée sur le patient. *Méthodologie INPES*, Décembre 2002, n° 72.

[3] DECCACHE Alain et LAVENDHOMME Eric. *Information et éducation du patient ; des fondements aux méthodes*. Bruxelles, Savoirs et santé, De Boeck université, 239p.

[4] DELAIR Joëlle, BILLET Brice, DARCHEN Laurence et KRAWEC Maroussia. DGEFP-CPNE de la pharmacie d'officine. Tome 1 : Contrat d'études prospectives dans la pharmacie d'officine, Mars 2006. 263p.

[5] DGS, Bureau Maladies chroniques, enfants et vieillissement. Actualité de la réflexion sur l'éducation thérapeutique. Rapport du groupe de travail de la DGS, Juillet 2000.

[6] D'IVERNOIS Jean-François et GAGNAYRE Rémi. Mettre en œuvre l'éducation thérapeutique. *ADSP*, Septembre 2001, p11-13.

[7] DRASS AQUITAINE. Schéma régional d'éducation pour la santé ; éducation thérapeutique. *Les dossiers de la DRASS aquitaine*, Septembre 2006, n°41.

[8] FOUCAUD Jérôme, ROSTAN Florence, MOQUET Marie-Josée et FAYARD Annick. État des lieux de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient en France. Octobre 2006, 48p.

[9] GUNTZ Geoffrey. Demain, la consultation pharmaceutique ? Thèse de pharmacie, université Henri Poincaré – Nancy 1, Mai 2007, p194.

[10] JACQUEMET Stéphane et CERTAIN Agnès. Education thérapeutique du patient : rôles du pharmacien. *Bulletin de l'ordre*, juillet 2000, n°367, p.269-275.

[11] LACROIX Anne. Approche psychologique de l'éducation du patient : obstacles liés aux patients et aux soignants. Synthèse de séminaire, 1996.

[12] LACROIX Anne et ASSAL Jean-Philippe. *L'éducation thérapeutique des patients – Nouvelles approches de la maladie chronique*. Paris, Maloine, 2<sup>e</sup> ed., 240p.

[13] LECORPS Philippe. Education du patient : penser le patient comme « sujet » éduicable ? *Pédagogie médicale*, Mai 2004, vol. 5, n°2.

[14] MICAS Christophe. Une injonction et trois rapports. *Le quotidien du pharmacien*, mardi 25 mars 2008, n° 2564.

[15] OPCA-PL. DIF, droit individuel à la formation. *Les guides pratiques de l'opca-pl*, Mars 2008.

[16] ORDRE DES PHARMACIENS. Des réponses à vos questions sur le DP. *Les nouvelles pharmaceutiques*, 15 Mars 2007, n° 335.

[17] ORDRE DES PHARMACIENS. Procédures d'infraction relatives à l'officine. *Les nouvelles pharmaceutiques*, 29 Mars 2007, n°336.

[18] ORDRE DES PHARMACIENS. L'Europe de la pharmacie en mouvement. *Les nouvelles pharmaceutiques*, 12 avril 2007, n° 337.

[19] ORDRE DES PHARMACIENS. L'officine à la croisée des chemins. *Les nouvelles pharmaceutiques*, 17 janvier 2008, n° 352.

[20] ORDRE DES PHARMACIENS. Rapport Attali. *Les nouvelles pharmaceutiques*, 31 Janvier 2008, n° 353.

[21] ORDRE DES PHARMACIENS. L'ordre répond à Leclerc dans les médias. *Les nouvelles pharmaceutiques*, 17 Avril 2008, n°358.

[22] ORDRE DES PHARMACIENS. Dossier médical personnel : des préconisations pour la relance. *Les nouvelles pharmaceutiques*, 05 Juin 2008, n°361.

[23] ORDRE DES PHARMACIENS. Déjà un million de DP créés. *Les nouvelles pharmaceutiques*, 04 Septembre 2008, n°365.

[24] PAVOT Anne-Laure. L'éducation du patient à l'officine. Thèse de pharmacie, université Henri Poincaré – Nancy 1, Juillet 2008, p.



