

UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

ANNEE : 2019

THESES 2019/TOU3/2042

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Par

GLIZE Thibaud

**Une approche en sciences humaines
du conseil officinal**

Le 1^{er} juillet 2019

Directeur de thèse : Dr CAZALBOU Sophie

JURY

Président : Dr CAZALBOU Sophie

1^{er} assesseur : Dr DUPRE-GOUDABLE Catherine

2^{ème} assesseur : Dr LIS Stéphanie

PERSONNEL ENSEIGNANT
de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} janvier 2019

Professeurs Emérites

M. BENOIST H.	Immunologie
M. BERNADOU J.	Chimie Thérapeutique
M. CAMPISTRON G.	Physiologie
M. CHAVANT L.	Mycologie
M. MOULIS C.	Pharmacognosie
M. ROUGE P.	Biologie Cellulaire
M. SALLES B.	Toxicologie
M. SIE P.	Hématologie

Professeurs des Universités

Hospitolo-Universitaires

Mme AYYOUB M.	Immunologie
M. CHATELUT E.	Pharmacologie
Mme DE MAS MANSAT V.	Hématologie
M. FAVRE G.	Biochimie
Mme GANDIA P.	Pharmacologie
M. PARINI A.	Physiologie
M. PASQUIER C. (Doyen)	Bactériologie - Virologie
Mme ROQUES C.	Bactériologie - Virologie
Mme ROUSSIN A.	Pharmacologie
Mme SALLERIN B.	Pharmacie Clinique
M. VALENTIN A.	Parasitologie

Universitaires

Mme BARRE A.	Biologie
Mme BAZIARD G.	Chimie pharmaceutique
Mme BERNARDES-GÉNISSON V.	Chimie thérapeutique
Mme BOUTET E.	Toxicologie - Sémiologie
Mme COUDERC B.	Biochimie
M. CUSSAC D. (Vice-Doyen)	Physiologie
M. FABRE N.	Pharmacognosie
M. GAIRIN J-E.	Pharmacologie
Mme GIROD-FULLANA S.	Pharmacie Galénique
Mme MULLER-STAUMONT C.	Toxicologie - Sémiologie
Mme NEPVEU F.	Chimie analytique
M. SEGUI B.	Biologie Cellulaire
Mme SIXOU S.	Biochimie
M. SOUCHARD J-P.	Chimie analytique
Mme TABOULET F.	Droit Pharmaceutique
M. VERHAEGHE P.	Chimie Thérapeutique

Maîtres de Conférences des Universités

Hospitalo-Universitaires

M. CESTAC P. (*)	Pharmacie Clinique
Mme JUILLARD-CONDAT B.	Droit Pharmaceutique
M. PUISSET F.	Pharmacie Clinique
Mme ROUZAUD-LABORDE C.	Pharmacie Clinique
Mme SERONIE-VIVIEN S (*)	Biochimie
Mme THOMAS F. (*)	Pharmacologie

Universitaires

Mme ARELLANO C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme AUTHIER H.	Parasitologie
M. BERGE M. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme BON C.	Biophysique
M. BOUJILA J. (*)	Chimie analytique
M. BROUILLET F.	Pharmacie Galénique
Mme CABOU C.	Physiologie
Mme CAZALBOU S. (*)	Pharmacie Galénique
Mme CHAPUY-REGAUD S.	Bactériologie - Virologie
Mme COLACIOS C.	Immunologie
Mme COSTE A. (*)	Parasitologie
M. DELCOURT N.	Biochimie
Mme DERA EVE C.	Chimie Thérapeutique
Mme ECHINARD-DOUIN V.	Physiologie
Mme EL GARAH F.	Chimie Pharmaceutique
Mme EL HAGE S.	Chimie Pharmaceutique
Mme FALLONE F.	Toxicologie
Mme FERNANDEZ-VIDAL A.	Toxicologie
Mme HALOVA-LAJOIE B.	Chimie Pharmaceutique
Mme JOUANJUS E.	Pharmacologie
Mme LAJOIE-MAZENC I.	Biochimie
Mme LEFEVRE L.	Physiologie
Mme LE LAMER A-C.	Pharmacognosie
M. LEMARIE A.	Biochimie
M. MARTI G.	Pharmacognosie
Mme MIREY G. (*)	Toxicologie
Mme MONFERRAN S.	Biochimie
M. Olichon A.	Biochimie
Mme REYBIER-VUATTOUX K. (*)	Chimie Analytique
M. SAINTE-MARIE Y.	Physiologie
M. STIGLIANI J-L.	Chimie Pharmaceutique
M. SUDOR J. (*)	Chimie Analytique
Mme TERRISSE A-D.	Hématologie
Mme TOURRETTE-DIALLO A. (*)	Pharmacie Galénique
Mme VANSTEELANDT M.	Pharmacognosie
Mme WHITE-KONING M. (*)	Mathématiques

(*) Titulaire de l'habilitation à diriger des recherches (HDR)

