



La relation d'aide au patient en officine

Mehdi Taleb

► To cite this version:

| Mehdi Taleb. La relation d'aide au patient en officine. Sciences pharmaceutiques. 2018. hal-03297564

HAL Id: hal-03297564

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297564>

Submitted on 18 Oct 2021

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-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

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

UNIVERSITE DE LORRAINE 2018

FACULTE DE PHARMACIE

THESE

Présentée et soutenue publiquement
Le Vendredi 06 Juillet 2018, sur un sujet dédié à :

La relation d'aide au patient en Officine

Pour obtenir

Le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

Par Mehdi TALEB

Né le 25/12/1991

Membres du Jury

<u>Président</u> :	Madame LEININGER – MULLER Brigitte,	Professeur des universités en Biochimie
<u>Directrice de Thèse</u> :	Madame NDIAYE Ndeye Coumba,	Maitre de conférences en Epidémiologie et Santé publique
<u>Juges</u> :	Madame HACHEMI Halima Madame LAHALLE Prisca	Pharmacien D'officine Pharmacien D'officine

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE PHARMACIE
Année universitaire 2017-2018

DOYEN

Francine PAULUS

Vice-Doyen/Directrice des études

Virginie PICHON

Conseil de la Pédagogie

Présidente, Brigitte LEININGER-MULLER

Vice-Présidente, Alexandrine LAMBERT

Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier

Présidente, Béatrice DEMORE

Commission Prospective Facultaire

Président, Christophe GANTZER

Vice-Président, Jean-Louis MERLIN

Commission de la Recherche

Président, Raphaël DUVAL

Responsables de la filière Officine

Caroline PERRIN-SARRADO

Responsables de la filière Industrie

Julien GRAFOULET

Isabelle LARTAUD,

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Responsables de la filière Hôpital

Béatrice DEMORE

Marie SOCHA

Responsable Pharma Plus ENSIC

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Responsable Pharma Plus ENSAIA

Raphaël DUVAL

Responsable Pharma Plus ENSGSI

Igor CLAROT

Responsable de la Communication

Marie-Paule SAUDER

**Responsable de la Cellule de Formation Continue
et individuelle**

Béatrice FAIVRE

**Responsable de la Commission d'agrément
des maîtres de stage**

François DUPUIS

Responsable ERASMUS

Mihayl VARBANOV

DOYENS HONORAIRES

Chantal FINANCE

Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES

Jeffrey ATKINSON

Jean-Claude BLOCK

Max HENRY

Alain MARSURA

Claude VIGNERON

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre DIXNEUF

Marie-Madeleine GALTEAU

Thérèse GIRARD

Michel JACQUE

Pierre LABRUDE

Vincent LOPPINET

Alain NICOLAS

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES

Monique ALBERT

Mariette BEAUD

Gérald CATAU

Jean-Claude CHEVIN

Jocelyne COLLOMB

Bernard DANGIEN

Marie-Claude FUZELLIER

Janine SCHWARTZBROD
Louis SCHWARTZBROD

Françoise HINZELIN
Marie-Hélène LIVERTOUX
Bernard MIGNOT
Jean-Louis MONAL
Blandine MOREAU
Dominique NOTTER
Christine PERDICAKIS
Marie-France POCHON
Anne ROVEL
Gabriel TROCKLE
Maria WELLMAN-ROUSSEAU
Colette ZINUTTI

ASSISTANTS HONORAIRES

Marie-Catherine BERTHE
Annie PAVIS

ENSEIGNANTS

Section
CNU*

Discipline d'enseignement

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Danièle BENSOUSSAN-LEJZEROWICZ	82	Thérapie cellulaire
Jean-Louis MERLIN	82	Biologie cellulaire
Jean-Michel SIMON	81	Economie de la santé, Législation pharmaceutique
Nathalie THILLY	81	Santé publique et Epidémiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	86	Pharmacologie
Igor CLAROT	85	Chimie analytique
Joël DUCOURNEAU	85	Biophysique, Acoustique, Audioprothèse
Raphaël DUVAL	87	Microbiologie clinique
Béatrice FAIVRE	87	Hématologie, Biologie cellulaire
Luc FERRARI	86	Toxicologie
Pascale FRIANT-MICHEL	85	Mathématiques, Physique
Christophe GANTZER	87	Microbiologie
Frédéric JORAND	87	Eau, Santé, Environnement
Isabelle LARTAUD	86	Pharmacologie
Dominique LAURAIN-MATTAR	86	Pharmacognosie
Brigitte LEININGER-MULLER	87	Biochimie
Pierre LEROY	85	Chimie physique
Philippe MAINCENT	85	Pharmacie galénique
Patrick MENU	86	Physiologie
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	86	Chimie thérapeutique
Bertrand RIHN	87	Biochimie, Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Béatrice DEMORE	81	Pharmacie clinique
Alexandre HARLE	82	Biologie cellulaire oncologique
Julien PERRIN	82	Hématologie biologique
Loïc REPEL	82	Biothérapie
Marie SOCHA	81	Pharmacie clinique, thérapeutique et biotechnique

MAITRES DE CONFÉRENCES

Sandrine BANAS	87	Parasitologie
----------------	----	---------------

Xavier BELLANGER	87	<i>Parasitologie, Mycologie médicale</i>
Emmanuelle BENOIT	86	<i>Communication et Santé</i>
Isabelle BERTRAND	87	<i>Microbiologie</i>
Michel BOISBRUN	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
François BONNEAUX	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
Ariane BOUDIER	85	<i>Chimie Physique</i>
Cédric BOURA	86	<i>Physiologie</i>
Joël COULON	87	<i>Biochimie</i>
Sébastien DADE	85	<i>Bio-informatique</i>
Dominique DECOLIN	85	<i>Chimie analytique</i>
Roudayna DIAB	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Natacha DREUMONT	87	<i>Biochimie générale, Biochimie clinique</i>
Florence DUMARCAY	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
François DUPUIS	86	<i>Pharmacologie</i>
Reine EL OMAR	86	<i>Physiologie</i>
Adil FAIZ	85	<i>Biophysique, Acoustique</i>
Anthony GANDIN	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Caroline GAUCHER	86	<i>Chimie physique, Pharmacologie</i>
Stéphane GIBAUD	86	<i>Pharmacie clinique</i>
Thierry HUMBERT	86	<i>Chimie organique</i>
Olivier JOUBERT	86	<i>Toxicologie, Sécurité sanitaire</i>

ENSEIGNANTS (suite)

Section
CNU

Discipline d'enseignement

Alexandrine LAMBERT	85	<i>Informatique, Biostatistiques</i>
Julie LEONHARD	86/01	<i>Droit en Santé</i>
Christophe MERLIN	87	<i>Microbiologie environnementale</i>
Maxime MOURER	86	<i>Chimie organique</i>
Coumba NDIAYE	86	<i>Epidémiologie et Santé publique</i>
Marianne PARENT	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Francine PAULUS	85	<i>Informatique</i>
Caroline PERRIN-SARRADO	86	<i>Pharmacologie</i>
Virginie PICHON	85	<i>Biophysique</i>
Sophie PINEL	85	<i>Informatique en Santé (e-santé)</i>
Anne SAPIN-MINET	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Marie-Paule SAUDER	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Guillaume SAUTREY	85	<i>Chimie analytique</i>
Rosella SPINA	86	<i>Pharmacognosie</i>
Sabrina TOUCHET	86	<i>Pharmacochimie</i>
Mihayl VARBANOV	87	<i>Immuno-Virologie</i>
Marie-Noëlle VAULTIER	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Emilie VELOT	86	<i>Physiologie-Physiopathologie humaines</i>
Mohamed ZAILOU	87	<i>Biochimie et Biologie moléculaire</i>

PROFESSEUR ASSOCIE

Julien GRAVOULET	86	<i>Pharmacie clinique</i>
Anne MAHEUT-BOSSER	86	<i>Sémiologie</i>

PROFESSEUR AGREGÉ

Christophe COCHAUD	11	<i>Anglais</i>
--------------------	----	----------------

**Disciplines du Conseil National des Universités :*

80 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

81 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

82 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

85 ; Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

86 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

87 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

11 : Professeur agrégé de lettres et sciences humaines en langues et littératures anglaises et anglo-saxonnes

SERMENT DES APOTHICAIRES



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

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

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

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

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

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



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

Remerciements

Aux membres du jury :

Je tiens à remercier Madame Brigitte LEININGER – MULLER pour sa disponibilité et pour avoir accepté la présidence de ce jury sans la moindre réserve. L'attente étant un bourreau dans le cadre de cet exercice qu'est la thèse, Madame LEININGER – MULLER a su me préserver de cette dernière.

A ma directrice de thèse, Madame Ndeye Coumba NDIAYE qui a accepté de m'accompagner sur ce sujet qui ne lui était pas, de prime abord, familier. La rapidité et la pertinence de ses réponses, conseils et corrections m'ont permis d'avancer rapidement dans l'élaboration de cette thèse. Pour tout cela je lui en suis infiniment reconnaissant.

A Madame Halima HACHEMI, pharmacien d'officine, qui a accepté de faire partie de ce jury et m'honore de sa présence.

A Madame Prisca LAHALLE, pharmacien d'officine, qui a fait tout son possible pour être présente en ce jour important.

A la Famille et aux amis :

Je tiens bien évidemment à remercier mon père et ma mère qui ont su m'inculquer les valeurs qui me composent et qui m'ont mené jusqu'ici. J'espère avoir fait et continuer de faire votre fierté.

A toutes mes sœurs qui m'ont permis d'acquérir patience et endurance.

A mon oncle, qui se reconnaîtra, et qui était très motivé afin que je soutienne ma thèse.

A Papi-papou qui aurait aimé me voir aujourd'hui dans cette finalité universitaire.

A tout le reste de ma famille pour m'avoir offert d'inoubliables moments conviviaux et emplis de bonheur.

A ma compagne qui a pris de son temps afin de corriger les deux – trois fautes d'orthographe qui auraient pu se perdre dans ce travail sans son aide.

A tous mes amis d'enfance avec qui la folie a rythmé nos instants passés.

A tous mes amis de faculté avec qui la bonne humeur est toujours de mise et avec qui il fait bon de se retrouver (notamment dans un fast-food très connu qu'ils identifieront de suite...).

Table des matières

Remerciements	8
Liste des figures	12
Liste des Tableaux	13
Introduction	14
1^{ère} Partie: Partie Bibliographique sur la Relation d'Aide	16
A – Définitions.....	17
B – Le Soignant	18
I) L'approche centrée sur la personne	18
II) Les mécanismes de défense et <i>coping</i> du professionnel de santé	19
III) Conclusion.....	28
C - Les outils nécessaires pour une bonne relation d'aide	29
I) La présence	29
II) L'écoute	29
III) Se centrer sur la personne.....	36
IV) L'empathie	37
V) Authenticité et congruence	40
VI) L'humour.....	41
VII) Naissance de l'espoir.....	43
2^{nde} Partie: Enquête sur la relation d'aide en officine	44
A – Choix du thème de l'étude	45
B – But de l'étude	45
C – Matériel et Méthode.....	46
I) Champ d'application de l'étude	46
II) Type d'étude	47
III) Méthode	47

D – Résultats	48
I) Population de l'étude.....	48
II) Confidences et raisons de ces dernières.....	51
III) Confidences et troubles induits chez le soignant.....	54
IV) Tendances défensives des soignants	57
V) La relation d'aide	58
VI) Place du pharmacien dans la relation d'aide.....	61
VII) Ouverture pour le futur.....	62
E – Discussion	63
I) Avantages et limites de l'étude.....	63
II) Population de l'étude.....	64
III) Confidences et raisons de celles-ci.....	65
IV) Confidences et troubles induits chez le soignant.....	67
V) Tendances défensives des soignants	69
VI) La relation d'aide	69
VII) Place du pharmacien dans la relation d'aide.....	70
VIII) Ouverture pour le futur.....	71
F – Conclusion.....	72
Bibliographie	74
Annexe 1 : Expérience personnelle	77
Annexe 2 : ACROPOLE	81
Annexe 3 : Questionnaire	82

Liste des figures

Figure 1 : Coping par Bruchon-Schweitzer	23
Figure 2 : L'empathie quotidienne par Elias-Kawada	39
Figure 3 : Pourcentage homme - femme des répondants	49
Figure 4 : Schéma des répartitions des répondants en fonction de la zone d'exercice	51
Figure 5 : Pourcentage de perturbation induite par les confidences.....	55
Figure 6 : Pourcentage des personnes ayant réfléchi à leur mode de défense	57
Figure 7 : Légitimité du pharmacien dans la relation d'aide	61
Figure 8 : Formation à la relation d'aide.....	63

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Moyenne d'âge des répondants	49
Tableau 2 : Comptabilité homme - femme	49
Tableau 3 : Répartition des répondants en fonction de leur zone d'exercice.....	50
Tableau 4 : Type de Confidences	52
Tableau 5 : Eléments permettant les confidences selon les étudiants	52
Tableau 6 : Eléments permettant les confidences selon les pharmaciens	53
Tableau 7 : Eléments permettant les confidences selon les préparateurs.....	54
Tableau 8 : Récapitulatif sur le taux de perturbation induite par les confidences	54
Tableau 9 : Sentiments ressentis par les étudiants.....	55
Tableau 10 : Sentiments ressentis par les pharmaciens	56
Tableau 11 : Sentiments ressentis par les préparateurs	56
Tableau 12 : Connaissance et maîtrise des tendances défensives personnelle.....	57
Tableau 13 : Eléments nécessaires à une bonne relation d'aide selon les étudiants	59
Tableau 14 : Eléments nécessaires à une bonne relation d'aide selon les pharmaciens	60
Tableau 15 : Eléments nécessaires à une bonne relation d'aide selon les préparateurs	60
Tableau 16 : Légitimité du pharmacien dans la relation d'aide.....	61
Tableau 17 : Formation à la relation d'aide	62

Introduction

Cette thèse a pour origine l'envie de démontrer que le pharmacien a un rôle plus important que celui de la simple dispensation de traitement, qui est bien évidemment à la base de ce métier. Elle s'inscrit donc dans le sillage que la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » de 2009. Cette dernière confiait de nouvelles missions au pharmacien d'officine afin de renforcer son rôle d'acteur dans le système de santé. Une de ses missions est l'accompagnement du patient, c'est-à-dire réaliser des actes de premiers secours, effectuer des actes de préventions, de conseils pharmaceutiques, d'entretiens thérapeutiques pour certaines pathologies chronique...¹. Toutes ces nouvelles missions font de la relation d'aide une prérogative obligatoire à la pratique du métier de pharmacien. Élément qui était plus ou moins accessoire auparavant et qui peine encore à trouver sa réelle place dans la pratique officinale. Avec cette loi on note bien l'importance de souligner que le pharmacien est un professionnel de santé avant tout. C'est pourquoi, dans l'optique de pouvoir parfaire ce rôle, il est important pour le pharmacien de s'ouvrir au patient afin de pouvoir le conseiller au mieux et lui apporter le soutien qui lui revient.

Ce sujet m'est venu à l'esprit suite à un stage effectué à l'Institut de Cancérologie de Lorraine à Nancy en 5^{ème} année d'études pharmaceutiques. En observant la difficulté éprouvée par les patients face à leur pathologie ou à leur traitement je me suis demandé ; comment le pharmacien d'officine peut-il aider les patients ?

Ce sujet m'est apparu naturellement face à la difficulté de réagir et celle de soutenir les patients dans le cadre de leur pathologie, mais également face aux éléments difficiles qui apparaissent dans leur vie. Bien sûr, des spécialistes plus compétents que le pharmacien dans ce cadre doivent être désignés quand le cas le nécessite, mais de par ma petite expérience, j'ai déjà pu me rendre compte que les patients attendent un soutien de la part de leur pharmacien et expriment souvent leurs ressentis au comptoir. En annexe n°1, vous pourrez retrouver notamment un de ces cas que je souhaitais partager.

C'est pourquoi la capacité d'entretenir une relation d'aide au patient me semble indispensable pour la bonne pratique du métier de pharmacien. De plus, comme évoqué *supra*, la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire de 2009 tend à vouloir appuyer l'importance du

¹ « LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 38 | Legifrance »; Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.

pharmacien dans le système de soin. Ce dernier a donc toute sa place en tant que professionnel de santé pour accompagner son patient.

Face à la demande de la patientèle, habituelle ou occasionnelle en officine, le pharmacien est confronté à un grand nombre de situations différentes. Il lui faudra donc savoir s'adapter afin d'offrir au patient les meilleurs éléments pour lui.

Ainsi, le travail qu'est celui du pharmacien est compliqué, puisqu'il doit non seulement effectuer la bonne délivrance mais également s'assurer que le patient comprenne parfaitement à quoi sert son traitement, s'il le prend bien, ce qu'il a compris de sa pathologie, s'assurer qu'il ne présente pas d'effets indésirables liés au traitement ... De plus, lorsque le patient vient sans ordonnance, le pharmacien d'officine doit, avant tout, savoir déceler les bonnes informations dans les dires du patient, et, dans certains cas, savoir les faire ressortir face à un patient avare de paroles. Le tout s'effectuant en gérant les émotions du patient mais également celles qui lui sont propres.

La relation entre le pharmacien et le patient est donc essentielle afin de pouvoir assurer la meilleure prise en charge possible de ce dernier. Néanmoins, pour pouvoir établir une bonne relation avec son patient il faut d'abord que le pharmacien se connaisse lui-même afin de pouvoir limiter certaines de ses réactions qui pourraient nuire à la consilience du patient et à sa bonne écoute. Ce n'est qu'une fois ce travail sur soi effectué que le pharmacien sera en mesure d'établir une relation d'aide au patient intéressante. Relation qui est malheureusement souvent mise à l'écart à cause de la complexité du travail pharmaceutique ainsi que de la rapidité dont le pharmacien doit faire preuve afin de ne pas faire attendre les autres patients qui s'accumulent dans la file.

Dans une première partie, un point théorique sera établi concernant la mise en place d'un climat propice à l'échange avec le patient. Puis, dans une seconde partie il s'agira d'évaluer, à l'aide d'un questionnaire, si le pharmacien donne une importance à cet échange. Le but de cette thèse étant d'expliciter ce qu'est la relation d'aide dans le cadre du métier de pharmacien.

1^{ère} Partie:

Partie Bibliographique sur la Relation d'Aide

A – Définitions

Il existe plusieurs types de relations pouvant s'établir entre le patient et le pharmacien, comme par exemple la relation de civilité qui est une relation impersonnelle. Il s'agit d'une relation de politesse, conviviale, dans laquelle les deux parties ne s'impliquent pas et gardent une distance émotionnelle. Cela leur permet de se protéger. On retrouve ce type de relation entre deux personnes qui ne se connaissent pas, en société.²

La relation fonctionnelle consiste quant à elle, du point de vue du soignant, à réunir tout ce qui lui paraît nécessaire à la bonne prise en charge du patient.³ Pour le pharmacien, il s'agira de déterminer l'origine de la venue du patient, les symptômes, pathologies... Cette relation fonctionnelle marque souvent le début d'une relation de confiance entre le patient et le soignant. Elle a une finalité précise dans laquelle on retrouve deux parties distinctes : le soignant et le soigné.

Selon le dictionnaire Larousse, la relation est définie comme un : « lien d'interdépendance, d'interaction, d'analogie, etc. »⁴. S'agissant de l'aide, elle se définit, toujours selon ce même dictionnaire, comme une « action d'aider quelqu'un, de lui donner une assistance momentanée ; un appui, un soutien »⁵.

On remarque que la relation d'aide doit s'effectuer dans le cadre d'une interaction ayant pour but de soutenir l'une des deux parties. A. Manoukian revoit les points phares de la relation d'aide et va exprimer le fait qu'elle est « *fondée sur le développement d'une relation de confiance [et] le respect de certaines règles comme la considération positive, l'authenticité, l'empathie, et l'absence de jugement* ».⁶

La relation d'aide est très proche d'une autre relation, la relation de soutien. En revanche, contrairement à cette dernière, la relation d'aide tend à aider le patient à trouver la force de résoudre la difficulté à laquelle il est confronté, et ce par lui-même ; alors que la relation de soutien est l'apport de la solution au problème. Carl Rogers disait à propos de la relation d'aide que « *tout individu possède un potentiel suffisant pour gérer tous les aspects de sa vie.* ».⁷

² Daydé et Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, *Relation d'aide en soins infirmiers*.

³ Daydé et Société française d'accompagnement et de soins palliatifs.

⁴ Larousse, « Définitions ».

⁵ Larousse, « Définitions ».

⁶ Manoukian, Massebeuf, et Daydé, *La relation soignant-soigné*.