### **Sites Internet consultés**

[25] ADMD. Les droits de la personne malade. [En ligne] <http://www.admd.net/objectifs/loiactuelle.htm> (Page consultée le 10 Août 2008)

[26] APOTHEKA. Apotheka en images. [En ligne] <http://www.pharmacie-automatique.com/01b.html> (Page consultée le 29 Août 2008)

[27] CENTRE D'EDUCATION DU PATIENT. Les concepts. [En ligne] <http://www.educationdupatient.be/cep/pages/educationpatient/ep1.htm> (Page consultée le 27 mars 2008)

[28] CRAM NORD-PICARDIE. Une formation continue diplômante : le diplôme universitaire en éducation du patient. [En ligne] <http://www.cram-nordpicardie.fr/Sante/EducationPatient/Presentation.html> (Page consultée le 01 Septembre 2008)

[29] HAS. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [En ligne]

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_601290/structuration-dun-programme-deducation-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601290/structuration-dun-programme-deducation-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques) (Page consultée le 15 Octobre 2008)

[30] INPES. Sélection de formations diplômantes en promotion de la santé, éducation pour la santé et éducation du patient. [En ligne]

<http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=FormationsEpS/index.asp> (Page consultée le 15 Août 2008)

[31] LABORATOIRE LILLY. Animation sur le guide d'utilisation du stylo Humapen luxura.

[En ligne] [http://www.mondiabete.net/diabete/animation\\_stylo.cfm](http://www.mondiabete.net/diabete/animation_stylo.cfm) (Page consultée le 01 Septembre 2008)

[32] MEDITECH. MTX : Robot à plateaux. [En ligne] <http://www.meditech-pharma.com/frans/index.html> (Page consultée le 10 juin 2008)

[33] MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Le DMP en huit questions. [En ligne] [http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/dmp\\_220906/questions.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/dmp_220906/questions.pdf) (Page consultée le 20 Mars 2008)

[34] ORDRE DES PHARMACIENS. Code de déontologie des pharmaciens, Mars 2006. [En ligne] <http://www.ordre.pharmacien.fr/fr/pdf/deontologie.pdf> (Page consultée le 10 juillet 2008)

[35] ORDRE DES PHARMACIENS. Pour proposer le DP dans votre officine : la marche à suivre. *Les nouvelles pharmaceutiques*, 19 février 2009, n° 375. [En ligne] <http://www.ordre.pharmacien.fr/index.htm>. (Page consultée le 19 février 2009)

N° d'identification :

**TITRE**

**L'EDUCATION THERAPEUTIQUE A L'OFFICINE**

**- Lien avec le monopole pharmaceutique**

**- Propositions de développement**

Thèse soutenue le 30 janvier 2009

Par Sébastien MARTINI

**RESUME :**

L'éducation thérapeutique est un ensemble de pratiques visant à permettre au patient l'acquisition de compétences, qui lui permettront de prendre en charge de manière active sa maladie et ses traitements. Ces pratiques reposent notamment sur l'utilisation de méthodes d'enseignement et de communication efficaces.

Déjà garant d'une amélioration de la qualité des soins et d'une diminution des coûts, le développement de l'éducation thérapeutique des patients à l'officine pourrait également constituer un argument de poids dans la défense du monopole pharmaceutique français. Pour cela, la création de formations traitant spécifiquement de ce sujet, le développement rapide du Dossier pharmaceutique et du Dossier médical personnel ou encore l'organisation de rendez-vous pharmaceutiques semblent indispensables. Toutefois, ces propositions demandent du temps pour être appliquées.

Pour initier sans délai des démarches éducatives, les pharmaciens peuvent donc être invités à utiliser le guide « Bien communiquer avec le patient lors des démarches d'éducation thérapeutique à l'officine ». Il reprend les grands principes de communication et invite son utilisateur à un travail de réflexion lui permettant de s'évaluer, de se corriger et donc de progresser.

**MOTS CLES** : éducation thérapeutique, monopole pharmaceutique, communication, officine

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
Mme Emmanuelle BENOIT	Communication-santé	<b>Expérimentale</b> <input type="checkbox"/> <b>Bibliographique</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Thème</b> <b>6</b>

**Thèmes**

1 – Sciences fondamentales  
3 – Médicament  
5 - Biologie

2 – Hygiène/Environnement  
4 – Alimentation – Nutrition  
6 – Pratique professionnelle