Enseignants non titulaires

Assistants Hospitalo-Universitaires

Mme LARGEAUD L.	Immunologie
M. MOUMENI A.	Biochimie
M. METSU D.	Pharmacologie
Mme PALUDETTO M.N.	Chimie thérapeutique
M. PAGES A.	Pharmacie Clinique
Mme SALABERT A.S	Biophysique

Assistant Associé des Universités

Mme MARTINI H	Physiologie
---------------	-------------

Remerciements

Je remercie chaleureusement,

Ma directrice de thèse et présidente du jury, le docteur Sophie Cazalbou, pour l'enthousiasme dont elle a fait preuve, son soutien constant et la liberté qu'elle m'a accordée. Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en présidant le jury de cette thèse.

Les membres du jury,

Le docteur Catherine Dupre-Goudable, pour son aide essentielle et la curiosité qu'elle a suscitée en moi concernant l'interrogation éthique dans nos pratiques. Je vous remercie pour le temps que vous m'avez consacré. Merci au professeur Jacques Lagarrigue, votre binôme fonctionne parfaitement et vos missions sont nobles.

Le docteur Stéphanie Lis, pour m'avoir fait l'honneur de participer à mon jury de thèse.

A ma famille, sans votre présence je ne serais sans doute pas celui que je suis aujourd'hui. A mes parents, pour leur amour difficile à décrire avec des mots et leur soutien hier, aujourd'hui et demain.

A Anne, sans toi je serais loin d'avoir écrit ma thèse et d'avoir commencé à écrire ma vie.

A mes amis, sans qui les études auraient semblé bien mornes. A Jean et Christelle, Zblex ! Et plus sérieusement, pour l'intérêt donné, les moments de détente et la vision alternative que votre amitié m'offre sur le fonctionnement de nos métiers. A Romain, élément déclencheur et catalyseur de ce travail, à nos bons moments. Aux autres, trop nombreux pour en faire le tour, merci pour tout.

Aux équipes officinales que j'ai pu côtoyer, les deux pharmacies des Pyrénées, la pharmacie Tolosane et la pharmacie de la Marqueille. A l'importance de la transmission des savoirs officinaux, que je souhaite effectuer un jour à mon tour, merci de m'avoir donné la passion d'un métier et la passion de l'autre.

Table des matières

Avant-propos	9
Introduction	10
I. Le conseil officinal comme service pharmaceutique et son utilité	12
A. Les rôles du pharmacien d'officine	12
1. Les patients, les clients ou les usagers	12
2. Les rôles du pharmacien	12
3. L'automédication et la médication officinale	14
B. Le conseil à l'officine	15
1. La nature du conseil officinal	15
2. La fonction du conseil : les différences entre information et conseil	16
3. Le monde officinal	17
C. Les objectifs du conseil officinal	18
1. Les objectifs cliniques	19
2. Les objectifs humanistes	19
3. Les objectifs économiques	20
4. Les objectifs visant le style de vie	21
5. Les objectifs sur les connaissances	21
D. Les pistes d'améliorations possibles	21
1. La perception par les pharmaciens	22
2. La perception par les patients	28
3. Récapitulatifs	31
E. Conclusion	33
II. Les apports de la psychologie sociale au dialogue patient-pharmacien	36
A. Les théories de la communication	37
1. Les relations humaines	37
2. La communication	46

3.	Les croyances et les comportements de santé.....	62
B.	La méthodologie du conseil officinal	68
1.	Les tâches transversales	68
2.	Les étapes du conseil officinal.....	72
C.	Quelques propositions de différentes adaptations	80
1.	Les généralités	80
2.	Les différentes adaptations au patient.....	84
3.	Les adaptations aux conditions	91
D.	Les autres formes de communication à l'officine	94
1.	Avec d'autres interlocuteurs	94
2.	Que penser d'internet ?	96
3.	Les différents moyens de communication	98
E.	Conclusion.....	99
III.	La réflexion éthique dans le quotidien du conseil officinal	102
A.	Pourquoi l'éthique ?.....	102
1.	Définitions des notions d'éthique, de morale et de déontologie.....	103
2.	L'éthique dans le soin.....	104
3.	L'éthique à l'officine	104
B.	Quelques repères éthiques.....	106
1.	Au sujet de l'éthique	107
2.	L'humain.....	112
C.	Les cas pratiques	117
1.	La méthode d'analyse	118
2.	Cas éthiques.....	118
D.	Conclusion partie III.....	131
	Conclusion.....	133
	Bibliographie.....	137

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Différence entre conseil et information	17
Tableau 2 : Récapitulatif des améliorations possible du conseil officinal par les pharmaciens.....	31
Tableau 3 : Récapitulatif des améliorations possibles du conseil officinal par les patients.....	33
Tableau 4 : Différents types de modèles	38
Tableau 5 : Différences entre modèles analogiques.....	40
Tableau 6 : Récapitulatif pour les principaux modèles théoriques.....	45

Liste des figures

Figure 1 : Modèle iconique de la relation patient-pharmacien	38
--	----

Avant-propos

Durant mes études de pharmacie, j'ai travaillé en officine depuis la quatrième année et les stages m'ont particulièrement intéressé. Puis, j'ai exercé un an et demi et j'ai ensuite exclusivement consacré ces six derniers mois à la préparation de ma thèse. Fort de ces expériences de la pratique officinale, j'ai souhaité orienter mon sujet sur le conseil officinal qui occupe la plupart du temps d'un étudiant travaillant en officine.