⁷ Rogers C. (1961, 2002) *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. London : Constable.

Cependant, comme vu précédemment, afin de pouvoir utiliser la force de cette relation il faut, comme disait Socrate, connaître sa propre personne (« *Connais-toi, toi-même* ») pour pouvoir interagir de façon intéressante⁸. C'est donc pour pouvoir échanger en toute sérénité avec son patient que le pharmacien, qui est également une personne dotée de sentiments, doit savoir quelles pourraient être ses réactions. Il est en effet essentiel pour le professionnel de santé d'avoir une bonne relation à soi pour pouvoir étendre cette bonne relation avec le patient.

B – Le Soignant

I) L'approche centrée sur la personne

Cette approche a été proposée par Rogers (1961, 2002) et reste aujourd'hui encore une démarche des plus utilisées lors de l'étude relationnelle. On retrouve dans celle-ci deux idées principales. Tout d'abord une idée primaire qui nous pousse à en apprendre plus sur la personne avec laquelle nous échangeons «[...] *has made me realize how hungry people are to know something of the person speaking to them [...]* » (2002). Puis, nous retrouvons une deuxième idée qui indique à quel point la sincérité est importante puisque, selon Rogers, l'honnêteté envers une personne tend à induire une réponse honnête de cette dernière. (2002)⁹.

Une confiance entre les deux parties doit s'établir pour que le suivi soit productif. Il en ressort le caractère important de l'écoute du patient puisque c'est lui qui sait ce qu'il se passe. Mais l'écoute du patient passe également par l'expérience de celui qui écoute, il faut donc savoir s'écouter soit même et se connaître. Alors en écoutant, Rogers avait la sensation de réaliser sa propre thérapie dépassant la séparation Patient/Soignant. Cela laisse apparaître un nouvel état de liberté pour le patient qui se sent libre d'exprimer les émotions qui surgissent en lui sans se sentir jugé (2002)¹⁰.

Ainsi, en regardant dans cette direction on peut réussir à apprendre tout en apprenant à l'autre. Cela rejoint Alin C. (2010) qui indique que le dialogue est d'une nécessité absolue, puisque l'autre fait partie de moi, ou plutôt est une partie du moi¹¹.

⁸ Phaneuf, *La relation soignant-soigné*.

⁹ Rogers C. (1961, 2002) *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. London : Constable.

¹⁰ Rogers C. (1961, 2002) *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. London : Constable.

¹¹ Alin et Meirieu, *La geste formation gestes professionnels et analyse des pratiques*.

Le pharmacien doit donc se connaître afin de comprendre au mieux son patient. Les mécanismes de défense du patient peuvent constituer une barrière à la bonne relation qu'entretient le pharmacien avec son patient. Mais ils n'interviennent pas forcément dans tous les cas. En effet, on les retrouve essentiellement dans le cadre de pathologies chroniques, graves ou encore dans toute annonce induisant un état de stress élevé chez le pharmacien.

II) Les mécanismes de défense et *coping* du professionnel de santé

Comme vu *supra*, c'est grâce à l'échange avec autrui, et notamment le patient, que nous pouvons apprendre sur nous-même. Dans certaines situations comme de lourdes pathologies ou encore lors d'une annonce d'un patient qui serait déconcertante, des mécanismes de défense peuvent se mettre en place chez le soignant. Il s'agit donc d'essayer de repérer ceux qui sont prédominants chez nous afin de pouvoir les modérer et les utiliser à bon escient. Margaux Phaneuf scinde les mécanismes de défense en deux catégories, ceux qui favoriseraient l'adaptation et ceux qui seraient utilisés comme un bouclier¹². Il faut donc savoir utiliser ces derniers afin qu'ils soient de l'ordre de la première catégorie.

Le manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition, définit les mécanismes de défense ou styles de *coping* comme étant « des processus psychologiques automatiques qui protègent l'individu de l'anxiété ou de la perception des dangers ou de facteurs de stress internes ou externes. »¹³. Ici, on peut noter que les auteurs ne font pas de différence entre le terme de *coping* et les mécanismes de défense. Cependant, lors des recherches établies, on peut relever une différence entre ces deux éléments.

Le *coping*, expliqué par Lazarus, consiste en une action volontaire de la personne tendant à vouloir minimiser l'impact d'une annonce, en mettant en parallèle divers éléments tels que ses propres capacités ou sa motivation. La personne sera alors en capacité de tolérer ou de rétablir un sentiment de contrôle sur les événements¹⁴.

¹² Phaneuf, *Communication, entretien, relation d'aide et validation*.

¹³ Perry et Guelfi, *Mécanismes de défense*.

¹⁴ Lazarus, *Stress and Emotion*.

II.1 Coping

Il s'agit d'un phénomène conscient établi par la personne, dans le cas précis nous intéressant, le soignant, face à une situation difficile. Pour cela, le *coping* consiste à agir sur le problème responsable du stress ou encore à agir sur ses propres émotions selon Lazarus, Folkman et Launier.¹⁵ Kramer a précisé cette notion en définissant le *coping* comme étant un processus visant à réguler les affects en les diminuant ou en les écartant, ainsi qu'à tendre vers une homéostasie ; c'est-à-dire restaurer un niveau confortable, ou habituel, de fonctionnement.¹⁶

II.1.1 Coping centré sur le problème

Dans ce type de *coping*, on cherche à influencer sur le problème en lui-même, ou encore à potentialiser nos propres capacités afin de répondre au souci posé. Ce phénomène se retrouve dans la vie de tous les jours, notamment lorsqu'on essaye de négocier pour quelque chose ou, plus simplement de résoudre un problème quelconque. C'est en testant un panel de cent adultes, en 1984, que Lazarus et Folkman ont pu déceler deux sous-parties dans le *coping* centré sur le problème. En effet, face à un problème, l'être humain va tout d'abord tenter d'analyser le problème et d'établir un plan d'action puis il fera face directement en agissant et en menant des actions pour résoudre le problème.¹⁷

II.1.2 Coping centré sur les émotions

Face à un problème, notre esprit va tenter de se protéger en influant sur nos émotions. Ce type de *coping* peut s'exprimer de diverses façons. La première est une expression physique, afin d'oublier la situation perturbante comme consommer de l'alcool ou d'autres substances, l'exercice physique, la distraction telle que la lecture, le cinéma ou toute autre activité permettant de s'évader. L'autre façon est celle psychologique en succombant à une auto accusation, ou encore l'expression des émotions comme la colère, la tristesse...¹⁸

¹⁵ Lazarus et Folkman, « Stress, appraisal, and coping. »; Lazarus et Launier, « Stress-Related Transactions between Person and Environment ».

¹⁶ Kramer, « Coping and Defence Mechanisms ».

¹⁷ Lazarus et Folkman, « Stress, appraisal, and coping. »

¹⁸ Lazarus, *Stress and Emotion*.

Au-delà des émotions ressenties, nous pouvons être amenés à minimiser ou bien à nier ce qui nous dérange dans le but de s'en préserver¹⁹. L'humoriste Danny Boon par sa chanson « Je vais bien, tout va bien » tirée de son sketch « le déprimé » illustre parfaitement ce phénomène.

C'est en reprenant l'expérience de Folkman et Lazarus en 1984²⁰ que certains sous-facteurs se raccrochant au *coping* lié aux émotions ont été mis en évidence. Il y a, dans un premier temps, cette minimisation évoquée *supra* consistant à réduire l'importance de la situation gênante. Il y a également la réévaluation positive se manifestant à travers une célèbre phrase de Nietzsche « *Ce qui ne me tue pas me rend plus fort* ». Cela traduit une réaction poussant à se sentir grandi après une épreuve. L'auto-accusation est un autre de ces facteurs, consistant à se dire que nous sommes l'origine et la cause du souci. Les personnes testées ont aussi recherché un soutien émotionnel afin de se libérer. Enfin, l'évitement, ou encore la fuite, qui peut se faire en niant, en se distrayant ou en consommant certaines substances fait aussi partie de ces facteurs.

II.1.3 Les sources du *coping*

Selon Lazarus et Folkman²¹, le *coping* est un acte dynamique, signifiant qu'il peut varier en fonction des situations et de leur évaluation. On retrouve une distinction entre plusieurs auteurs. Certains se situent sur un *coping* dynamique et d'autres sur un *coping* « dispositionnel » qui serait régi par les caractéristiques propres de chacun.

Il faut également citer Costa²², pour qui la stratégie de *coping* serait la résultante des « préférences » de celui qui l'utilise en fonction de la situation. Il y aurait donc des *coping* généraux plutôt que des *coping* évoluant en fonction de la situation.

Cohen et ses collègues, démontrent effectivement que ce n'est pas l'état objectif de la menace qui induit une réaction, mais bien sa représentation aux yeux de celui qui la subit.²³ De ce point de vue, le *coping* serait un processus lié à une adaptation entre les émotions, les expériences vécues et le caractère, ainsi qu'à la volonté de chacun. Il y aurait ainsi un aspect cognitif et un aspect conatif. En effet, en fonction de la perception, des valeurs ou encore du

¹⁹ Lazarus.

²⁰ Lazarus et Folkman, « Stress, appraisal, and coping. »

²¹ Lazarus et Folkman.

²² COSTA, SOMERFIELD, et Mc Crae, « Personality and coping : a reconceptualization. In M. ZEIDNER et N.S. ENDLER (Eds.), Handbook of coping : Theory, research, applications, New York : Wiley, chap. 3, 44-61. »

²³ Cohen, Kamarck, et Mermelstein, « A global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior, 24, 385-396. »

« lieu de contrôle » (interne ou externe) de la personne, le *coping* sera différent. Si la personne estime que ce qui arrive est lié à sa propre personne (lieu de contrôle interne) plutôt qu'au hasard (lieu de contrôle externe), elle sera alors plus encline à utiliser un *coping* centré sur le problème.

Puis, en fonction des traits de caractère de chacun, l'évaluation pourrait fluctuer. C'est ce que démontrent Costa, Mc Crae et Somerfield en 1996²⁴. Par exemple, une personne de nature anxieuse, déprimée... sera plutôt portée par une évaluation négative et utilisera un *coping* basé sur l'émotion. Tandis qu'une personne rationnelle, gentille... aura une évaluation plus positive et se portera vers un *coping* environnemental.²⁵

De cela découlerait une certaine stabilité temporelle quant à l'utilisation de tel ou tel *coping*²⁶. Aujourd'hui, un grand nombre d'auteurs pensent que l'analyse de la situation et le *coping* employé sont la résultante non seulement des caractères personnels mais également de ceux de la situation.

II.1.4 Conclusion

Pour conclure, le *coping* étant basé sur une action volontaire, il faudrait réussir à orienter les réactions vers des éléments salutaires et positifs afin de bénéficier d'un gain pour le pharmacien et pour la relation qu'il établit avec son patient. En effet, des stratégies néfastes peuvent mener une personne à faire des choses la mettant en situation de risque. Lors d'une stratégie d'évitement, par exemple, le pharmacien peut être amené à faire semblant de n'avoir rien entendu de ce que lui a dit son patient, ou encore de changer immédiatement de sujet, voire d'adopter tout autre acte pour minimiser la menace. Cela aura donc une mauvaise influence sur son bien-être personnel mais également sur celui de son patient.

Le travail de Carillo C., intitulé « *Etre un soignant heureux* »²⁷ expose une démarche afin de réussir à contrôler ses émotions et à bien utiliser le *coping* :

- Repérer nos ressentis, ce qu'il se passe en nous, ne pas les nier
- En identifier la source
- Voir la réalité telle qu'elle est
- Faire la différence entre les faits et ce que nous avons interprété

²⁴ COSTA, SOMERFIELD, et Mc Crae, « Personality and coping : a reconceptualization. In M. ZEIDNER et N.S. ENDLER (Eds.), Handbook of coping : Theory, research, applications, New York : Wiley, chap. 3, 44-61. »

²⁵ VOLLRATH, TORGERSEN, et AL Nasr, « Personality as a long - term predictor of coping. Personality and Individual Differences, 18, 1, 117-125 ».

²⁶ VOLLRATH, TORGERSEN, et AL Nasr.

²⁷ Carillo et Ruault de la Tribonnière, *Être un soignant heureux*.

- Prendre une décision et mener une action que l'on estime salubre

Bruchon-Schweitzer, a, quant à lui, réalisé un schéma pouvant être utilisé pour résumer le *coping* de manière globale.²⁸

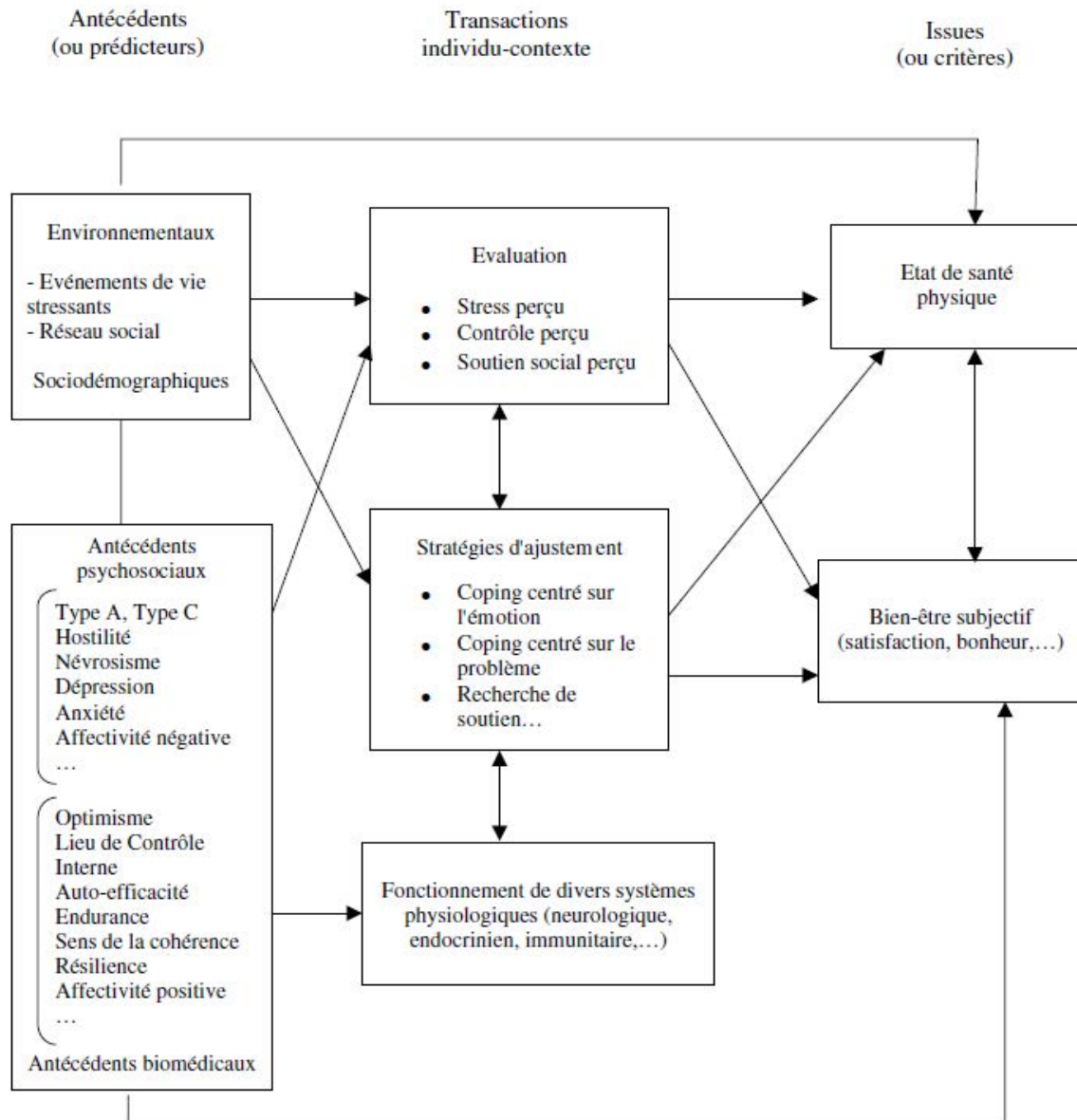


Figure 1 : Coping par Bruchon-Schweitzer

Face à cet élément volontaire qu'est le *coping*, nous retrouvons les mécanismes de défense qui, eux, sont plutôt de l'ordre de l'inconscient.

²⁸ Bruchon-Schweitzer et Boujut, « Psychologie de la santé ».

II.2 Mécanismes de défenses

Les “mécanismes de défenses”, relevant plutôt de l’ordre de l’inconscient, sont de ce fait changeants, imprévisibles et pas forcément rationnels²⁹. Martine Ruszniewski les définit de cette façon : *« Toute situation d’angoisse, d’impuissance, de malaise, d’incapacité à répondre à ses propres espérances ou à l’attente d’autrui, engendre en chacun de nous des mécanismes psychiques qui s’instaurent à notre insu, revêtent une fonction adaptative et nous préservent d’une réalité vécue comme intolérable parce trop douloureuse. Ces mécanismes de défense, fréquents, automatiques et inconscients, ont pour but de réduire les tensions et l’angoisse et s’exacerbent dans les situations de crise et d’appréhension extrêmes. »*³⁰

Afin de pouvoir mieux s’adapter à son patient, le pharmacien doit tout d’abord savoir quels sont ses propres prédominances défensives puisque celles-ci sont la résultante du vécu et de la personnalité de chacun. La suite du travail consistera à présenter une liste non exhaustive de ces mécanismes.

II.2.1 Le mensonge

Il est le mécanisme le plus primitif du soignant et va être utilisé le plus souvent en cas d’urgence afin d’éviter d’être confronté à la détresse du patient ou de la famille. Le souci de ce mécanisme réside dans le fait que le patient disposera de moins de temps afin d’établir ses propres moyens de défense puisque le soignant diffère son étape de découverte³¹.

De plus, dans le cadre d’une bonne relation, nous avons vu que l’honnêteté était un critère important (Rogers 2002)³². Ainsi, si le patient se rend compte de l’utilisation du mensonge, cela peut être de nature à casser la confiance existante et induire la fin d’une relation sereine.

II.2.2 L’agressivité

Face à l’agression de la douleur du patient, le soignant peut répondre lui aussi par de l’agressivité. Il tente alors de mettre de la distance entre le patient et lui afin de s’épargner des

²⁹ Koleck, Bruchon-Schweitzer, et Bourgeois, « Stress et coping ».

³⁰ Ruszniewski, *Face à la maladie grave*.

³¹ Ruszniewski.

³² Rogers C. (1961, 2002) *On becoming a person. A therapist’s view of psychotherapy*. London : Constable.

déboires psychologiques. Cela peut être dû à un sentiment d'impuissance du soignant ou encore à l'agressivité du patient. Ce mécanisme d'action tend très souvent à induire comme réponse le même mécanisme³³.

II.2.3 La banalisation

Il s'agit pour le soignant d'occulter la psyché du patient. C'est-à-dire qu'il ne s'occupera que du plan symptomatique, physique. Cela permet de prendre de la distance en tentant d'oublier que l'on fait face à un patient, et permet de réduire l'anxiété provoquée par la détresse de ce dernier³⁴.

II.2.4 L'esquive

Dans l'esquive, on retrouve un soignant en fuite face à sa propre détresse. En effet, face à une question déroutante du patient ou à une situation perturbante, le soignant va changer de sujet et tenter d'amener le patient sur une autre voie³⁵.

Exemple :

« Vous pensez que je vais m'en sortir ? Le traitement ne m'a pas l'air efficace ».

« Oh, vous avez bonne mine aujourd'hui. Vos enfants vont venir vous voir ? ».

II.2.5 L'évitement

Le soignant va tenter par tous les moyens d'éviter d'être confronté à des situations qui pourraient être sources de stress. Il évitera, dans notre cas, de s'occuper de certains patients, ou évitera le regard douloureux de ceux-ci. Il faudra prendre en compte cet état car il est le reflet de nos limites personnelles. Afin de pouvoir s'occuper d'un patient de manière optimale il faudra peut-être envisager de passer le relais à un collègue³⁶.

³³ Ruszniewski, *Face à la maladie grave*.

³⁴ Ruszniewski.

³⁵ Ruszniewski.

³⁶ Ruszniewski.

II.2.6 La réassurance abusive

Ce mécanisme de défense consiste à dédramatiser des situations alors que le soignant lui-même n'y croit plus ou alors qu'il ne sait pas du tout si cela sera suffisant³⁷.

Exemple :

« Je me sens de plus en plus mal et les traitements sont trop lourds à prendre ».

« Ne vous en faites pas, votre traitement est optimal donc cela devrait bien se passer ».

II.2.7 La dérision

La dérision est un autre moyen pour le soignant de fuir son angoisse personnelle. En revanche, elle peut laisser le patient dans une situation d'inconfort, dans le sens où il pourra se sentir « abandonné », incompris et sommé de se taire³⁸.

Exemple:

« Je pense que de l'eau s'accumule dans mes jambes ».

« Dommage que ce ne soit pas du vin, vous auriez fait fortune ».

II.2.8 La rationalisation

Le soignant va se libérer en expliquant tout à son patient, en utilisant des termes très précis et spécifiques. Toutefois, le patient n'étant pas forcément un expert, ce dialogue est très souvent un monologue qui le laisse pantois³⁹.

³⁷ Ruszniewski.

³⁸ Ruszniewski.

³⁹ Ruszniewski.

II.2.9 La fuite en avant

Lors de cette manœuvre de défense, le patient va être confronté à la pensée véridique du soignant. Ce dernier va dire tout ce qu'il pense sur le moment, sans forcément y mettre les formes afin de ne rien garder en lui. Cela peut être très éreintant pour le patient et avoir parfois un caractère irréversible⁴⁰.

Exemple:

« Pensez-vous que mon traitement va être efficace ? »

« Dans votre situation je pense que c'est mal engagé ».

II.2.10 L'identification projective

Contrairement à la majeure partie des autres mécanismes d'action, celui-ci tend à se rapprocher de son patient, parfois de façon extrême. Cela se traduit par le partage de ses caractéristiques personnelles avec le patient. De ce fait, le soignant pense être en harmonie avec son patient, pense comprendre sa douleur et savoir mieux que lui ce qui lui est profitable. Le patient peut donc se sentir étouffé par un tel comportement et taire ses véritables besoins⁴¹.

Exemple:

« Au lieu de ne rien faire de toute la journée, vous devriez aller vous balader il fait beau dehors. Ça vous redonnera le sourire »

II.2.11 L'infantilisme

Avec l'infantilisme, le soignant va utiliser un ton de parole réduisant le patient à un enfant. Le ton mignard plein d'affectivité employé permet au soignant de diminuer sa propre haine ou angoisse envers le patient⁴².

Exemple :

« Alors on a bien fait dodo aujourd'hui ? On va aller faire la balade maintenant ? »

⁴⁰ Ruszniewski.

⁴¹ Ruszniewski.

⁴² Ruszniewski.

III) Conclusion

La relation d'aide passe donc par une connaissance de soi-même, puisque l'expression de ces mécanismes de défense a un impact direct sur la relation avec le patient. Que ce soit de façon positive en rendant le soignant, ici le pharmacien, plus proche et accessible par exemple grâce à l'humour. Ou encore de façon négative, par exemple à cause du mensonge. Lorsque le patient se rend compte qu'il a été floué, il perd alors toute confiance en son interlocuteur.

Ces mécanismes de défense peuvent avoir également une influence sur le soignant. Dans certains cas il pourra, en se protégeant, se détacher complètement de l'aspect humain de ce métier et donc effectuer le strict minimum de ce métier. Dans le cas inverse, le pharmacien pourra être « surinvesti », ce qui aura pour effet de désinvestir le patient dans son rôle d'acteur de sa propre santé⁴³.

L'important est ainsi de se scanner soi-même, afin de connaître ses réactions face à diverses situations telles que celles qui nous perturbent⁴⁴. Il faut savoir se remettre en question et cet acte n'est pas toujours évident. Dans le métier d'infirmier, Laurent MORASZ parle d'analyse introspective : « *Comprendre ses réactions, c'est ainsi se donner les moyens de les maîtriser, et de les utiliser pour comprendre ce qui se passe pour le malade et entre le malade et nous* ». ⁴⁵

L'important est alors de se connaître et de définir quelles sont nos limites ainsi que nos ressources afin de potentialiser l'aide qui pourra être apportée au patient.

⁴³ Prayez et Adiceom, *Distance professionnelle et qualité du soin*.

⁴⁴ Phaneuf, *Communication, entretien, relation d'aide et validation*.

⁴⁵ Morasz, *L'infirmier(e) en psychiatrie les grands principes du soin en psychiatrie*.

C - Les outils nécessaires pour une bonne relation d'aide

Un grand nombre d'éléments sont importants afin d'établir une relation d'aide. Tous ne sont pas forcément innés et ne doivent donc pas inciter de fatalisme puisqu'ils peuvent se travailler. Il s'agira ici d'en citer un maximum.

I) La présence

Grâce à son maillage dans toute la France, le réseau pharmaceutique offre au pharmacien une proximité avec les patients. Cela permet à celui-ci d'offrir une disponibilité physique et émotionnelle pour aider le patient dans ses besoins et le rassurer. Ce, notamment sur des pathologies chroniques pour lesquelles le patient se rend au moins une fois par mois à la pharmacie. Il se crée un rituel dans lequel le pharmacien devient une personne connue avec laquelle le patient peut se livrer. Ce dernier pourra alors penser au pharmacien comme étant une personne en qui avoir confiance puisqu'il saura qu'il peut le rencontrer quand bon lui semblera.⁴⁶

II) L'écoute

Ici, on ne parle pas seulement d'entendre ce que le patient dit mais plutôt d'écouter et de comprendre ce qu'il dit. L'écoute induit un état de concentration du soignant pour le patient et sa situation. En effet, elle regroupe ce que le patient dit mais également ses expressions, gestes, silences...⁴⁷

Cette écoute diffère de la simple exécution d'un sens qui est l'ouïe. Selon Marshall Rosenberg, psychologue américain, « *lorsque nous écoutons nous n'avons ni besoin de connaissances en psychologie, ni de formation en psychothérapie. L'important est de savoir être présent aux sentiments et aux besoins spécifiques que ressent un individu ici et maintenant* ». ⁴⁸ Ce concept a été élaboré à partir des travaux de Carl Rogers qui a déjà été cité auparavant. Il s'agit de ses travaux sur « l'approche centrée sur la personne » adaptant

⁴⁶ Phaneuf, *La relation soignant-soigné*.

⁴⁷ Phaneuf.

⁴⁸ Rosenberg, *La communication non violente au quotidien*.

l'approche en fonction des ressources personnelles de chacun⁴⁹. Ils ont ensuite été repris par Marshall Rosenberg dans son travail sur la communication non violente.⁵⁰

Cette écoute dépasse le simple fait d'entendre, elle permet de faire face à ce qui se cache derrière les mots. Ainsi, on lie l'écoute intellectuelle aux sentiments⁵¹. Afin de réaliser cette écoute dite active ou bienveillante il y a certains points à effectuer et d'autres à éviter.

II.1 Eviter les comportements perturbateurs

II.1.1 Le Jugement

Le jugement, qu'il soit positif ou négatif, implique le bien ou le mal. Tout le monde cherche à aller vers un état de bien-être, et, pour y tendre, chacun use d'une stratégie. Afin d'accompagner au mieux le patient, nous devons être capables d'entendre cette stratégie sans y adjoindre de jugement personnel. Il faudra tâcher de montrer un comportement bienveillant en dissociant le besoin du patient et la stratégie qu'il emploie. Ceci-dit, il ne faudra pas confondre le fait de ne pas juger et celui de cautionner les actes ou sentiments répréhensibles.⁵²

II.1.2 Les croyances

Il faut savoir limiter l'implication de ses croyances dans le cadre de l'écoute active afin qu'elles ne constituent pas un obstacle à notre capacité d'écoute.⁵³

⁴⁹ Rogers C. (1961, 2002) *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. London : Constable.

⁵⁰ Rosenberg, *La communication non violente au quotidien*.

⁵¹ Chaboudez, « Pierre Fédida ».

⁵² Phaneuf, *La relation soignant-soigné*.

⁵³ Phaneuf; Rosenberg, *La communication non violente au quotidien*; Phaneuf, *Communication, entretien, relation d'aide et validation*.

II.1.3 L'interprétation

L'interprétation de ce qu'on entend et voit n'est qu'une des multiples versions possibles. En effet, chaque personne, du fait de ses expériences, croyances, ou encore de son éducation, dispose d'une vision qui lui est propre. Il faudra donc, afin de perpétuer l'écoute active, essayer de ne pas projeter sa propre vision sur ce qu'on entend.⁵⁴

II.1.4 La généralisation

La généralisation met fin au lien tant important pour l'écoute bienveillante. En effet, en généralisant on range le patient ou sa situation dans une catégorie, ce qui vient parasiter l'émotion du moment ressentie par le patient. La généralisation est souvent liée à l'interprétation.⁵⁵

II.1.5 Le conseil

Dans le cadre de l'écoute active, le conseil est la résultante du jugement, des croyances et de l'interprétation. Lorsque l'on en vient à conseiller, même si cela est avec la meilleure intention qui soit, on sort de cette écoute active en proposant une solution extérieure. L'écoute active consiste à laisser la personne avancer d'elle-même en exprimant ses ressentis, non-dits, besoins ... afin qu'elle puisse établir sa propre stratégie.⁵⁶

⁵⁴ Phaneuf, *La relation soignant-soigné*; Rosenberg, *La communication non violente au quotidien*; Phaneuf, *Communication, entretien, relation d'aide et validation*.

⁵⁵ Phaneuf, *Communication, entretien, relation d'aide et validation*; Phaneuf, *La relation soignant-soigné*.

⁵⁶ Phaneuf, *Communication, entretien, relation d'aide et validation*; Phaneuf, *La relation soignant-soigné*; Rantucci, *Le dialogue pharmacien-patient*.

II.2 Quelques moyens d'écoutes

Lors de l'écoute bienveillante, l'important est de conserver le lien établi avec le patient. Pour cela, tous nos sens doivent être en éveil. Il existe quelques méthodes de conservation mais celles-ci doivent être nourries par notre envie et notre motivation d'écouter.

II.2.1 La synchronisation

Cette méthode consiste à réaliser une « copie » de son interlocuteur, c'est-à-dire que le phrasé, les attitudes et le ton utilisés seront calqués sur ceux du patient. On va tenter de percevoir les situations avec les filtres de son interlocuteur, ses croyances, son point de vue... On retrouvera un écho entre les deux personnes.⁵⁷ Mais dans ce cas-là, il faut tout de même faire attention à ne pas tomber dans la sympathie qui pourrait engendrer le fait que le soignant deviendra souffrant avec le patient.

II.2.2 Le silence

Cette phase est une étape phare dans l'écoute active. Ce n'est que durant celle-ci que l'interlocuteur peut réellement s'exprimer. A travers ces instants, le patient peut réfléchir sur sa situation ou descendre à un stade émotionnel plus profond. On perçoit dans un moment de silence à quel point le patient se sent écouté.⁵⁸

Les silences font intégralement partie de la communication, puisqu'ils sont l'expression d'une chose et qu'ils sont obligatoires pour effectuer l'écoute de l'autre. C'est également ce que dit Christine Salvador « *l'écoute passe par le silence qui permet la disponibilité de l'esprit et engendre la qualité de la présence. Le silence ce n'est ni le vide, ni le néant, mais une forme d'engagement et d'échange* »⁵⁹

Narfin, psychologue, explique pour sa part que le silence est un « *intervalle de réflexion entre l'émetteur et le receveur. Le silence est le prolongement de la parole, voire du langage avant le langage. Il nous relie au présent et nous unit aux autres* ».⁶⁰ En revanche, cette phase est très difficile à interpréter. Elle pourra être différente en fonction de la personne qui y fait

⁵⁷ Rosenberg, *La communication non violente au quotidien*.

⁵⁸ Richard et Kramer, « Le silence comme outil thérapeutique dans la dépression : élaboration théorique basée sur une étude de cas. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 23, 171-180. »

⁵⁹ Salvador, *Accompagner la vie de ceux qui vont la quitter*.

⁶⁰ Narfin, « Les vertus des silences dans la relation de soins. *La revue de l'infirmière* Vol 61, N° 177. pp. 49-50 ».

face. Comme l'indique Delhez : « *Il n'est déjà pas facile d'interpréter ce qui se dit ; il paraît à fortiori plus difficile d'interpréter ce qui se tait* ». ⁶¹

On retrouve donc des classifications de la communication non-verbale dans la littérature, notamment celle de Bonaiuto⁶² qui évoque les silences comme des moyens de communication très prometteurs mais très difficiles à dompter. Sachs⁶³ tente à travers diverses études de montrer que la signification d'un silence dépend de son contexte.

II.2.3 La reformulation

La reformulation permet de nombreuses choses. C'est en reformulant les dires de notre interlocuteur que celui-ci va pouvoir se rendre compte de notre bonne écoute ainsi que de la portée de ses mots. La reformulation permettra également de savoir si nous avons bien compris ce que le patient veut dire et ce, sans y avoir apposé nos propres filtres.

Il existe 4 niveaux de reformulation :

- L'écho, encore appelé reflet. Il s'agit de réemployer les termes de l'interlocuteur.
- Le reflet sentimental correspondant à une brève synthèse des sentiments perçus.
- L'élucidation qui implique que l'on tente de clarifier les idées entendues.
- La reformulation par la synthèse.

Il n'est pas rare que les patients changent leurs explications après une reformulation. ⁶⁴

II.2.4 Le questionnement

Le questionnement doit s'effectuer de façon douce, il ne s'agira pas de soumettre son interlocuteur à un interrogatoire de police. Dans ce cadre, il paraît judicieux d'annoncer à son patient quel va être l'intérêt des questions posées pour qu'il ne soit pas surpris et soit plus enclin à répondre aux questions. Pour ce faire, cette phrase pourra être utilisée : « Afin de pouvoir au mieux cerner la situation, j'ai besoin de vous poser quelques questions ».

Les questions devront être ouvertes afin de laisser la place à une réponse complète. De ce fait, les questions fermées et orientées devront être évitées afin que le patient se sente

⁶¹ Delhez, « Les silences, les moments de malaise, les moments de détresse ».

⁶² Bonaiuto et Maricchiolo, *La comunicazione non verbale*.

⁶³ Sachs et al., « A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation in: Language, vol.50, no 4, Part 1. »

⁶⁴ Phaneuf, *Communication, entretien, relation d'aide et validation*.

libre d'exprimer tout ce qu'il ressent sans allusion. Elles devront être utilisées uniquement pour réorienter la discussion ou cibler un point précis. Il faudra également essayer de classer les questions afin de suivre une ligne directrice. On retrouve d'ailleurs ces étapes dans le cadre de la démarche ACROPOLE, que nous retrouvons en annexe n°2, proposée par l'ordre des pharmaciens dans les phases « collecter, rechercher, ordonner ».⁶⁵

Le questionnement peut aider le patient à aller vers le fond du problème lorsqu'il est bien mené. Le fait de se sentir questionné peut lui montrer qu'il est réellement écouté. Mais certains ne le percevront pas de cette manière et se sentiront « agressés » par trop de questions. Il faudra donc que le soignant s'adapte. A cette fin, il convient d'utiliser des questions qui ne seront pas trop intrusives. Par exemple au lieu de dire « Pourquoi ne prenez-vous pas ce médicament ? », il faudra tourner la question de la manière suivante ; « Avez-vous remarqué des effets embêtants avec ce médicament ? ». Ainsi le patient ne se sentira pas visé par la question et pourra répondre sincèrement, tandis que dans le premier cas, il sera tenté de dire ce qui est socialement acceptable. De plus, l'utilisation du mot « Pourquoi » demande une entière confession au patient, chose qui peut être difficile de but en blanc. Ce mot devra donc être utilisé avec parcimonie puisqu'il induit une question encore plus ouverte qu'ouverte.

Une étude menée par Stealth B. aux États-Unis en 1995⁶⁶ nous offre une réflexion sur le fait que les pharmaciens ne poseraient pas assez de questions ou alors essentiellement des questions fermées qui auraient pour conséquence de clore la conversation prématurément. Cette étude est cependant à prendre en compte avec précaution puisqu'elle fait référence aux États-Unis et est assez datée.

L'utilisation judicieuse d'un mélange des différents types de questions (avec une prédominance de questions ouvertes) sera donc la meilleure voie possible afin de récolter efficacement toutes les informations dont le pharmacien a besoin pour aider son patient.

⁶⁵ Ordre des Pharmaciens, « Accueil pharmaceutique des patients sans ordonnance ».

⁶⁶ Stealth, « Pharmacist Question-Asking in New Mexico community Pharmacies. American Journal of Pharmaceutical education. Vol 59, 1995. P 374-379. »

II.2.5 L'observation comportementale et non verbale

Le langage corporel est la part la plus importante de la communication. Les regards, les postures, les gestes... sont le reflet de ce que l'on ressent réellement au fond de soi. C'est pourquoi l'observation de ces éléments est importante. Elle permet de montrer si le patient est prêt à se livrer et continuer à travers le lien créé, mais également de montrer que le pharmacien est ouvert au patient. En outre, cette observation va permettre de détecter s'il y a une concordance entre ce qui est dit et ce qui est exprimé par le corps.⁶⁷ McNeil indique que certains gestes sont là pour encadrer le discours et que d'autres sont une partie du discours à eux seuls.⁶⁸

Selon une citation de Stendhal dans son roman *Le rouge et le noir* ; « *La parole a été donnée à l'homme pour cacher sa pensée* ». Même si cela n'a pas vocation scientifique, la lumière est mise sur l'importance de la communication non verbale.

Il faudra donc que le pharmacien soit attentif à la communication non verbale de son patient mais également qu'il surveille la sienne. Cette communication ne peut pas être falsifiée car elle est le reflet de ce que l'on pense vraiment.⁶⁹ Quelques exemples de communication paralinguistique peuvent être cités.

- ❖ Le regard : Grace à un regard soutenu, accompagné de signes d'écoute tel qu'un hochement de tête, on peut se rendre empathique, sympathique, polis, crédible et confiant. De façon inverse, le fait de ne pas soutenir le regard ou d'avoir l'air « absent » peut renvoyer un message négatif et faire naître un sentiment de méfiance.⁷⁰
- ❖ La posture : Dans le cas où l'on se penchera en avant, cela laisse entendre que nous sommes ouverts à l'autre et prêt à partager. A l'inverse, le recul ou le fait de croiser les bras, indiquera une crainte, une fuite, ou un repli sur soi. Des épaules effondrées auront quant à elles tendance à montrer une vulnérabilité ou une incertitude.⁷¹
- ❖ Les expressions faciales : Elles sont le reflet des sentiments de la personne, tels que la tristesse, la joie, la peur, la surprise, le dégoût,...⁷²

⁶⁷ Mehrabian et Ferris, « Inference of Attitudes from Nonverbal Communication in Two Channels ».

⁶⁸ McNeil, « Gesture: a psycholinguistic approach. University of Chicago. »

⁶⁹ Mehrabian et Ferris, « Inference of Attitudes from Nonverbal Communication in Two Channels ».

⁷⁰ Mehrabian et Ferris.

⁷¹ Mehrabian et Ferris; Collett, *Ces gestes qui parlent pour nous*.

⁷² Mehrabian et Ferris, « Inference of Attitudes from Nonverbal Communication in Two Channels »; Levenson, Ekman, et Friesen, « Voluntary Facial Action Generates Emotion-Specific Autonomic Nervous System Activity ».

- ❖ Le para-langage : Il comprend le volume ou encore le timbre de la voix, le rythme des mots, les coupures d'une phrase. Le pharmacien peut s'améliorer sur ce point pour favoriser la communication en s'appliquant à parler lentement, en marquant des pauses suffisamment longues pour permettre au patient de rester concentré, tout en restant modéré pour ne pas créer un sentiment de malaise.⁷³
- ❖ L'espace : Il est important pour le pharmacien de ne pas aller trop vite et de respecter l'espace vital de son patient. Cet espace vital est la zone qui l'entoure et dans laquelle un autre être humain n'a pas le droit de pénétrer. Il s'agit de la bulle dite proxémique. Cette zone se rétrécit au fur et à mesure que la relation devient intime. La taille de cette bulle est dépendante de la personne et le pharmacien doit donc apprécier celle du patient afin de ne pas paraître distant ou à l'inverse oppressant.⁷⁴

II.2.6 L'approbation

Avec l'approbation, toute personne cherche à montrer que son esprit est focalisé et attentif au problème qui lui est exposé, ou bien tout simplement à la discussion. Si l'on imagine un patient empli de douleur, qui, en contant ses mésaventures, aura de temps à autre un regard interrogateur, l'écouter devra montrer qu'il suit la conversation. Que ce soit avec un mouvement de tête, un regard approbateur, un visage sérieux et concentré, un mot (« oui », « d'accord »...). Il faudra adapter sa réaction au récit et à la personne qui nous fait face. Mais il importe peu de la méthode choisie, du moment que le conteur se sent écouté.⁷⁵

III) Se centrer sur la personne

Une fois que les informations sont réunies grâce à l'écoute, le pharmacien peut alors se pencher sur la personne avec son ressenti, ses émotions... L'accent est mis sur la perception qu'a le pharmacien de son patient, client, personne. Il doit donc accorder au patient le statut d'humain ressentant des émotions et ne doit pas se focaliser sur le patient uniquement à travers ses symptômes.⁷⁶

De ce point découle la valorisation de l'aidé qui aura pour finalité de le rendre expert de sa situation afin qu'il puisse se sentir rassuré. Le pharmacien devra tenter de montrer au patient que ce dernier dispose de tout ce qu'il faut afin de faire face à une difficulté, ou encore

⁷³ Mehrabian et Ferris, « Inference of Attitudes from Nonverbal Communication in Two Channels ».

⁷⁴ Mehrabian et Ferris.

⁷⁵ Phaneuf, *La relation soignant-soigné*.

⁷⁶ Phaneuf; Phaneuf, *Communication, entretien, relation d'aide et validation*.

afin de changer⁷⁷. Ainsi, la relation entre le pharmacien et le patient se fera avec un échange non directif, c'est-à-dire que le soignant ne dictera pas au patient ce qu'il doit faire pour s'en sortir. Il y a un renoncement du soignant concernant le pouvoir dont il pourrait disposer sur le patient.

Pour réussir, il faudra bien évidemment respecter la personne qui fait face. Cependant, ce respect ne se résume pas à une politesse distante mais à une relation chaleureuse.⁷⁸ Comme disait Robinson en 1991 « *le patient perçoit de la chaleur, de l'attention à sa personne, de la compassion* »⁷⁹. C'est donc en acceptant la personne, ses émotions et sa capacité à être autonome que le pharmacien sera le plus à même d'accompagner au mieux le patient. Rogers disait qu'il fallait que le soignant accepte inconditionnellement le patient.

Afin d'effectuer cela et de montrer son intérêt au patient, l'empathie est un outil très important dans la relation d'aide. C'est pourquoi elle sera évoquée dans le point suivant.

IV) L'empathie

Qu'est-ce que l'empathie ? Le Petit Larousse précise qu'il s'agit de « la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent »⁸⁰. Selon Rogers, « *être empathique c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent, comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si »* »⁸¹. C'est-à-dire que le pharmacien devra ressentir les émotions et sentiments de son interlocuteur sans pour autant les partager. De ce fait, grâce à cet état de conscience, le professionnel de santé peut adapter son langage et son approche vis-à-vis de son patient. Le patient pourra alors ressentir un sentiment de bien-être en se sentant compris, induisant une meilleure observance. Il a d'ailleurs été montré que les patients attendent de leur médecin une attitude humaine et non purement objective, et ce, dans plusieurs études comme celle de Billings J.A. et Stoeckle J.D. en 1989⁸², ou encore celle de Junod et al. en 2002⁸³. Dans cette dernière on

⁷⁷ Phaneuf, *Communication, entretien, relation d'aide et validation*; Phaneuf, *La relation soignant-soigné*; Rogers C. (1961, 2002) *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. London : Constable.

⁷⁸ Phaneuf, *La relation soignant-soigné*.

⁷⁹ Robinson, *Humor and the Health Professions*.

⁸⁰ Larousse, « Définitions ».

⁸¹ Rogers C. (1961, 2002) *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. London : Constable.

⁸² « BILLINGS J.A. & STOECKLE J.D. (1989) : Clinical encounter. A guide to the medical interview and cases presentation. Year Book Medical Publishers, Chicago ».

⁸³ « JUNOD N., FAVRAT B. & VANNOTTI M. (2002) : Patients en cabinet privé : quel choix ? Forum Med Suisse Suppl. 8 : 20 S. »

retrouve le témoignage et les demandes de plusieurs patients dont un qui déclare : « *Autrement, ce que j'espère, c'est qu'il essaie au moins de nous comprendre. [...] Qu'il soit réfléchi, qu'il essaye vraiment de comprendre.* ». On remarque donc un véritable besoin du patient de se sentir écouté et compris.

Dans cette dernière étude, il ressort que le patient espère de son médecin une technicité mais pas seulement ; il désire retrouver chez son soignant une humanité profonde. Même si le mot empathie ne vient pas directement de la bouche des patients, il semble être la base de leur volonté concernant la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin. Ils ne veulent pas être considérés comme des objets à réparer mais plutôt comme des êtres complexes demandant à être soignés et compris. Ce phénomène d'empathie reflète dans la pratique la capacité du professionnel de santé à ménager une émotion lorsqu'elle se présente. Il s'agirait donc pour celui-ci de réussir à ménager son patient et à se ménager lui-même en mettant en place les bons phénomènes de *coping* et mécanismes d'action.

L'empathie est de nature passive et intuitive, mais dans le cadre de la santé et de l'interaction avec son patient, le pharmacien, le médecin ou autre professionnel de santé, doit savoir rendre cet état actif, c'est-à-dire savoir le contrôler. Pour cela, il faut réussir à cerner non seulement les émotions de son patient mais également les siennes afin de les contrôler. En tant que pharmacien ou autre professionnel de santé, on ne doit pas laisser notre subjectivité primer sur les ressentis de notre patient sous peine de faire ressentir un mal-être, une incompréhension et/ou un isolement pour ce dernier. Les émotions sont donc un cadre important de l'empathie.

Le pharmacien devra montrer, et s'entraîner à avoir, une ouverture d'esprit afin d'exprimer sa bienveillance face au patient. Par exemple, le refus d'aide d'un patient ne devra pas provoquer de sentiment d'attaque chez le soignant. De plus, si un patient se présente au comptoir en étant agressif, en colère ; le pharmacien devra conserver son calme et tenter de faire s'exprimer le patient sur les raisons de sa colère (anxiété...). Ainsi le patient pourra penser que son ressenti est bien compris et cela lui permettra éventuellement de descendre à un stade émotionnel moins élevé. Pour ce faire, il faut que le pharmacien donne de l'importance à son patient et ne se considère pas plus important ou plus savant. Car sans le ressenti du patient, le professionnel de santé ne peut officier dans de bonnes conditions.⁸⁴

⁸⁴ Elias-Kawada et Romang, *L'Almanach : 364 préceptes pour la vie quotidienne*.

Luc Elias-Kawada a réalisé un schéma afin de décrire l'empathie, illustrant parfaitement tous les ressentis :

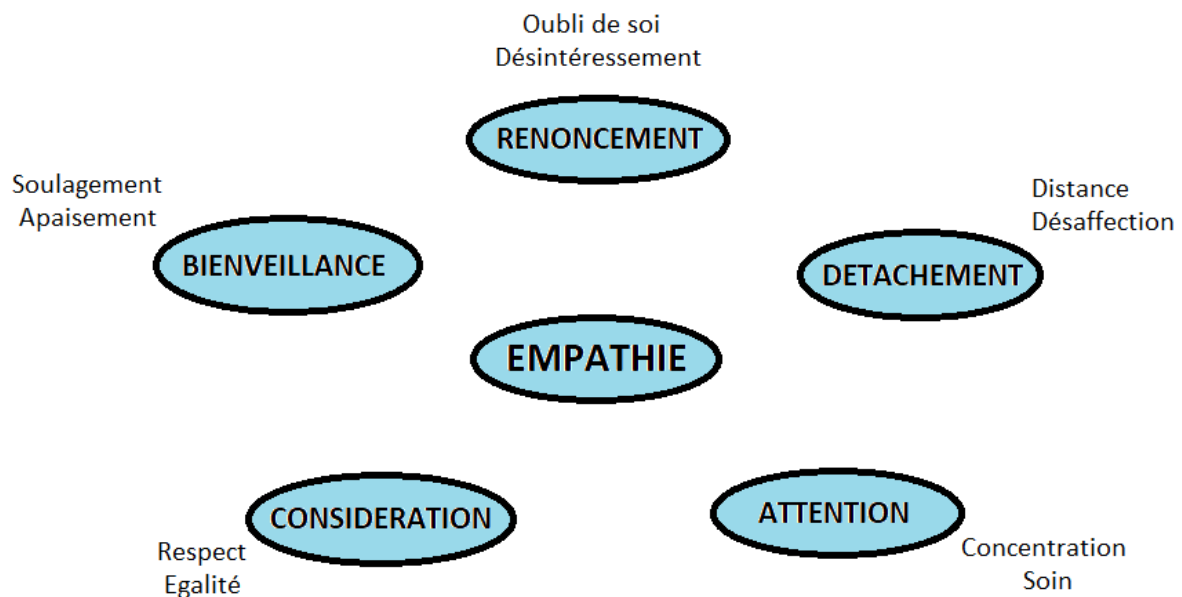


Figure 2 : L'empathie quotidienne par Elias-Kawada

Smith et Hope, ont réalisé en 1991⁸⁵, un découpage en six étapes de l'interaction empathique comme suit :

1. Reconnaître les moments chargés d'émotions.
2. Demander à son patient d'expliquer la situation.
3. Réussir à nommer l'émotion.
4. La légitimer.
5. Montrer du respect vis-à-vis des efforts du patient pour faire front.
6. Offrir au patient un accompagnement et une aide pour l'avenir.

En suivant ces schémas, l'empathie prend un caractère plus palpable et plus réel. Cela permet au professionnel de santé de rendre tangibles les sentiments de son patient et donc de le rendre humain. Ainsi, celui-ci ne se verra pas comme un simple cas à traiter. C'est en prenant notamment en compte l'état psychologique du patient, son histoire ou encore son vécu personnel de la pathologie, que le professionnel de santé pourra au mieux accompagner son patient.

⁸⁵ « SMITH RC. & HOPPE R.B. (1991) : The patient's story – a patient-centered approach. Ann Intern Med 115 : 470-477. »

L'empathie est fondatrice d'une bonne relation entre un soignant et un soigné. Par conséquent, il s'agira pour le professionnel de santé de trouver le bon équilibre entre bienveillance et détachement. L'empathie est donc différente de la sympathie et de l'antipathie, qui elles sont régies par les émotions. L'empathie se traduit comme l'art de ressentir la douleur de l'autre sans en souffrir.

V) Authenticité et congruence

Comme vu précédemment, A. Manoukian⁸⁶ souligne l'importance de l'authenticité dans la relation. En effet, le soignant doit conserver son attitude naturelle et ne pas donner d'impression de supériorité. Le soignant reste un être humain capable de sentiments, d'erreurs et qui n'est pas omniscient. Ainsi, en se montrant sous son véritable jour, le soignant permet une relation d'humain à humain induisant une plus grande simplicité pour le patient de se confier et de donner sa confiance dans l'être qui lui fait face.⁸⁷

Le soignant devra savoir s'ouvrir au patient afin de pouvoir offrir une consistance dans ses réactions. Pour que sa pensée coïncide avec sa parole, ses postures, ses silences... cette ouverture est essentielle, mais ne peut se faire que si le soignant s'est déjà ouvert à lui-même. C'est-à-dire s'il a conscience de sa propre personne, de ses capacités et de ses limites le composant.⁸⁸ Ce qui nous renvoie à la première partie de ce travail.

En conséquence, c'est en montrant une harmonie entre les pensées et les actions que le soignant, ici le pharmacien, aura la possibilité et l'opportunité de dire ce qu'il pense être le mieux sur le moment et éventuellement faire évoluer la relation et situation avec le patient. Le soignant pourra même dans le cadre de l'authenticité, donner certains éléments de sa vie au patient afin d'apporter des points commun entre les deux et ainsi fortifier la relation thérapeutique.⁸⁹

⁸⁶ Manoukian, Massebeuf, et Daydé, *La relation soignant-soigné*.

⁸⁷ Phaneuf, *La relation soignant-soigné*.

⁸⁸ Phaneuf.

⁸⁹ Phaneuf, *Communication, entretien, relation d'aide et validation*.

VI) L'humour

C'est une capacité qui peut être très utile dans la relation d'aide au patient. En effet, elle permet de pouvoir installer une certaine légèreté et de montrer éventuellement la situation sous un autre jour. L'humour aurait pour effet de relativiser des éléments qui semblent lourds pour le patient et facilite l'acceptation de ceux-ci.

Beaucoup d'études ont été réalisées sur l'humour ou plus généralement sur les émotions positives. Les résultats tendent à démontrer que ces dernières ont un impact sur les dimensions physiologiques et psychiques de la personne (Cousins, 1991⁹⁰ ; Fry, 1992⁹¹ ; St-Arnaud, 2002⁹²). Snowden (2003)⁹³ et Fry (1992) concluent qu'il existe encore peu d'évidence formelle des effets positifs de l'humour et que d'autres études sont nécessaires. Snowden (2003) tient quand même à ajouter que la tendance va dans le sens d'effets bénéfiques.

Robinson, propose en 1991 une définition de l'humour en le décrivant comme étant un type de communication cognitif et complexe faisant naître un sentiment de plaisir et éventuellement une réaction comportementale comme le rire.⁹⁴

L'humour est un outil très utile mais dépendant de nombreux facteurs, telles que les composantes du soignant, du soigné et du contexte. Dans une étude sur les soins infirmiers réalisée par Thornton, J. et White, A. en 1999, il est souligné que l'intuition et le ressenti du soignant est essentiel pour l'utilisation de l'humour. L'empathie est donc un prérequis afin de bien employer l'humour dans le cadre du soin.⁹⁵ Il en ressort un aspect de « *timing* ». En effet, il s'agira pour le soignant de devoir saisir le moment opportun afin de ne pas choquer ou indisposer le patient.

McCabe a pu montrer en 2004 que les patients sont ouverts à l'humour et à l'utilisation des blagues par les infirmier(e)s.⁹⁶ Quant à Jarret et Payne, en 2000, ils ont pu démontrer que l'instauration d'une atmosphère positive et agréable est bien vécue et même appréciée par les patients au sein d'un département d'oncologie.⁹⁷ L'humour peut donc être utilisé même dans des situations très difficiles comme le cas des cancers. Il s'agira de l'employer au bon moment et à bon escient. Dans le cadre d'une bonne utilisation, les infirmières ont déclaré dans

⁹⁰ Cousins et Coleman, *La Biologie de l'espoir*.

⁹¹ Fry, « The Physiologic Effects of Humor, Mirth, and Laughter ».

⁹² Saint-Arnaud, *La guérison par le plaisir*.

⁹³ Snowden, « Humour and health promotion. Health education journal, 62 (2), 143-152. »

⁹⁴ Robinson, *Humor and the Health Professions*.

⁹⁵ Thornton et White, « A Heideggerian Investigation into the Lived Experience of Humour by Nurses in an Intensive Care Unit ».

⁹⁶ McCabe, « Nurse-Patient Communication ».

⁹⁷ Jarrett et Payne, « Creating and Maintaining "optimism" in Cancer Care Communication ».

diverses études, comme celle de Walsh et Kowanko⁹⁸ ou encore celle de Lawler⁹⁹, que l'humour permettait de diminuer la gêne que certaines situations peuvent induire, et de ce fait, il devient une forme de soutien pour le patient en entretenant la relation et un certain contrôle social.

Pour conclure, l'humour s'avère être un élément très pratique quand il est bien utilisé. Il représente un système de communication superficiel qui permet au patient et au soignant de se protéger et de détendre l'atmosphère.¹⁰⁰ De plus, les rôles sociaux peuvent être mis de côté et une relation répondant mieux aux besoins du patient peut se construire.¹⁰¹ L'humour permet également au patient de voir sa situation sous un autre point de vue et de changer sa perspective de l'avenir en réduisant la charge émotionnelle liée à celle-ci.¹⁰² Sheldon (1996), dans son étude du concept de l'humour, déclare que ce dernier n'est pas une solution miracle à tous les problèmes, qu'il ne contrecarre pas toutes les anxiétés vécues, mais qu'il est une force positive et, utilisé en tant que complément d'autres interventions, il ne peut être que thérapeutique¹⁰³.

⁹⁸ Walsh et Kowanko, « Nurses' and Patients' Perceptions of Dignity ».

⁹⁹ Lawler, *La face cachée des soins*.

¹⁰⁰ Isola et Astedt-Kurki, « Humour as Experienced by Patients and Nurses in Aged Nursing in Finland »; Jarrett et Payne, « Creating and Maintaining "optimism" in Cancer Care Communication ».

¹⁰¹ Warner, « The Serious Import of Humour in Health Visiting ».

¹⁰² Robinson, *Humor and the Health Professions*.

¹⁰³ Sheldon, « An Analysis of the Concept of Humour and Its Application to One Aspect of Children's Nursing ».

VII) Naissance de l'espoir

Dans la relation d'aide, le soignant doit s'efforcer de faire comprendre au patient qu'il fait des choses dangereuses ou illogiques le cas échéant. Margot Phaneuf utilise le terme de « confrontation douce ».¹⁰⁴ En effet, il ne s'agit pas d'agresser le patient, ni de le juger ou de l'incriminer, mais plutôt de souligner certains de ses comportements afin de les mettre en lumière. Ce, dans l'optique de permettre au patient de se rendre compte par lui-même que certaines choses doivent être modifiées. S'opère alors une ouverture vers de nouveaux objectifs pour le patient. Avec cette capacité de légère confrontation, le patient peut se construire et évoluer.

Même face à un patient en colère, le soignant doit savoir utiliser les éléments décrits plus tôt, afin de conserver son calme (écoute, compréhension, bienfaisance, désintéressement, empathie...). Il n'est pas tous les jours aisé de conserver son calme surtout face à un patient très agressif mais la confrontation avec celui-ci fermera toute possibilité de dialogue constructif. La sérénité du soignant lui permettra peut-être de pouvoir identifier la détresse du patient et de comprendre sa colère. Il en ressortira une chute de l'état émotionnel du patient, qui fera que ce dernier sera susceptible de percevoir qu'au-delà de sa colère se trouvent des éléments pour résoudre ce qui provoque son courroux.¹⁰⁵

De plus, certaines situations peuvent paraître insoutenables pour la personne au cœur de celles-ci. Dans la relation d'aide, le soignant aura pour objectif de dédramatiser la situation, quand cela est possible. Il tentera de montrer et de mettre en avant les points les plus positifs comme par exemple la bonne efficacité d'un traitement. C'est alors qu'il pourra faire naître chez le patient une ouverture vers le futur et une espérance quant à une amélioration à venir.¹⁰⁶

¹⁰⁴ Phaneuf, *La relation soignant-soigné*.

¹⁰⁵ Manoukian, Massebeuf, et Daydé, *La relation soignant-soigné*; Phaneuf, *La relation soignant-soigné*; Rantucci, *Le dialogue pharmacien-patient*.

¹⁰⁶ Phaneuf, *La relation soignant-soigné*; Manoukian, Massebeuf, et Daydé, *La relation soignant-soigné*.

2^{nde} Partie:

Enquête sur la relation d'aide en officine

A – Choix du thème de l'étude

Tout comme cela a été énoncé dans l'introduction, le sujet s'est imposé face à la difficulté éprouvée lors de certaines annonces de patients. Que celles-ci concernent un sujet de vie courante ou de santé. Le pharmacien devant donc savoir comment réagir face à ces dernières, il était important d'essayer de se pencher sur le sujet afin de pouvoir aider le patient au mieux.

Le pharmacien tend à prendre une place plus importante dans le système de soins, notamment depuis la loi hôpital, patient, santé et territoire de 2009, il est donc essentiel de savoir comment créer et maintenir une bonne relation d'aide au patient. C'est donc dans cette optique qu'une étude concernant la relation d'aide en pharmacie a été réalisée.

B – But de l'étude

La majorité des pharmaciens accompagne les patients du mieux qu'ils le peuvent, en utilisant divers stratagèmes et théories pour potentialiser leur relation avec les patients et leur rendre la vie plus agréable. Nous avons, dans cette thèse, montré une des leviers possibles afin de parvenir à cet objectif.

Dans le cadre de la partie enquête de cette dernière nous allons suivre la partie théorique développée *supra*. Cependant le métier de pharmacien étant très complet et complexe du fait de ses multiples facettes, nous allons tenter d'étayer la théorie avec des éléments plus réels et concrets, tout en se demandant si la relation d'aide est une facette connue et employée par les pharmaciens.

Avec cette recherche, trois objectifs se détachent :

- Vérifier si le pharmacien se connaît, s'il a déjà tenté de cerner ses prédominances défensives et ressentis face à une annonce d'un patient.
- Etablir les connaissances du pharmacien vis-à-vis des éléments nécessaires à une bonne relation d'aide.
- Evaluer l'envie de la profession de s'ouvrir à cette branche du métier de pharmacien qui est la relation d'aide.

C – Matériel et Méthode

I) Champ d'application de l'étude

Les réseaux sociaux, et plus précisément Facebook, seront utilisés afin de réaliser cette étude. Trois groupes ont été ciblés. Il s'agit de groupes fermés dans lesquels seul un nombre restreint de personnes dispose d'un accès.

Tout d'abord le groupe « Pharma cool » est un groupe créé par trois pharmaciens d'officine dans l'optique de partager sur les expériences pharmaceutiques, officinales ; mais également de pouvoir échanger sur la législation, les stratégies de management... Ce groupe, constitué à l'heure actuelle de 11 991 membres, n'autorise son accès qu'à des membres ayant une relation avec la pharmacie. Il n'y a aucune vérification stricte, mais, généralement, il faut avoir été recommandé par quelqu'un faisant déjà partie du groupe afin de rentrer dans ce même groupe. Cela repose donc sur la bonne foi de chacun. Ainsi, on peut retrouver dans ce groupe des pharmaciens, des préparateurs ou préparatrices ainsi que des étudiants en études pharmaceutiques.

Il y a également le groupe « Tu sais que tu es pharmacien ». Ce dernier est l'initiative d'un pharmacien officinal. Tout comme la page « pharma cool » qui a été créée pour permettre aux pharmaciens d'échanger sur leurs expériences, leurs anecdotes... Cette page est également soumise à une restriction concernant ceux pouvant y entrer. Ainsi, seuls les pharmaciens et étudiants en pharmacie peuvent y avoir accès. Toutefois, il n'y a, là encore, aucune vérification stricte concernant les membres. A l'heure actuelle, cette page est composée de 19 070 membres.

Enfin, il y a le groupe « Pigeons Pharmaciens ». Celui-ci fait suite à la page « Pigeons pharmaciens » et autorise son accès aux pharmaciens, préparateurs, préparatrices et étudiants. Il a été constitué dans l'optique d'unifier la profession, de pouvoir anticiper et plus précisément de prévoir l'avenir de la profession. Ce dernier regroupe actuellement 7 185 membres.

Je suis également allé à la rencontre de pharmaciens sur leur lieu de travail afin de leur faire compléter le questionnaire. Il s'agit de pharmaciens exerçant dans la commune de Metz. Les questionnaires ont été déposés puis laissés durant deux semaines. Lors du passage pour récupérer les questionnaires certains avaient déjà répondu à tout et d'autres avaient des questions concernant certains items du questionnaire. Une fois avoir répondu à ces questions,

aucun n'a voulu retourner sur ses réponses afin de rester « neutre » et de répondre avec les connaissances qu'ils avaient avant de s'intéresser au sujet.

II) Type d'étude

Cette étude transversale repose essentiellement sur l'utilisation d'un questionnaire établi à la suite des recherches effectuées pour la partie bibliographique de ce travail. Le questionnaire fut disponible du 1^{er} Février 2018 au 15 Mars 2018 à l'attention des trois groupes Facebook précités et présenté en personnes à des officines de la commune de Metz du 1^{er} Mars au 15 Mars. Ce dernier est disponible dans l'annexe n°3 de la thèse.

III) Méthode

Comme vu plus haut, pour la réalisation de cette étude nous avons utilisé un questionnaire établi en se basant sur les éléments de la première partie de ce travail. Cela sera donc axé sur trois critères principaux. Outre les éléments concernant l'âge, le sexe, la localisation de leur exercice... les questions porteront sur la personne qu'est le pharmacien grâce à une auto-évaluation qui tentera de montrer l'importance des émotions et des méthodes défensives qui en découlent lors de leurs interactions avec les patients. D'autres questions étayeront l'aspect portant sur les connaissances du pharmacien, liées à la relation d'aide et aux éléments nécessaires à sa réalisation. Puis pour finir sur le questionnaire, il s'agira de voir si les pharmaciens sont enclins à utiliser cette relation et s'ils désirent en connaître davantage à son propos.

Concernant le mode de diffusion, il était important de mettre le questionnaire à la disposition d'un maximum de personnes, d'où le choix d'un réseau social. Le questionnaire a donc été publié sur le site Facebook. Bien évidemment, non pas sur une page quelconque mais sur des pages dédiées aux pharmaciens et étudiants en pharmacie de façon à cibler une population homogène et directement concernée par la problématique. Par ailleurs, le fait d'utiliser ce mode de diffusion permet d'avoir des réponses de pharmaciens venant de la France entière et de ne pas avoir de réponses découlant de pharmaciens venant d'un même centre de formation.

De plus, je me suis rendu dans diverses officines de Metz afin de leur remettre le questionnaire en main propre. Cela a été établi dans l'optique de voir si les réponses étaient similaires lorsqu'elles étaient recueillies en direct.

D – Résultats

I) Population de l'étude

Dans le cadre de cette étude, les réponses ont été obtenues sur la base du volontariat des pharmaciens et étudiants de toute la France. Les réponses proviennent donc de personnes provenant de tous lieux et de tous secteurs. Des réponses de préparateurs ont également été recueillies à titre indicatif. Au total nous retrouvons un panaché de 145 réponses, avec 89 pharmaciens, 29 étudiants et 27 préparateurs.

Age moyen de la population étudiée :

- En ce qui concerne les **pharmaciens** interrogés en direct, la moyenne d'âge est de 43,4 ans pour un total de 13 pharmaciens. S'agissant des pharmaciens ayant répondu sur le réseau social, la moyenne d'âge est de 33.6 ans pour 76 pharmaciens. Cela fait donc une moyenne d'âge de 35 ans pour les pharmaciens ayant répondu à l'étude, sur un total de 89 réponses.
- Pour ce qui est des **étudiants**, un seul a été consulté en direct et est âgé de 26 ans. Concernant ceux ayant répondu sur le réseau social, ils sont au nombre de 28 et la moyenne d'âge est de 23 ans. La moyenne d'âge totale des 29 étudiants est donc de 23 ans.
- Pour les réponses des **préparateurs** données sur le réseau social, la moyenne d'âge est de 35 ans pour 21 réponses. Concernant les 6 préparateurs ayant répondu en direct la moyenne d'âge est de 42,4 ans. Nous avons donc une moyenne générale de 36.6 ans.

Tableau 1 : Moyenne d'âge des répondants

Qualité	Questionnaire en Direct		Questionnaire via Facebook		Total général	
	Moyenne d'Age	Nombre de personnes	Moyenne d'Age	Nombre de personnes	Moyenne d'Age	Nombre de personnes
Etudiant	26	1	23	28	23,12	29
Pharmacien	43,4	13	33,6	76	34,9	89
Préparateur	42,4	6	35,2	21	36,7	27
Total général	42,2	20	31,7	125	33,1	145/145

Sexe de la population :

Figure 3 : Pourcentage homme - femme des répondants

Une majorité de femme est à l'origine de ces réponses. En effet sur les 89 réponses données par les pharmaciens, 80 d'entre elles sont celles de femmes.

Concernant les étudiants cela est un peu plus homogène avec 17 réponses de femmes sur les 29 recueillies.

Puis, pour les préparateurs, 26 réponses sur 27 ont été données par des femmes.

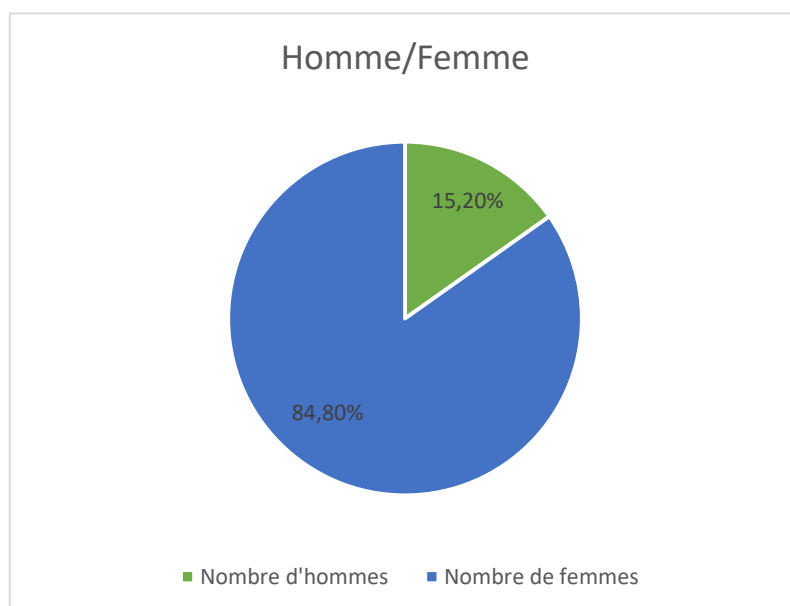


Tableau 2 : Comptabilité homme - femme

Sexe	Qualité			
	Etudiant	Pharmacien	Préparateur	Total général
Femme	17	80	26	123
Homme	12	9	1	22
Total général	29	89	27	145/145

Localisation de la population :

- Quatre des **étudiants** ayant répondu n'exercent pas durant leurs études et n'ont donc pu répondre à cette question. S'agissant des autres réponses, on retrouve une majorité exerçant en zone urbaine, tandis que 9 étudiants sur les 25 répondants exercent en zone rurale.
La zone urbaine se décompose en plusieurs zones. On retrouve les zones « de quartier » qui regroupent 6 étudiants. La zone de « ville » regroupe quant à elle 9 étudiants. Le centre commercial compte pour sa part un seul étudiant.
- Concernant les **pharmaciens**, 73 répondants proviennent d'une zone urbaine et 16 d'une zone rurale.
Dans la zone urbaine, on retrouve 40 pharmaciens en zone de « quartier », 29 en zone de « ville » dont 2 dans un centre commercial. Puis 4 pharmaciens en centre commercial.
- S'agissant des **préparateurs**, seuls 2 des répondants exercent en zone rurale. Ce qui laisse 25 réponses venant de préparateurs exerçant en zone urbaine. Dans cette zone nous retrouvons 8 préparateurs dans des officines de quartier, 13 dans des officines de ville dont 1 dans un centre commercial. Puis 4 d'entre eux dans un centre commercial.

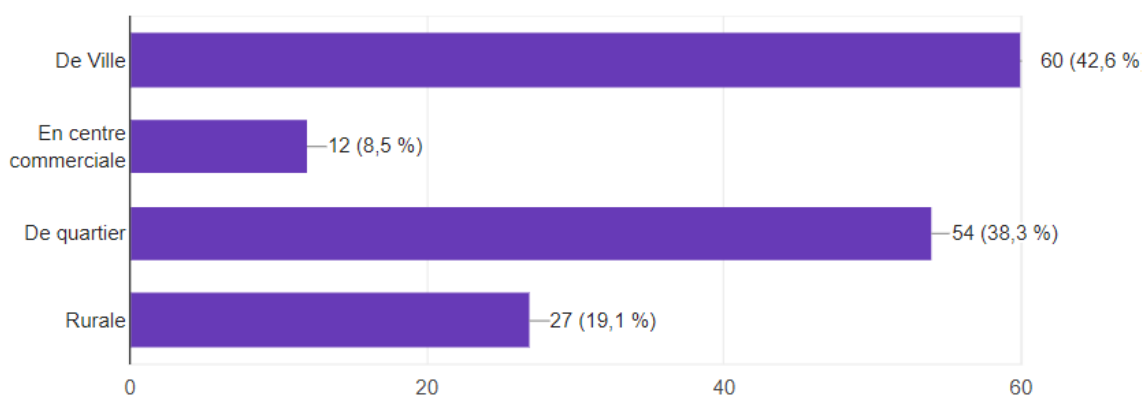
Tableau 3 : Répartition des répondants en fonction de leur zone d'exercice

Qualité	Officine								Total général
	Non renseigné	De quartier	De Ville	De Ville, De quartier	De Ville, En centre commercial	De Ville, Rurale	En centre commercial	Rurale	
Etudiant	4	4	9	2		1	1	8	29/29
Pharmacien		38	27	2	2	1	4	15	89/89
Préparateur		6	12	2	1	1	4	1	27/27
Total général	4	48	48	6	3	3	9	24	145/145

Figure 4 : Schéma des répartitions des répondants en fonction de la zone d'exercice

Officine

141 réponses



II) Confidences et raisons de ces dernières

Sur les 145 réponses obtenues, seulement deux pharmaciens ont déclaré ne pas obtenir de confidences provenant des patients. Un de ces pharmaciens exerce en ville et est de sexe féminin, le second est de sexe masculin et exerce en milieu rural. Nous avons donc 143 officinaux déclarant avoir déjà vécu des moments de confidences de la part de patients.

Portée de ces diverses confidences :

- Sur les 29 **étudiants** nous en avons 5 qui déclarent avoir déjà eu des confidences sur des thèmes relatifs à la santé. Un des étudiants fait part de confidences liées à la vie quotidienne du patient. Pour les 23 restants, les confidences sont liées aux deux thèmes.
- Sur les 87 réponses des **pharmaciens**, 7 ont déclaré n'avoir eu des confidences que sur des éléments de santé, un pharmacien sur des éléments de la vie quotidienne et 79 sur les deux types d'éléments.
- En ce qui concerne les **préparateurs**, un d'entre eux lie les confidences uniquement à la vie quotidienne du patient et pour les 25 autres, les confidences touchent les deux thèmes.

Tableau 4 : Type de Confidences

Qualité	Santé	Vie Quotidienne	Vie Quotidienne, Santé	Total général
Etudiant	5	1	23	29/29
Pharmacien	7	1	79	87/89
Préparateur		1	25	26/27
Total général	12	3	127	142/145

Eléments ayant permis les confidences :

- Pour ce qui est des **étudiants**, 19 d'entre eux mettent en avant l'importance du professionnalisme et 23 autres la proximité du pharmacien. D'autres éléments tels que la bienveillance, l'écoute et la gentillesse ont été cités.

Tableau 5 : Eléments permettant les confidences selon les étudiants

Eléments ayant permis ces confidences	Etudiant
Professionnalisme	19
Proximité	23
Ecoute	3
Gentillesse	2
Intérêt	1
Total général des répondants	29/29

- Concernant les **pharmaciens**, 77 d'entre eux soulignent l'importance du professionnalisme et de la proximité afin de permettre les confidences du patient. Mais on note également de nombreux autres éléments tel que l'amitié, l'empathie, l'écoute, la disponibilité, le respect, la confiance...

Tableau 6 : Eléments permettant les confidences selon les pharmaciens

<i>Eléments ayant permis ces confidences</i>	Pharmacien
Professionnalisme	77
Proximité	77
Amitié	12
Empathie	2
Amabilité	2
Ecoute	4
Ancienneté	1
Disponibilité, temps	5
Patience	1
Respect	2
Pédagogie	1
Confiance	6
Total général des répondants	89/89

- Les **préparateurs** ont, quant à eux, cité pour 22 le professionnalisme, pour 23 la proximité puis d'autres éléments tel que l'amitié, la confiance, l'écoute...

Tableau 7 : *Eléments permettant les confidences selon les préparateurs*

<i>Eléments ayant permis ces confidences ?</i>	Préparateur
Professionnalisme	22
Proximité	23
Amitié	7
La confiance	2
Ancienneté	2
Ecoute	2
Empathie	1
Total général des répondants	27/27

III) Confidences et troubles induits chez le soignant

Les confidences des patients font parfois naître certains ressentis chez les soignants et même des perturbations :

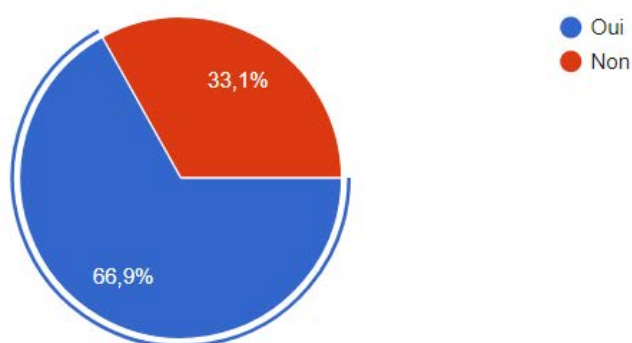
- Nous avons 22 étudiants sur 29 ayant déclaré avoir déjà été perturbés par une des confidences d'un patient.
- 56 des 89 pharmaciens répondants ont également déjà été perturbés par une confiance.
- Pour ce qui est des préparateurs, 22 sur 27 l'ont aussi été.

Tableau 8 : *Récapitulatif sur le taux de perturbation induite par les confidences*

<i>Avez-vous déjà été perturbé par ces confidences ?</i>	Etudiant	Pharmacien	Préparateur	Total général
Non	7	36	5	48
Oui	22	53	22	97
Total général	29/29	89/89	27/27	145/145

Figure 5 : Pourcentage de perturbation induite par les confidences

145 réponses



Sentiments induits par ces confidences :

- Chez les **étudiants** on retrouve une majorité ayant ressenti de la gêne et de la surprise. Mais on retrouve également, la tristesse, l'indifférence, la colère, de la joie ainsi que de la compassion.

Tableau 9 : Sentiments ressentis par les étudiants

Quels sentiments avez-vous ressenti ?	Etudiant
Compassion	2
Gêne	24
Tristesse	6
Colère	2
Indifférence	8
Surprise	18
Joie	3
Total des répondants	28/29

- Pour ce qui concerne les **pharmaciens**, on retrouve de nombreux sentiments également. La surprise, la gêne et la joie sont majoritairement ressortis, mais on retrouve d'autres sentiments tels que la colère, la confiance, la fierté ou encore la reconnaissance.

Tableau 10 : Sentiments ressentis par les pharmaciens

Quels sentiments avez-vous ressenti ?	Pharmacien
Compassion	3
Gêne	47
Tristesse	7
Colère	13
Indifférence	14
Surprise	46
Joie	26
Sympathie	2
Confiance	3
Empathie	9
Fierté / Reconnaissance	3
Total des répondants	82/89

- Les **préparateurs** quant à eux montrent des sentiments tels que la gêne, la surprise, la joie. Parmi ces sentiments on retrouve également la colère, la tristesse, la compassion, l'indifférence et l'empathie.

Tableau 11 : Sentiments ressentis par les préparateurs

Quels sentiments avez-vous ressenti ?	Préparateur
Compassion	2
Gêne	17
Tristesse	6
Colère	7
Indifférence	5
Surprise	16
Joie	14
Empathie	1
Total des répondants	26/27

IV) Tendances défensives des soignants

Lorsqu'on demande aux soignants s'ils ont déjà réfléchi sur leurs tendances défensives et comment les maîtriser, les réponses sont similaires.

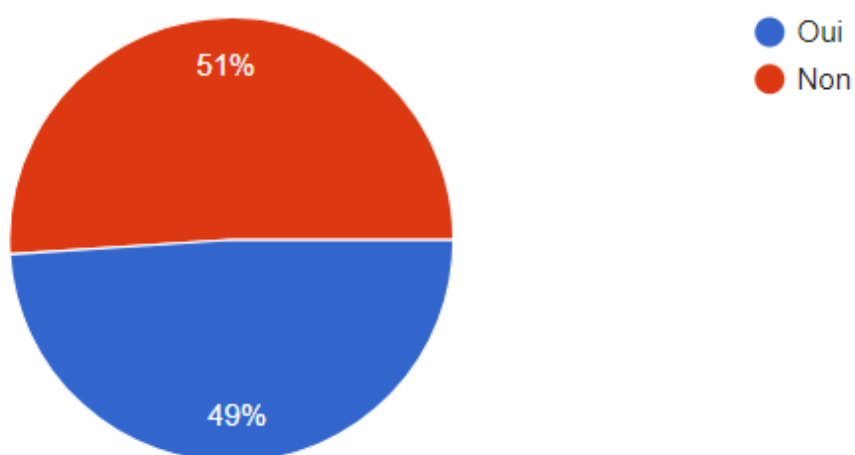
Tableau 12 : Connaissance et maîtrise des tendances défensives personnelle

- Les étudiants répondent « Non » à 58,6 %. - Les pharmaciens répondent « Non » à 48,3 %. - Les préparateurs répondent « Non » à 51,9%.	Qualité	Non	Oui	Total général
	Etudiant	17	12	29/29
	Pharmacien	43	46	89/89
	Préparateur	14	13	27/27

De façon globale sur les 145 réponses, 74 personnes n'y ont pas réfléchi pour 71 y ayant déjà pensé. Soit un pourcentage de 51% de « non » pour 49 % de « oui ».

Figure 6 : Pourcentage des personnes ayant réfléchi à leur mode de défense

145 réponses



Puis, la question demandant d'explicitier ce qu'était un mode de défense a été posée aux participants de l'étude.

Il en est ressorti que 19 **étudiants** ne savent pas du tout comment expliquer ce qu'est un mécanisme de défense ou en citer un. Deux étudiants parlent toutefois d'écoute active et de reformulation. Concernant les autres, aucune explication particulière n'est donnée mais certains mécanismes ont été cités tels que : « le repli, le sourire, le déni, l'ignorance, le changement de sujet »

62 des réponses obtenues par les **pharmaciens** expriment l'ignorance des mécanismes de défenses. S'agissant des autres pharmaciens participants, nous retrouvons des éléments de défense tels que : « le déni, le changement de sujet, l'humour, la prise de recul, le professionnalisme, le silence, reculer d'un pas, le dénigrement, l'agressivité, la fuite »

Les mécanismes de défense restent flous et inconnus pour 18 **préparateurs** sur les 27 ayant répondu. Dans les autres réponses, « l'agressivité, le professionnalisme, le silence, le recul » sont cités.

V) La relation d'aide

Qu'est-ce que la relation d'aide ?

- 6 des **étudiants** n'ont pas donné de réponse à cette question. Pour ce qui concerne les 23 autres, leur conception de la relation d'aide repose pour la majorité sur le soutien que doit apporter le pharmacien à son patient. Cependant, il s'agit pour certains de conseiller le patient en le dirigeant vers ce qui semble être le mieux aux yeux du pharmacien. Tandis que pour d'autres, il s'agit de rassurer le patient, de cibler ses conseils en fonction des patients, tout en les écoutant attentivement et en tentant de faire émerger les solutions de la part des patients eux-mêmes plutôt que de les leur donner. On retrouve certains termes comme « être une épaule » pour le patient, « essayer d'améliorer la vie quotidienne du patient », « relation durable », « soutien moral », « supporter le patient dans ce qu'il traverse ».
- Pour les **pharmaciens**, seuls 65 sur les 89 ont donné une réponse à cette question. On remarque que pour 6 des répondants cette notion reste très floue. Certains ont fourni une explication basée sur une relation patient - soignant qui doit apporter un soutien. Pour d'autres, il s'agit d'apporter des réponses au patient, de servir de soutien moral pour lui. La relation d'aide est même perçue pour certains pharmaciens comme la relation de confiance et de confiance. Un d'entre eux affirme qu'il s'agit d'une relation permettant de faire avancer le patient face à sa situation et éventuellement de l'aider à avancer dans la résolution de certains de ses problèmes. Un grand nombre de réponses explicite des éléments nécessaires à cette relation d'aide, cela sera abordé dans la partie suivante, il n'est donc pas nécessaire d'en parler précisément ici.

- Seuls 18 des **préparateurs** ont donné une réponse à cette question. 2 d'entre eux ne savent pas du tout comment expliquer cette relation, tandis que pour un autre il s'agit de porter un sac trop lourd. Pour beaucoup des répondants on retrouve le terme de soutien du patient.

Éléments nécessaires à une bonne relation d'aide :

- 24 **étudiants** ont fourni des éléments de réponse pour cette question.

Tableau 13 : Éléments nécessaires à une bonne relation d'aide selon les étudiants

Quels éléments sont pour vous la base d'une bonne relation d'aide au patient ?	Etudiants
Envie d'aider / bienveillance	3
Confiance	7
Sincérité	1
Discrétion	2
Proximité	1
Patience	1
Empathie	5
Distance émotionnelle	2
Ecoute / Ecoute active	14
Non jugement / Respect	4
Professionalisme	1
Mettre le patient à l'aise / Communication	3
Total général	24/29

- Concernant les **pharmaciens**, 72 des 89 répondants au questionnaire ont donné des éléments de réponses. 5 pharmaciens parmi les 72 affirment ne pas savoir.

Tableau 14 : *Eléments nécessaires à une bonne relation d'aide selon les pharmaciens*

Quels éléments sont pour vous la base d'une bonne relation d'aide au patient ?	Pharmaciens
Envie d'aider / Bienveillance / Gentillesse	12
Confiance	23
Connaissances scientifiques / Professionnalisme	15
Humour	2
Discrétion	3
Proximité / Disponibilité	5
Bon discernement de la situation	3
Empathie	19
Distance émotionnelle	6
Ecoute / Ecoute active	34
Non jugement / Respect	6
Franchise / Sincérité	2
Mettre le patient à l'aise / Communication / Reformulation	3
Total général	72/89

- Pour les **préparateurs**, nous avons obtenu 22 réponses sur les 27 répondants au questionnaire.

Tableau 15 : *Eléments nécessaires à une bonne relation d'aide selon les préparateurs*

Quels éléments sont pour vous la base d'une bonne relation d'aide au patient ?	Préparateurs
Bienveillance / Gentillesse / Intérêt	4
Confiance	6
Professionnalisme	2
Discrétion	2
Proximité / Disponibilité	4
Connaissances	1
Empathie	2
Sympathie	1
Ecoute / Ecoute active	10
Mémoire	3
Honnêteté	1
Total général	18/27

VI) Place du pharmacien dans la relation d'aide

Lorsqu'on leur demande si le pharmacien a un rôle à tenir dans la relation d'aide :

Tableau 16 : Légitimité du pharmacien dans la relation d'aide

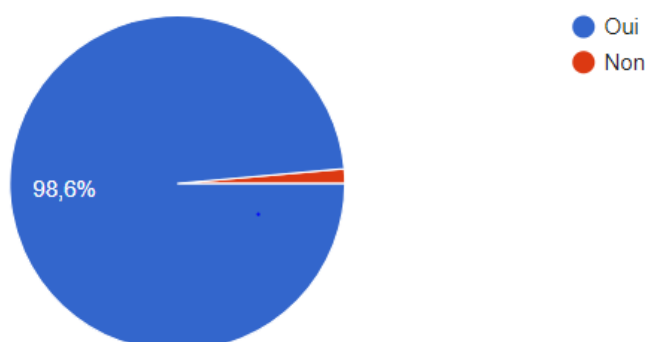
- Les **étudiants** répondent « oui » en totalité.
- 1 **pharmacien** répond « non » sur les 87 répondants.
- 1 **préparateur** répond « non » sur les 26 répondants.

Qualité	Non	Oui	Total général
Etudiant		29	29/29
Pharmacien	0	1	86
Préparateur	0	1	25
Total général	0	2	140
			142/145

98,6% des répondants estiment que le pharmacien mérite sa place dans la relation d'aide.

Figure 7 : Légitimité du pharmacien dans la relation d'aide

142 réponses



Quand on leur demande pourquoi le pharmacien est-il légitime dans cette relation on observe que :

- 23 des **étudiants** expriment le fait que le pharmacien est le professionnel de santé qui est le plus disponible de par le fait qu'il n'y ait pas de nécessité d'une prise de rendez-vous, mais également qu'il n'y ait aucune obligation d'achat lorsque l'on part à la rencontre de son pharmacien. Cela induit, selon les étudiants, que le pharmacien est plus souvent consulté que le médecin et donc qu'une relation de confiance s'établit

entre les deux. Ceci permet un meilleur suivi et une meilleure adaptation des conseils du pharmacien. Selon ces participants, les larges connaissances du pharmacien lui permettent de pouvoir au mieux accompagner le patient dans cette relation d'aide.

- **64 Pharmaciens** apportent des réponses sur la légitimité de leur place dans cette relation. Pour deux d'entre eux, le fait que cette relation est utile pour fidéliser les patients qu'ils nomment « clients » à l'officine est souligné. Pour un grand nombre, est énoncé le fait que le pharmacien est un professionnel de santé qui appliquera le secret professionnel, ce qui permet au patient de se sentir en confiance. De plus, la proximité qu'offre le statut de pharmacien permet au patient de le consulter quand bon lui semble, sans avoir à prendre de rendez-vous. Le pharmacien offre, selon eux, plus de temps d'écoute aux patients permettant ainsi la création d'une relation de confiance forte et durable. De ce fait, le pharmacien devient le « professionnel de santé confident » auquel le patient posera les questions qu'il n'ose pas poser lorsqu'il est en rendez-vous avec le médecin, que ce soit par manque de temps, ou simplement par « crainte » du médecin qui paraît « inapprochable ». Pour bon nombre des pharmaciens répondants, cette relation d'aide est une partie intégrante du métier de pharmacien et permet d'améliorer la qualité de vie des patients ainsi que la bonne observance de leur traitement.
- **16 Préparateurs** nous disent que grâce à la proximité le patient se sent rassuré et peut se confier à la personne qui lui fait face. En outre, plus de temps est accordé aux patients en pharmacie que chez le médecin. Certains soulignent le fait que le pharmacien est « au centre » de l'officine et donc qu'il est normal qu'il soit acteur de cette relation.

VII) Ouverture pour le futur

Lorsque l'on demande aux répondants s'ils aimeraient avoir bénéficié d'une formation ou aimeraient être formé sur ce point de la relation d'aide ;

- Les **étudiants** répondent « oui » à 96,6 %
- Les **pharmaciens** répondent « oui » à 91%
- Les **préparateurs** répondent « oui » à 77,8%

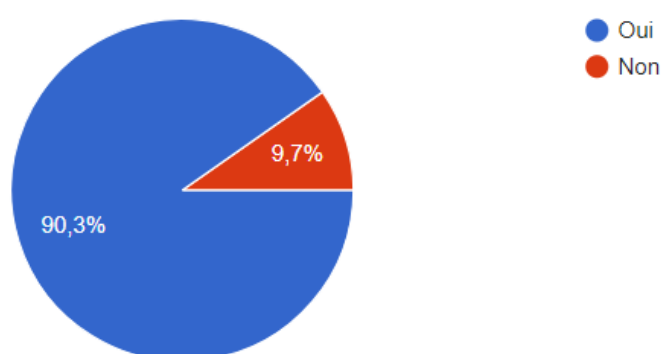
Tableau 17 : Formation à la relation d'aide

Qualité	Non réponse	Non	Oui	Total général
Etudiant		1	28	29
Pharmacien		8	81	89
Préparateur	1	5	21	27
Total général	1	14	130	145

Globalement, il y a donc 90,3% des répondants qui auraient aimé être sensibilisés à ces éléments ou aimeraient l'être.

Figure 8 : Formation à la relation d'aide

144 réponses



E – Discussion

I) Avantages et limites de l'étude

I.1 Avantages de l'étude

Cette étude réalisée essentiellement via les réseaux sociaux a permis aux répondants de pouvoir choisir le moment qui leur était le plus favorable afin de répondre aux questions de manière paisible et en pouvant y réfléchir sereinement. Quant aux personnes ayant répondu sur leur lieu de travail, elles ont pu partager sur les questions et confronter leurs opinions afin de faire évoluer leurs réponses. Ainsi les réponses obtenues ont été le fruit de leur expérience personnelle et collégiale.

L'emploi des réseaux sociaux a également permis d'ouvrir cette étude à un large panel, ne se restreignant pas à un seul type de population ou même à une seule localisation. On peut retrouver des gens exerçant dans tout type de cadre ; ville, campagne, centre commercial, zone paisible, zone difficile... Cela tend à mener les réponses et donc les résultats plus proches d'une réalité globale.

1.2 Limites de l'étude

La distribution du questionnaire fut essentiellement sur les réseaux sociaux. Le questionnaire n'était donc pas accessible pour les personnes n'utilisant pas les réseaux sociaux ou celles ne faisant pas partie des groupes dans lesquels le questionnaire a été publié. Des critères d'exclusions à l'étude non voulus ont par conséquent été créés. De plus, même si le questionnaire a été édité sur des pages réservées aux pharmaciens, la vérification de ce point n'est pas absolue et des biais peuvent donc apparaître.

De plus seule les personnes intéressées par le sujet y ont répondu ce qui peut donc influencer sur les réponses et donc les pourcentages obtenus à certaines d'entre elles.

II) Population de l'étude

Nous observons à travers les résultats que les moyennes d'âge obtenues des répondants *via* les réseaux sociaux est plus basse que celles obtenues par les répondants en direct. Cela laisse entendre que les répondants des réseaux sociaux ont fini leur formation depuis moins longtemps que les autres mais disposent de moins d'expérience que leur confrères.

Concernant le sexe des répondants, on remarque une large majorité de réponses provenant des femmes. En effet, seules 22 des 145 réponses provenaient d'hommes. On peut donc se demander si les femmes auraient une plus grande sensibilité quant à la relation d'aide que leurs homologues masculins. Une autre interrogation subsiste quant au fait de savoir si les femmes ne feraient pas preuve d'une plus grande présence sur les réseaux sociaux, ce qui induirait qu'un plus grand nombre d'entre elles aurait été en contact avec le questionnaire que les hommes.

Les lieux d'exercice sont tout aussi importants puisqu'ils peuvent influencer sur le nombre de patients par jour et, par incidence, sur le temps qu'il est possible de leur accorder. Nous remarquons que la prédominance des répondants tend vers l'urbanisme, c'est-à-dire que ces derniers occupent des officines de ville. En ville, on recense en général un grand nombre de patients par jour. Une minorité, exerçant dans des centres commerciaux qui induisent un très grand nombre de passages par jour et donc un temps plus limité à accorder aux patients.

III) Confidences et raisons de celles-ci

Portée des diverses confidences :

Globalement, la quasi-totalité des personnes participantes au questionnaire, a déjà reçu des confidences de la part de leur patient. Nous remarquons que ces confidences ne se limitent pas au simple fait de la santé. Très souvent, comme le démontre les résultats, les patients partagent une partie de leur vie avec les officinaux. 130 des répondants sur les 142 ont déjà eu des confidences relatives à la vie quotidienne de leurs patients.

Cela peut-être expliqué par le traitement qui en apprend déjà beaucoup au pharmacien et qui permet ainsi une entrée en matière. Mais cela reste surtout induit par d'autres caractéristiques permettant de mettre le patient en confiance et de lui montrer que celui qui lui fait face est bienveillant. Ces caractéristiques vont être présentées *infra*.

Éléments ayant permis les confidences :

Il est à noter que, peu importe la catégorie des répondants (étudiants, préparateurs, pharmaciens), les éléments cités sont relativement similaires. De nombreux éléments intéressants méritent d'être observés. L'élément le plus cité reste la proximité, puisque 123 personnes l'ont retenu sur les 145 qui ont répondu. Il ressort donc pour la majorité des participants que la proximité offerte par le maillage pharmaceutique est un atout indispensable à la bonne relation avec le patient. De plus, le fait d'être présent et disponible en offrant la possibilité d'être rencontré sans rendez-vous, permet au patient de se sentir rassuré et de l'amener vers un état de sérénité. Grâce à cela, le patient voit le pharmacien comme un professionnel de santé disponible en tout temps.

Le professionnalisme suit la proximité de près avec 118 citations sur 145. Ce terme assez vaste comprend l'image que le pharmacien renvoie au patient. Il est le garant de l'efficacité du pharmacien et de ses compétences. Il paraît donc normal de retrouver cet élément comme étant indispensable dans la création d'une bonne relation menant aux confidences des patients.

L'écoute ressort également dans les trois catégories. En effet, c'est en laissant le patient s'exprimer que les confidences deviennent possibles. Il demeure ainsi logique de retrouver l'écoute comme un élément important permettant la confiance. Cependant, comme a pu l'affirmer Margaux Phaneuf¹⁰⁷, cette écoute ne se résume pas à entendre les dires du patients

¹⁰⁷ Phaneuf, *La relation soignant-soigné*.

mais à se concentrer sur tous les éléments de son discours, y compris ses silences, postures, regards...

On constate toutefois une divergence entre les catégories. 12 pharmaciens et 7 préparateurs pensent que l'amitié permet les confidences des patients tandis que les étudiants ne citent pas ce critère. Ces résultats peuvent montrer la différence qu'il existe entre la théorie et la pratique. En effet, sur les bancs de la faculté, les étudiants se focalisent sur des éléments pharmacologiques, symptomatiques, pathologiques... Sans réellement s'attarder sur les patients en eux-mêmes et surtout sur leurs ressentis. En revanche, une fois dans l'exercice des fonctions de pharmacien, il peut y avoir, notamment avec l'expérience, des éléments nouveaux qui n'ont pas été appris à la faculté qui ressortent.

La confiance ressort également chez les pharmaciens et les préparateurs. Il est vrai qu'une confiance est généralement faite à des personnes ayant obtenu notre confiance. Cette confiance est plus facilement obtenue par un professionnel de santé, souvent considéré comme « savant » et étant soumis au secret professionnel. Cela induit chez le patient cette même sérénité dont nous avons parlé précédemment avec la proximité. Cette sérénité est de nature à mener le patient à se confier en toute confiance.

Dans ces deux mêmes catégories, nous retrouvons l'empathie. Cet élément très important regroupe lui-même plusieurs éléments. En effet, il permet, comme a pu le souligner Carl Rogers¹⁰⁸, de comprendre l'autre en utilisant ses filtres, sans perdre de vue que ce ne sont pas les nôtres. Ainsi, nous pouvons comprendre au plus près la situation du patient tout en gardant un esprit clair et non embué par les émotions de ce dernier. Cela reste tout de même très théorique puisque, nous le verrons dans la partie suivante, les soignants sont également dotés de sentiments pouvant les perturber.

En outre, les pharmaciens ont pu citer le non-jugement. Face à un regard accusateur ou encore face à des mots tranchants, un patient peut se sentir acculé et se refermer sur lui-même. Le non jugement permet donc au patient de s'exprimer sans la crainte.

Enfin, la disponibilité, se traduisant par le temps accordé par le pharmacien à son patient a été citée. Du fait de la surcharge de patientèle rencontrée par les médecins, on entend régulièrement de la bouche de patients que le temps est chronométré lorsqu'ils se rendent chez leur médecin (psychiatres compris). Ils insistent sur le fait qu'ils n'ont pas le temps de réellement s'exprimer sur leur pathologie ou leur ressenti vis-à-vis de celle-ci. Temps qui serait, selon les pharmaciens répondants, plus souvent accordé en officine et qui permet l'instauration d'un climat propice aux confidences des patients.

¹⁰⁸ Rogers C. (1961, 2002) *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. London : Constable.

IV) Confidences et troubles induits chez le soignant

Suite aux résultats obtenus, nous nous apercevons que la majorité des officinaux répondants a déjà été perturbée par des confidences faites par les patients. Cela regroupe près de 67% des répondants. Cela montre que nous sommes, nous aussi, soumis à nos propres sentiments, qui peuvent nous perturber et donc perturber la bonne relation avec les patients. Ces sentiments sont une part intégrante de notre personne qu'il ne faut pas tenter de réprimer mais plutôt de comprendre afin de pouvoir les utiliser à bon escient.

On retrouve majoritairement la « gêne » comme sentiment éprouvé par les répondants. En effet, 24 étudiants, 47 pharmaciens et 17 préparateurs, soit près de 61% des répondants y ont déjà été confrontés. Face à des confidences parfois désarçonnantes, nous pouvons nous sentir gêné. Gêné par une information que l'on n'attendait pas, par une situation déroutante, sortant de nos mœurs ou alors une situation en confrontation avec des convictions personnelles. Ce sentiment est susceptible de créer un malaise entre le soignant et le patient et peut nuire à la bonne relation existant entre les deux.

La « surprise » suit de près la gêne, avec 18 étudiants, 46 pharmaciens et 16 préparateurs, soit 55% des répondants, l'ayant déjà ressentie. La surprise peut être liée avec un grand nombre d'autres émotions. La surprise ressort quand on ne s'attendait pas à ce qui allait nous être dit. C'est un rebondissement qui peut s'exprimer de diverses manières, tant positives que négatives. Lorsqu'elle est associée à de la joie, une exclamation doublée d'un sourire, ou à d'autres éléments traduisant de la joie, elle peut montrer au patient que nous partageons un sentiment de bonheur avec lui et donc un moment chaleureux. Lorsque la surprise est associée à de la tristesse, l'exclamation peut être doublée d'une moue qui fera que le patient comprendra que nous partageons sa tristesse et se sentira soutenu. En revanche, si la surprise s'accompagne de la gêne, le patient pourra alors ressentir un jugement susceptible de dégrader la relation.

La « joie » intervient en troisième position chez les pharmaciens et préparateurs avec respectivement 26 et 14 citations. Chez les étudiants seuls 3 l'ont citée. Ce sentiment est porteur de force pour la relation avec le patient. En effet, il montre que la confiance qu'a osé faire le patient a été bien accueillie et que le soignant est heureux pour son patient. Cela induit une bienveillance chaleureuse qui, comme le soulignent Margaux Phaneuf¹⁰⁹ et Robinson¹¹⁰, est importante pour établir une bonne relation avec le patient.

¹⁰⁹ Phaneuf, *La relation soignant-soigné*.

¹¹⁰ Robinson, *Humor and the Health Professions*.

En outre, les réponses mettent en présence la « tristesse » pour 6 des étudiants, 7 des pharmaciens et 6 des préparateurs répondants. Ceux-ci ont été touchés par ce sentiment. La tristesse reflète le malheur, la tragédie, mais dans la construction d'une relation elle peut être bénéfique. En effet, si le patient constate que sa tristesse trouve une résonance en son interlocuteur, il se sentira écouté, compris et cela lui permettra de se sentir soutenu. C'est une émotion qui peut être très utile. Toutefois, il ne faut pas se laisser envahir par celle-ci sous peine de se laisser embrumer et de ne plus avoir les idées claires pour aider au mieux le patient.

Parmi les réponses, 8 étudiants, 14 pharmaciens et 5 préparateurs nous disent que lors des confidences faites par leur patients, ils n'ont démontré aucun intérêt ou autre pour ces dernières. L'indifférence peut être traduite comme un mode de protection employé par ces personnes. Ces tendances défensives seront abordées dans la partie suivante.

Cependant, il faut se montrer vigilant, car face au patient, le désintéressement vis-à-vis d'une confidence, et donc de l'attribution d'un bout de soi-même, peut bloquer ce dernier et clore une bonne relation.

La « colère » est présente dans 2 réponses d'étudiants, 13 réponses de pharmaciens et 7 réponses de préparateurs. Même si cette dernière peut montrer au patient que nous reconnaissons sa colère vis-à-vis d'un élément, il est rarement bon de se laisser emporter par celle-ci. Lors d'un emportement par la colère, les réactions ne sont plus toujours maîtrisées, tout comme les paroles proférées et la relation d'aide peut ainsi en être altérée. Par ce comportement, un professionnel de santé ne poussera pas le patient à avancer au-delà de sa colère et à redescendre à un état émotionnel plus bas, mais au contraire le confortera dans cet état qui est, le plus souvent, destructeur.

La « fierté » est invoquée par 3 pharmaciens. Elle est le symbole de la reconnaissance du patient envers son pharmacien et de la confiance qu'il lui accorde.

La compassion, la sympathie sont des sentiments également cités. Ces dernières montrent une bienveillance pour le patient, de la même manière qu'énoncé *supra* avec le sentiment de joie.

Enfin, l'empathie a été énoncée par 9 pharmaciens et 1 préparateur. L'empathie est ici citée comme étant un outil nécessaire à la bonne relation et est donc perçue comme un sentiment à part entière. Cela induit le fait de partager les émotions du patient tout en gardant de la distance.

V) Tendances défensives des soignants

A la question concernant la réflexion sur les tendances défensives de chacun, 51% de réponses négatives sont obtenues. Concernant l'autre partie du panel, nous pouvons nous demander si elle y avait réfléchi avant de lire la question sur le questionnaire, ou si elle y a réfléchi lors de la lecture du questionnaire. On constate une légère réflexion supplémentaire des pharmaciens puis des préparateurs sur la question, avec 52% des pharmaciens y ayant déjà réfléchi, contre 48% des préparateurs et 41% des étudiants. Cela peut peut-être s'expliquer par le nombre d'années au comptoir plus important pour le pharmacien et les préparateurs que pour les étudiants, et notamment le nombre de situations rencontrées.

Au vu des réponses apportées sur l'explication des tendances et mécanismes de défense, on ne peut que constater que la majorité des répondants ne sait pas comment les qualifier ni même les expliquer. Cela concerne également quelques personnes qui ont pu répondre « oui » à la question de la réflexion. Il y a tout de même des réponses indiquant des mécanismes existants tels que le déni, le détournement... Un flou semble tout de même être majoritaire concernant cet aspect.

VI) La relation d'aide

Lors de la demande d'explications concernant la relation d'aide, nous voyons que pour beaucoup, la notion demeure floue. Cela ne paraît pas aberrant puisque c'est une notion très large englobant un grand nombre d'éléments. Dans l'ensemble, de très bonnes réponses ont quand même été apportées, ce qui laisse supposer que les répondants sont soucieux de leurs patients et tendent au bien-être de ces derniers en parlant de soutien moral. Un étudiant et un pharmacien ont d'ailleurs donné une explication quasi parfaite de ce qu'est la relation d'aide. Il s'agit d'aider le patient en le soutenant face à ses difficultés et en lui permettant de trouver aussi bien la force que les solutions à ses problèmes, tout en restant dans le cadre de nos compétences.

Concernant les éléments nécessaires à cette relation, l'élément principalement cité par les trois catégories a été l'écoute. 14 étudiants, 34 pharmaciens et 10 préparateurs le mettent en avant. Cela nous laisse supposer que pour une bonne partie de ces personnes, il faut écouter attentivement le patient afin de pouvoir le soutenir au mieux et pour cibler les conseils qui seront donnés. Il convient tout de même de remarquer que cet élément n'a pas été unanime,

peut-être en raison de son oubli lors des réponses apportées. Il n'en demeure pas moins vrai que le fait d'écouter son patient n'est pas forcément évident pour tous.

En outre, la confiance a été citée par plusieurs des répondants appartenant aux trois groupes. La confiance est importante et nécessaire pour établir une bonne relation d'aide avec le patient. Cette confiance s'obtient avec divers autres éléments qui ont été cités comme la bienveillance, les connaissances ou encore le professionnalisme.

L'empathie a de nouveau été également citée. Alors qu'elle a été vue *supra* dans le cadre des sentiments ressentis, elle est ici réellement utilisée comme une technique permettant de créer un cadre propice à une relation productive. Tout comme la confiance, l'empathie est constituée de plusieurs éléments : bienveillance, distance émotionnelle, attention au patient, respect. On voit que ces éléments ont eu tendance à être plutôt cités dans le groupe des étudiants et des pharmaciens. Peut-être cela est-ce dû à la différence de la formation initiale.

La présence, la disponibilité a été un peu plus citée par les pharmaciens et les préparateurs que chez les étudiants, mais cela peut être lié à divers éléments comme le fait que cet élément de réponse se situe à la fin du questionnaire... Puisqu'au début de ce dernier, tous avaient déjà noté l'importance de la disponibilité et de la proximité dans l'établissement des confidences des patients. Pour bénéficier de confiance, il faut avoir créé une bonne relation avec son patient. Par extension de la question sur les confidences, on peut supposer qu'un grand nombre de personnes souligne l'importance de la disponibilité pour créer une bonne relation d'aide avec le patient.

Pour finir, on retrouve, dans le groupe des pharmaciens, certains éléments cités qui ne l'ont pas été chez les étudiants ou chez les préparateurs, par exemple l'humour. Cela dépend bien évidemment du caractère de chacun, mais comme énoncé dans la partie théorique, si cet humour est bien utilisé, il peut être d'une grande aide à la création d'une relation avec le patient. Il va aider le pharmacien à se rendre plus proche de son patient. Il faudra l'utiliser au bon moment, en ayant un bon discernement de la situation, comme le groupe des pharmaciens a pu l'énoncer.

VII) Place du pharmacien dans la relation d'aide

Sur les 142 réponses obtenues, 140 témoignent du fait que le pharmacien a toute sa place dans la relation d'aide. Seuls un pharmacien et un préparateur réfutent ce fait. Le préparateur estime pour sa part que toutes les personnes travaillant dans l'officine ont leur place dans cette

relation et pas seulement le pharmacien. En ce qui concerne le pharmacien réfractaire, la relation d'aide ne serait pas du ressort d'un pharmacien.

Ces réponses montrent tout de même la volonté des pharmaciens de s'investir envers leurs patients ainsi que leur volonté d'être un véritable soutien pour eux. Il est cependant certain, comme en témoignent les deux réponses négatives, qu'il ne faut pas perdre de vue nos faibles connaissances sur le côté psychologique et qu'il ne faut donc pas outrepasser nos fonction.

La réponse des étudiants à la question « *Pourquoi le pharmacien a-t-il sa place dans la relation d'aide ?* » est intéressante puisqu'elle montre que ces derniers sont déjà sensibilisés au fait que le métier de pharmacien ne consiste pas seulement à la dispensation des traitements indiqués sur une ordonnance. Ils sont conscients que tout un univers accompagne ce point central.

Les pharmaciens montrent également qu'ils veulent s'investir dans la qualité de vie de leur patient et semblent montrer leur conscience quant à leur importance dans cette relation. Il en est même pour les préparateurs qui donnent des raisons similaires.

VIII) Ouverture pour le futur

Les répondants n'ont cessé de démontrer leur intérêt sur une formation concernant la relation d'aide, ce qui est inducteur d'une volonté d'être toujours plus performants afin d'accompagner le patient au mieux et d'améliorer sa qualité de vie.

Il est tout de même remarqué que les préparateurs sont les moins enclins à vouloir se former sur ce point, peut-être parce qu'ils pensent l'être déjà suffisamment ou alors par manque de temps ou d'intérêt.

Dans le cadre des réponses sur cette question nous devons tout de même signaler le fait que la majorité des répondants était initialement intéressée par le thème du sujet puisque le questionnaire a été fait sur la base du volontariat. De ce fait, il serait intéressant de promouvoir la relation d'aide sur tout le territoire français et d'avoir le retour de tous concernant son utilisation et son utilité dans le métier officinal.

F – Conclusion

Avec cette enquête, on ne peut que conclure que les répondants montrent leur intérêt face à ce sujet. C'est ainsi que le métier de pharmacien ne se résume pas, pour le pharmacien, à délivrer des boîtes de médicaments, mais qu'il est le premier professionnel de santé en contact avec le patient. De ce fait l'accompagnement du patient est un point crucial. Que ce soit l'accompagnement d'un patient ayant une pathologie chronique, d'un patient venant se confier sur un élément quelconque le perturbant, d'une pathologie légère le stressant... Le pharmacien doit savoir s'adapter aux dires de son patient et l'accompagner au mieux.

Il a été exposé que les patients sont enclins à se confier à leur pharmacien, et ce, peu important la localisation de l'officine. Il faut donc que le pharmacien soit capable d'accueillir au mieux ces confidences. De cela découle l'importance de se connaître soi-même afin de pouvoir contrôler ses propres réactions. Grâce à cette étude, le constat est tel que lors des confidences faites par les patients, les pharmaciens sont pris par les émotions. Les connaissances de leurs propres mécanismes de défenses face à ces dernières restent floues. Il faut rappeler que seul 49% des répondants de cette étude avait déjà réfléchi à leurs mécanismes de défense. Cependant, y avoir réfléchi ne signifie pas les avoir identifiés. Nous ne pouvons qu'en déduire que nous ne disposons que d'une faible connaissance de nous-même, et c'est cette connaissance qu'il nous faut d'abord explorer afin de pouvoir rentrer dans une relation d'aide performante.

Cette étude sur la relation d'aide, relation qui est un élément plus connu des infirmiers et infirmières, a été établie dans le but de déterminer si cette relation était également connue des pharmaciens. Il en ressort que de la même manière que pour les mécanismes de défense, cette relation demeure floue aux yeux de la majorité des professionnels de santé. Ce, même si le point central, à savoir le soutien moral du patient est tout de même connu de ces derniers. Les éléments constituant la relation d'aide découlent de la logique et des connaissances des professionnels de santé tels que le pharmacien. De bons éléments ont pu être cités mais cela n'est pas majoritaire. Ainsi, même si cette relation d'aide est plus ou moins utilisée de façon intuitive, elle peut être améliorée avec de plus amples connaissances.

Face à la demande, la quasi-totalité des répondants semble intéressée par une formation complémentaire sur la relation d'aide, que ce soit une formation destinée à la faculté ou destinée aux professionnels en exercice. Nous percevons donc à quel point le métier de pharmacien évolue tout comme la médecine en général. A ce titre, on remarque la prise en compte des sentiments du patient dans le cadre de sa pathologie, de ses problèmes... qui

influenceront forcément l'observance aux traitements ou mesures hygiéno-diététiques nécessaires au bon rétablissement de ce dernier.

Par conséquent, le pharmacien détient toute sa place dans le cadre de la relation d'aide au patient. En effet, il est le professionnel de santé qui est le plus accessible et avec qui les patients présentent le moins de difficultés à se confier. Du fait de la suractivité des médecins qui rend l'écoute difficile, du maillage pharmaceutique et de la disponibilité accordée, le pharmacien offre une oreille plus attentive et un soutien dans le suivi de son patient. Bien entendu, du fait d'une formation insuffisante dans ce cadre, le pharmacien doit être conscient de ses limites et savoir réorienter le patient lorsque cela est nécessaire. Sur ce point, il faut souligner une fois encore les propos du psychologue américain Marchal Rosenberg ; « *lorsque nous écoutons, nous n'avons ni besoin de connaissances en psychologie, ni de formation en psychothérapie. L'important est de savoir être présent aux sentiments et aux besoins spécifiques que ressent un individu ici et maintenant* »¹¹¹. Ceci est la base de la relation d'aide qui permet au pharmacien d'offrir au patient un soutien moral face à ses difficultés, induisant une meilleure observance des patients sous traitement et augmentant la qualité de vie de tous ceux bénéficiant de cette relation.

Du fait de l'intérêt montré par grand nombre des répondants et de la place qu'occupe le pharmacien dans le système de soin, il serait intéressant de voir « la relation d'aide » intégrer le cursus de formation des études pharmaceutiques afin que tout ce qui est fait de manière plus ou moins intuitive devienne quelque chose de maîtrisé et d'optimisé.

¹¹¹ Rosenberg, *La communication non violente au quotidien*.

Bibliographie

- Alin, Christian, et Philippe Meirieu. *La geste formation gestes professionnels et analyse des pratiques*. Paris: L'Harmattan, 2010.
- Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie (s. d.). Consulté le 6 mars 2018.
- « BILLINGS J.A. & STOECKLE J.D. (1989): Clinical encounter. A guide to the medical interview and cases presentation. Year Book Medical Publishers, Chicago », s. d.
- Bonaiuto, Marino, et Fridanna Maricchiolo. *La comunicazione non verbale: [nuova edizione]*. Roma: Carocci, 2015.
- Bruchon-Schweitzer, Marilou, et Emilie Boujut. « Psychologie de la santé ». Dunod, 2016.
- Carillo, Claudine, et Xavier Ruault de la Tribonnière. *Être un soignant heureux: fluidifier les relations et apprivoiser les émotions*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2015.
- Chaboudez, Gisèle. « Pierre Fédida: Des bienfaits de la dépression ». *Figures de la psychanalyse* 8, n° 1 (2003): 144. <https://doi.org/10.3917/fp.008.0144>.
- Cohen, S, T Kamarck, et R Mermelstein. « A global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior, 24, 385-396. », 1983, Journal of Health and Social Behavior édition.
- Collett, Peter. *Ces gestes qui parlent pour nous: mieux comprendre l'autre à travers ses attitudes*. Paris: Lattès, 2006.
- COSTA, P.T, M.R SOMERFIELD, et R.R Mc Crae. « Personality and coping: a reconceptualization. In M. ZEIDNER et N.S. ENDLER (Eds.), Handbook of coping: Theory, research, applications, New York: Wiley, chap. 3, 44-61. » In *Handbook of coping: Theory, research, applications*, 44-61, 1996.
- Cousins, Norman, et Yves Coleman. *La Biologie de l'espoir: le rôle du moral dans la guérison*. Paris: Seuil, 1991.
- Daydé, Marie-Claude, et Société française d'accompagnement et de soins palliatifs. *Relation d'aide en soins infirmiers*, 2014.
- Delhez, Robert. « Les silences, les moments de malaise, les moments de détresse ». *Les cahiers internationaux de psychologie sociale* Numéro 83, n° 3 (2009): 111. <https://doi.org/10.3917/cips.083.0111>.
- Elias-Kawada, L, et J-F Romang. *L'Almanach: 364 préceptes pour la vie quotidienne*. InLibroVeritas. Vol. Volume 1, 2009.
- Fry, W. F. « The Physiologic Effects of Humor, Mirth, and Laughter ». *JAMA* 267, n° 13 (1 avril 1992): 1857-58.
- Isola, A., et P. Astedt-Kurki. « Humour as Experienced by Patients and Nurses in Aged Nursing in Finland ». *International Journal of Nursing Practice* 3, n° 1 (mars 1997): 29-33.
- Jarrett, N. J., et S. A. Payne. « Creating and Maintaining "optimism" in Cancer Care Communication ». *International Journal of Nursing Studies* 37, n° 1 (février 2000): 81-90.
- « JUNOD N., FAVRAT B. & VANNOTTI M. (2002): Patients en cabinet privé: quel choix? Forum Med Suisse Suppl. 8: 20 S. », s. d.
- Koleck, M., M. Bruchon-Schweitzer, et M.L. Bourgeois. « Stress et coping: un modèle intégratif en psychologie de la santé ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 161, n° 10 (décembre 2003): 809-15. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2003.10.005>.
- Kramer, Ueli. « Coping and Defence Mechanisms: What's the Difference?- Second Act ». *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 83, n° 2 (juin 2010): 207-21. <https://doi.org/10.1348/147608309X475989>.
- Larousse, Éditions. « Définitions: aide - Dictionnaire de français Larousse ». Consulté le 29 janvier 2018. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/aide/1840>.

- . « Définitions : empathie - Dictionnaire de français Larousse ». Consulté le 29 janvier 2018. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/empathie/28880>.
- . « Définitions : relation - Dictionnaire de français Larousse ». Consulté le 29 janvier 2018. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relation/67844>.
- Lawler, Jocelyn. *La face cachée des soins: soins au corps, intimité et pratique soignante*. Paris: Seli Arslan, 2009.
- Lazarus, et Folkman. « Stress, appraisal, and coping. », 1984b, New York Springer édition.
- Lazarus, Richard S. *Stress and Emotion: A New Synthesis*. New York: Springer Pub. Co., 2006. <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=435140>.
- Lazarus, Richard S., et Raymond Launier. « Stress-Related Transactions between Person and Environment ». In *Perspectives in Interactional Psychology*, édité par Lawrence A. Pervin et Michael Lewis, 287-327. Boston, MA: Springer US, 1978. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-3997-7_12.
- Levenson, Robert W., Paul Ekman, et Wallace V. Friesen. « Voluntary Facial Action Generates Emotion-Specific Autonomic Nervous System Activity ». *Psychophysiology* 27, n° 4 (juillet 1990): 363-84. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1990.tb02330.x>.
- « LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 38 | Legifrance ». Consulté le 6 mars 2018. https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_38.
- Manoukian, Alexandre, Anne Massebeuf, et Marie-Claude Daydé. *La relation soignant-soigné*. Rueil-Malmaison: Éditions Lamarre, 2014.
- McCabe, Catherine. « Nurse-Patient Communication: An Exploration of Patients' Experiences ». *Journal of Clinical Nursing* 13, n° 1 (janvier 2004): 41-49.
- McNeil, D. « Gesture: a psycholinguistic approach. University of Chicago. », 2007.
- Mehrabian, A., et S. R. Ferris. « Inference of Attitudes from Nonverbal Communication in Two Channels ». *Journal of Consulting Psychology* 31, n° 3 (juin 1967): 248-52.
- Moras, Laurent. *L'infirmier(e) en psychiatrie les grands principes du soin en psychiatrie*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson, 2012. <http://res.banq.qc.ca/login?url=http://www.biblioaccess.com/31/Catalog/Book//650904>.
- Narfin, R. « Les vertus des silences dans la relation de soins. La revue de l'infirmière Vol 61, N° 177. pp. 49-50 », 2012.
- Ordre des Pharmaciens. « Accueil pharmaceutique des patients sans ordonnance », 2013.
- Perry, J. Christopher, et Julien Daniel Guelfi. *Mécanismes de défense: principes et échelles d'évaluation*. Paris: Elsevier Masson, 2011.
- Phaneuf, Margot. *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Montréal: Chenelière/McGraw-Hill, 2002.
- . *La relation soignant-soigné: rencontre et accompagnement: vers l'utilisation thérapeutique de soi*. Montréal: Chenelière éducation, 2011.
- Prayez, Pascal, et Françoise Adiceom. *Distance professionnelle et qualité du soin*. Rueil-Malmaison: Ed. Lamarre, 2010.
- Rantucci, Melanie J. *Le dialogue pharmacien-patient*. Rueil-Malmaison: Éditions Pro-Officina, 2008.
- Richard, C., et U. Kramer. « Le silence comme outil thérapeutique dans la dépression : élaboration théorique basée sur une étude de cas. Journal de thérapie comportementale et cognitive, 23, 171-180. », 2013.
- Robinson, Vera M. *Humor and the Health Professions*. Thorofare, N.J.: C.B. Slack, 1991.
- Rogers C. (1961, 2002) *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. London : Constable., s. d.
- Rosenberg, Marshall B. *La communication non violente au quotidien*. Pratiques jeunesse. Genève-Bernex: Éditions Jouvence, 2003.
- Ruszniewski, Martine. *Face à la maladie grave: patients, familles, soignants*. Paris: Dunod, 2014.
- Sachs, O., et al. « A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation in: Language, vol.50, no 4, Part 1. », 1974.

- Saint-Arnaud, Yvon. *La guérison par le plaisir*. Montreal: Novalis, 2004.
- Salvador, Christine. *Accompagner la vie de ceux qui vont la quitter*, 2013.
<http://res.banq.qc.ca/login?url=http://www.biblioaccess.com/31/Catalog/Book/617341/617341>.
- Sheldon, L. M. « An Analysis of the Concept of Humour and Its Application to One Aspect of Children's Nursing ». *Journal of Advanced Nursing* 24, n° 6 (décembre 1996): 1175-83.
- « SMITH RC. & HOPPE R.B. (1991): The patient's story – a patient-centered approach. *Ann Intern Med* 115: 470-477. », s. d.
- Snowdon, A. « Humour and health promotion. *Health education journal*, 62 (2), 143-152. » 2003, 2003.
- Stealth, B. « Pharmacist Question-Asking in New Mexico community Pharmacies. *American Journal of Pharmaceutical education*. Vol 59, 1995. P 374-379. », s. d.
- Thornton, J., et A. White. « A Heideggerian Investigation into the Lived Experience of Humour by Nurses in an Intensive Care Unit ». *Intensive & Critical Care Nursing* 15, n° 5 (octobre 1999): 266-78. <https://doi.org/10.1054/iccn.1999.1448>.
- VOLLRATH, M, S TORGERSEN, et AL Nasr. « Personality as a long - term predictor of coping. *Personality and Individual Differences*, 18, 1, 117-125 », 1995.
- Walsh, Ken, et Inge Kowanko. « Nurses' and Patients' Perceptions of Dignity ». *International Journal of Nursing Practice* 8, n° 3 (juin 2002): 143-51.
- Warner, U. « The Serious Import of Humour in Health Visiting ». *Journal of Advanced Nursing* 9, n° 1 (janvier 1984): 83-87.

Annexe 1 : Expérience personnelle

Beaucoup de situations m'ont permis de voir que la relation d'aide était essentielle dans le cadre du métier de pharmacien. Mais une situation en particulier m'est restée en tête et me prouve que cela peut être plus que bénéfique pour le patient. Je souhaitais donc la partager dans le cadre de ce travail.

1^{ère} Rencontre :

Un jour, un patient se présente au comptoir avec une ordonnance établie par un psychiatre et prescrivant un anti-dépresseur ainsi qu'une benzodiazépine. Voyant cette association et la posologie, j'ai pensé qu'il s'agissait d'une instauration. J'ai donc demandé au patient si le traitement avait été bien expliqué par le médecin. Le patient est resté plus ou moins silencieux face à ma question. Dans un premier temps, j'ai été un peu décontenancé et hésitais quant au fait de savoir si je devais insister ou non. Voyant des larmes monter dans les yeux du patient, j'ai alors demandé à ce dernier s'il savait pourquoi le traitement lui avait été donné et ce qui allait en ressortir.

Voyant mon intérêt pour sa personne, le patient a commencé à s'ouvrir à moi. Il m'a alors déclaré avoir perdu son petit frère qui s'était suicidé deux mois auparavant, et qu'il avait également perdu son travail du fait de son manque de motivation provenant des conséquences de cet événement. Suite à cela, il a effectué un séjour de deux mois à l'hôpital et venait d'en sortir.

Ses propos ont eu l'effet d'un choc, d'abord surpris par un lâcher prise quasi-total du patient, puis stupéfait par de telles confidences, je suis d'abord rentré dans une phase de silence. Cela m'a permis de digérer les informations qui venaient de m'être apportées et de ne pas réagir « à vif ». J'ai bien sûr tout de suite légitimé l'émotion que ressentait le patient, en lui montrant qu'il s'agissait en effet d'une lourde situation. Puis, je lui ai démontré que le traitement qui lui était apporté serait un très bon soutien, qu'il lui permettrait de pouvoir continuer et même rebondir.

Nous avons poursuivi la conversation et je me suis rendu compte que le patient s'en voulait, il ressentait une grande culpabilité sans réussir à le dire lui-même. Une fois que j'ai analysé et synthétisé ses dires en reformulant ses propos, il a fait preuve d'une sorte de soulagement, comme s'il montrait que le fait d'avoir été écouté et compris l'avait délesté d'un poids.

Voyant que le patient était redescendu à un stade émotionnel moins élevé, j'en ai profité pour bien lui expliquer son traitement, notamment en mettant l'accent sur les bénéfices pouvant

être apportés par celui-ci, afin d'assurer la bonne observance. Ainsi c'est terminé notre première rencontre.

2^{ème} Rencontre :

Trois semaines plus tard, le patient s'est de nouveau présenté à l'officine. Plusieurs personnes étaient disponibles dans l'officine pour servir les patients, mais le patient a souhaité attendre pour être servi par moi. Je me suis alors dit que c'était une bonne chose car un début de relation de confiance avait été instauré lors de notre précédente entrevue.

Comme la précédente rencontre, j'ai évidemment commencé par sourire au patient, mais non pas avec un sourire habituel, plutôt celui qui traduit une reconnaissance du patient et de son histoire, afin de lui faire comprendre que je me souvenais assurément de lui et de son histoire. J'ai donc demandé machinalement s'il allait bien. Face à un hochement de tête peu convaincant, je me suis enquis de savoir s'il ressentait une différence, voire une amélioration grâce au traitement. Le patient m'a alors avoué qu'il venait de vivre une nouvelle situation difficile. En effet, il venait de se séparer de sa copine avec qui il était depuis plusieurs années. Cette dernière ne supportant plus son état dépressif.

Le patient a avoué qu'il ne sortait plus et restait cloîtré chez ses parents puisqu'il avait dû quitter l'appartement commun qu'il occupait avec sa concubine.

Une fois encore, j'ai fait preuve d'empathie. J'éprouvais de la satisfaction quant au fait que le patient réussisse à se libérer et me fasse confiance, mais j'étais confronté à sa détresse, ce qui me mettait mal à l'aise. Après une phase de silence, qui n'a pas duré plus de 3 ou 4 secondes, mais qui m'a parue très longue, j'ai repris la parole en légitimant à nouveau les émotions du patient. Par réflexe, j'ai parlé de son traitement, en explicitant qu'eu égard à la durée de la prise, à savoir les trois semaines jusqu'à présent, l'effet de l'antidépresseur allait commencer à se ressentir et cela l'aiderait à tenir.

J'ai alors tenté d'amener le patient à parler de choses qui le relaxent et qui lui permettent de se vider la tête. Il m'a parlé de sport, notamment de vélo. Voyant que cette activité pouvait être bénéfique pour lui, je lui ai demandé s'il n'avait pas envie de refaire un peu de cyclisme. Il m'a avoué qu'il ne voulait pas car ce serait « une perte de temps » et qu'il devait retrouver un travail, mais n'avait pas la motivation pour en chercher. Je l'ai rassuré tout en déclarant qu'il était normal pour lui de prendre un peu de temps afin de se remettre d'émotions aussi fortes, puis je lui ai proposé d'allier les deux éléments; cyclisme et travail. Un léger sourire s'est dépeint sur son visage lorsqu'il m'annonça avoir déjà effectué des livraisons en vélo par le passé et que cela lui avait fait du bien.

Ce jour-là, j'ai eu la sensation que le patient est reparti avec un pas moins lourd et la satisfaction d'avoir pu l'aider à trouver un nouvel objectif qu'il se sentait capable d'atteindre.

3^{ème} Rencontre :

Je fus surpris de revoir le patient après seulement 3 jours. Il revenait non pas pour reprendre son traitement mais juste pour m'annoncer qu'il avait trouvé un travail de livreur à vélo.

Je fus content pour lui, en lui disant que c'était une très bonne nouvelle et que cela allait l'aider à repartir du bon pied. Voyant que le patient était moins « lourd » qu'habituellement, et voyant que le fait de parler le soulageait, j'ai tenté de lui demander s'il avait eu l'intervention d'un psychologue à l'hôpital pour l'aider dans ces moments difficiles. J'ai posé cette question car je sais que dans ce genre de situation très complexe, le pharmacien n'a pas forcément les connaissances requises pour gérer. Il m'a donc semblé important de voir si un spécialiste accompagnait également le patient. Le patient a répondu par l'affirmative en ajoutant qu'il continuait d'aller le voir mais qu'il n'avait pas l'impression de pouvoir lui parler quand il voulait. Leurs rencontres étaient, selon lui, programmées et chronométrées. Je lui ai conseillé de continuer à aller le voir malgré tout, afin d'être accompagné au mieux.

Cette rencontre n'a pas duré plus de 7 minutes.

4^{ème} rencontre :

Le patient est revenu à l'officine trois semaines après pour son traitement. Lorsqu'il me vit il sembla comme « rassuré ». L'équipe m'avait déjà informé qu'il était passé auparavant pour que je le serve, mais je ne travaillais pas à ce moment-là.

Une fois les politesses échangées, le patient s'empressa de me dire qu'il avait obtenu trois entretiens d'embauche. Il me fit part de ses craintes de ne pas être à la hauteur. J'ai tenté de le rassurer en lui disant qu'il fallait qu'il y aille « détendu » afin de vendre au mieux ses qualités. Je lui ai dit que puisqu'il l'avait déjà fait auparavant et que cela s'était bien passé, c'est donc qu'il en avait les capacités. De plus, j'ai souligné le fait que la perte de son précédent emploi n'était pas liée à ses compétences mais à une situation complexe. Cela a eu l'air de le reconforter.

Comme à l'accoutumée, le patient me remercia avant de quitter l'officine.

5^{ème} rencontre :

Ce n'est que trois mois plus tard que je revis le patient. Il avait l'air de nouveau abattu, je me suis donc demandé ce qu'il s'était passé.

Après l'avoir interrogé, il a tout de suite confessé sa tristesse et sa situation. Depuis notre dernière rencontre, il avait été pris à deux de ses entretiens et était parti à Lyon pour un CDD, puis à Paris pour un CDI. Malheureusement, il a été renvoyé de ce dernier car il essayait de renouer avec son ex-concubine et prenait de trop grandes pauses pour l'appeler.

Il se sentait au plus mal après avoir été rejeté par son ex-concubine, avec la sensation d'avoir perdu son emploi à cause d'une « erreur de débutant ». Il m'annonça avoir quand même deux nouveaux entretiens d'embauche dans les jours à venir mais qu'il ne se sentait pas d'y aller puisqu'il n'avait pas fait l'affaire à Paris... J'ai tout de suite répondu que ce n'était pas ses capacités qui avaient été mises en cause lors de son renvoi.

A ce moment-là, j'ai immédiatement ressenti qu'il fallait absolument lui démontrer qu'il regorgeait de capacités afin d'affronter sa situation. C'est donc ce que je me suis employé de faire en soulignant tous les éléments positifs qu'il m'avait raconté au fur et à mesure de nos rencontres.

Une fois son traitement dispensé et revu avec lui, tant notamment sur son efficacité ou sur les effets indésirables, le patient est reparti en me remerciant à nouveau et me disant que le fait de savoir qu'il pouvait trouver une oreille à la pharmacie lui était d'une grande aide.

Cela fait donc maintenant 3 mois que je n'ai pas revu ce patient.

2. COMPORTEMENT : LES CLÉS DU DIALOGUE

MÉTHODE :

La prise en charge doit être organisée et structurée dans sa globalité. Plusieurs méthodes la permettent. Différents temps identifiables composent cet accompagnement. Le respect de la démarche A.C.R.O.P.O.L.E. proposée ci-dessous permettra une approche complète et sécurisée, d'une prise en compte réfléchie et d'une réponse optimale aux attentes des requérants.

ACCUEILLIR

Se rendre entièrement disponible pour prendre en charge son interlocuteur est une exigence prioritaire. Confortée par un sourire, la prise de contact doit être agréable, chaleureuse et professionnelle. Le port obligatoire du badge (Art. L. 5125-29 du CSP) permet l'identification de la fonction exercée. Des postes d'accueil dégagés, agencés pour respecter une confidentialité optimale, doivent permettre un échange ouvert et constructif.

A C

COLLECTER

Bien appréhender l'objet de l'entretien nécessite de laisser au demandeur le temps de s'exprimer. Le recueil des informations apportées permet au professionnel d'approcher les motifs de la requête. L'écoute doit être attentive. Le comportement sera empathique, empreint de tact, entre neutralité et compassion.

NOTA BENE

La démarche ACROPOLE est un tout divisible. Il revient au professionnel d'adapter son comportement à l'attitude de son interlocuteur, en appliquant avec souplesse tout ou partie de cette méthode. L'objectif primordial est d'assurer avec compétence une prise en charge effective.

RECHERCHER

- Compléter les demandes exposées est indispensable. Deux types d'interrogations successives et complémentaires s'imposent :
 - **Les questions ouvertes** : Elles sont formulées pour permettre une large expression, afin d'obtenir le plus d'informations possible en un minimum de questions en prenant en compte le contexte du patient. **Ex** : « Que vous arrive-t-il ? », « Comment l'expliquez-vous ? »...
 - **Les questions fermées** : Par leur réponse affirmative ou négative, elles permettent de compléter et préciser les informations recueillies pour affiner le conseil pharmaceutique. **Ex** : « Est-ce bien pour vous ? », « Êtes-vous allergique ? », « Prenez-vous d'autres médicaments ? »...

- Compléter les informations recueillies par la consultation de l'historique déjà présent ou issu du Dossier Pharmaceutique optimise la démarche.

R O

ORDONNER

Remettre en ordre les déclarations permet de s'assurer que rien n'a été omis. La reformulation concise des propos concrétise la demande. Son approbation par l'interlocuteur est indispensable.

Ex : « Pour résumer, vous souffrez d'un mal de gorge depuis hier, associé à une toux sèche gênante, surtout la nuit. Vous n'avez pas de fièvre et ne prenez pas d'autres médicaments. »



PRÉCONISER

L'analyse de l'ensemble des informations collectées permet une évaluation qui détermine la conduite à tenir selon l'alternative soit d'une prise en charge à l'officine (réconfort, recommandations comportementales, réponse médicamenteuse ...), soit d'une orientation extérieure. L'intervention pharmaceutique ainsi décidée fait l'objet du chapitre 3 « Requêtes-patients ».

P O

OPTIMISER

Expliquer les raisons de la décision prise pour favoriser l'adhésion au traitement préconisé en s'assurant d'être bien compris.

Associer les conseils hygiéno-diététiques pour en renforcer l'efficacité.



LIBELLER

Développer un plan de prise permet le cas échéant de préciser les modalités d'administration du traitement préconisé (inscription de la posologie sur la boîte, quantités maximales par prise et par jour, délai et moment des prises, mise en garde, effets indésirables, associations déconseillées...).

Le pharmacien est encouragé à rédiger une fiche REPO (Résumé Ecrit des Préconisations Officinales), à remettre à l'interlocuteur, qui formalise l'ensemble des recommandations apportées. Cette fiche doit systématiquement comporter les coordonnées de l'officine et l'identité du destinataire. Elle ne doit en aucun cas se substituer à une prescription médicale, ni en prendre sa présentation.

L E

ENTÉRINER

La finalisation de la démarche entreprise nécessite les actions de conclusion suivantes :

- **S'assurer de la compréhension et de l'absence de questions du patient** : Il est indispensable de laisser la possibilité au patient de s'exprimer sur ce qui a été expliqué par l'intervenant. Un questionnaire simple permettra de s'en assurer : « Mes explications ont-elles été assez claires ? » ou « Avez-vous d'autres questions à me poser ? »
- **Ouvrir sur une autre demande** : Pour faciliter la réponse à d'éventuels besoins complémentaires : « Désirez-vous autre chose ? » ou « Avez-vous besoin d'autre chose ? »
- **Prendre congé** : La signification respectueuse du terme de l'entretien doit transmettre l'intérêt porté et permettre une éventuelle suite à donner : « N'hésitez pas à venir me voir si besoin », « Je reste à votre disposition en cas de besoin » ou « Tenez-moi informé ».

Annexe 3 : Questionnaire

Voici un questionnaire visant à réunir quelques informations pour la réalisation d'une thèse sur la relation d'aide aux patients du pharmacien. Il s'agirait donc de savoir si cette dernière est connue et utilisée dans la pratique du métier de pharmacien.

Questionnaire rempli : en direct ☐ via Facebook ☐

Age :

Sexe :

Qualité : Etudiant ☐ Pharmacien ☐ Préparateur ☐

Officine de ville ☐ Officine de quartier ☐

Officine en centre commercial ☐ Officine rurale ☐

1) Selon vous, les patients sont-ils enclins à se confier à vous ?

Oui ☐ Non ☐ (Dans ce cas passez directement à la question 6)

2) Si oui, sur quel type de sujet ? (Les deux choix sont possibles)

Vie Quotidienne ☐ Santé ☐

3) Quels éléments ont permis ces confidences ?

Proximité ☐ Professionnalisme ☐ Amitié ☐

Autre :

4) Avez-vous déjà été perturbé par ces confidences ?

Oui

☐

Non

☐

5) Quels sentiments avez-vous ressenti ?

Surprise

☐

Crainte

☐☐

Colère

☐

Gêne

☐

Indifférence

☐

Joie

Autre :

6) Avez-vous déjà pris conscience de vos « tendances » défensives et réfléchi sur comment les maîtriser ?

Oui

☐

Non

☐

7) Connaissez-vous les différents modes de défense existants ? Pourriez-vous en citer ?

8) Qu'est-ce que la relation d'aide pour vous ?

9) Quels éléments sont pour vous la base d'une bonne relation d'aide au patient ?

10) Pensez-vous que le pharmacien a un rôle à jouer dans ce type de relation ?

Oui ☐

Non ☐

Pourquoi ?

11) Aimeriez-vous ou auriez-vous aimé être sensibilisé à ces éléments lors de votre formation ?

Oui ☐

Non ☐

N° d'identification :

TITRE

La relation d'aide au patient en Officine

Thèse soutenue le Vendredi 06 juillet 2018

Par TALEB Mehdi

RESUME :

Le patient étant doté de sentiments et n'étant donc pas seulement un état symptomatique à traiter, il est important pour le pharmacien d'officine de savoir comment apprivoiser ce dernier afin d'effectuer au mieux son rôle de professionnel de santé.

En effet, on retrouve avec la loi Hôpital Patient Santé et Territoire de 2009, une reconnaissance du pharmacien comme étant un acteur important de la santé publique. Dans ce travail, nous retrouvons donc un élément primordial permettant la réalisation de ces missions d'accompagnement du patient.

La relation d'aide est un des leviers existant afin de comprendre et d'adapter son discours en fonction du patient qui fait face. Ainsi, en comprenant et en s'adaptant au patient, le discours et les conseils fournis par le professionnel de santé sont plus aisément acceptés et entendus par le patient.

Dans l'étude menée sur la relation d'aide en officine, un questionnaire délivré aux professionnels a mis en évidence que certains critères tels que l'écoute, l'empathie, la bienveillance... sont essentiels afin de mettre en pratique cette relation.

Il en ressort également que cette dernière est méconnue de beaucoup et que son utilisation n'est donc qu'intuitive et non contrôlée.

Un grand nombre des répondants, 90,3%, montre cependant sa volonté d'en connaître plus à ce propos afin de pouvoir la maîtriser et l'employer au quotidien.

MOTS CLES : Pharmacien, Relation, Aide, Officine

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
Madame NDIAYE Ndeye Coumba Maitre de conférences	Université de Lorraine	Expérimentale ☒ Bibliographique ☒ Thème 6

Thèmes

1 – Sciences fondamentales
3 – Médicament
5 - Biologie

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

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : Vendredi 06 juillet 2018

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE présenté par : TALEB MEHDI <u>Sujet</u> : La Relation d'Aide au Patient en Officine <u>Jury</u> : Président : Mme. Brigitte LEININGER-MULLER, Professeur Directeur : Mme. Ndeye Coumba NDIAYE, Maître de Conférences Juges : Mme Halima HACHEMI, Pharmacien Mme Prisca LAHALLE, Pharmacien	Vu, Nancy, le 6.06.2018 Le Président du Jury Directeur de Thèse Mme. LEININGER-MULLER Mme. NDIAYE Ndeye Brigitte Coumba  
Vu et approuvé, Nancy, le 7.06.2018 Doyen de la Faculté de Pharmacie de l'Université de Lorraine,  Prancine BAULUS 	Vu, Nancy, le Le Président de l'Université de Lorraine,  Pierre MUTZENHARDT N° d'enregistrement : 10333