La majorité des thèses sur ce sujet portent sur un conseil en particulier, mais aucune à ma connaissance ne s'intéresse à une approche théorique et globale du conseil. Ce constat m'a amené à étudier en premier lieu l'analyse de différentes publications portant sur le conseil à l'officine. C'est alors que mon sujet a pris sa première orientation : quel est l'impact du conseil à l'officine pour les patients ? Un pharmacien d'officine est-il vraiment utile ou peut-il être remplacé par n'importe quel autre professionnel, voire un robot ?

C'est en compilant les différentes revues et publications que j'ai commencé à percevoir des lacunes qui pouvaient exister dans l'exercice officinal ainsi que l'importance des nouvelles missions de santé publique. Dès lors, mon sujet s'est orienté vers un domaine qui m'intéresse particulièrement et qui était un des points faibles du conseil à l'officine : la communication.

Je me suis familiarisé avec des concepts qui m'apparaissaient abstraits, comme le consentement éclairé ou le respect de la dignité de la personne. Ayant ensuite été invité à participer à un café éthique à la faculté de pharmacie, j'ai pris conscience que l'éthique pourrait apporter des éclaircissements sur certaines de ces questions.

Je remercie les nombreuses personnes qui par leurs discussions m'ont aidé à mieux cerner mon sujet, pour aboutir à ce mémoire de thèse. L'intitulé découle de ma motivation à aborder le conseil officinal sous un nouvel angle et de l'orienter vers les sciences humaines par des aspects de psychologie sociale et de philosophie morale

Introduction

Le conseil en pharmacie d'officine représente un des rôles fondamentaux du pharmacien de ville. Avec l'évolution des pratiques et des connaissances médicales, ce rôle de service cognitif prend une place de plus en plus importante dans l'exercice pharmaceutique. Cela découle de l'évolution des règles qui encadrent le médicament, et de l'accessibilité de plus en plus grande des informations de santé aux patients. Les pharmaciens d'officine disposent désormais, avec la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires de 2009, d'un rôle de premier recours et d'orientation en matière de santé et de promoteur de santé publique. L'évolution de leurs rôles les amène à avoir de plus en plus une activité de conseil au sens large auprès des patients. Ce constat pousse à s'interroger sur l'efficacité du conseil officinal, ses objectifs et les possibles pistes d'amélioration.

Le conseil officinal nécessite en premier lieu une bonne connaissance scientifique afin de mieux orienter les patients. Toutefois, il est essentiel de s'intéresser à la pratique communicationnelle en officine, car c'est elle qui véhicule les conseils que délivrent les pharmaciens d'officine. La formation actuelle des pharmaciens officinaux en communication est faible, nous avons donc étudié les apports de la psychologie sociale sur ce sujet. La communication fait appel à des compétences intellectuelles et émotionnelles, c'est pourquoi, dans ce manuscrit nous exposons les différentes techniques et théories de la communication applicables à l'officine. Nous analysons les différents types de relations qui peuvent exister entre le patient et le pharmacien, ainsi que les différents aspects de la communication verbale et non verbale. Nous abordons également la façon dont les croyances et les perceptions sont construites à la fois chez le patient et chez le pharmacien d'officine. Les objectifs sont d'aboutir à une communication efficace entre le pharmacien et le patient, et d'exposer différents concepts comme l'approche centrée sur le patient ou encore l'approche Calgary-Cambridge adaptées à l'officine.

L'interaction croissante du pharmacien d'officine et des patients ainsi que les nouvelles missions qui lui incombent, lui apporte de nouvelles responsabilités. Ces nouvelles responsabilités mettent les pharmaciens d'officine face à des choix. Nous avons étudié ces choix sous l'angle de leurs enjeux éthiques. Un sujet qui est également peu traité en officine, concerne la pratique éthique dans l'exercice officinal quotidien. Ce manuscrit expose différents concepts de l'éthique et propose de les appliquer à des situations plus concrètes présentes à l'officine.

A travers ce manuscrit, nous allons étudier les apports possibles des sciences humaines à la pratique officinale, et plus spécifiquement au conseil. L'objectif général du manuscrit est de faire un état des lieux des connaissances sur le sujet.

PARTIE I :
LE CONSEIL OFFICINAL
COMME SERVICE PHARMACEUTIQUE
ET SON UTILITE

I. Le conseil officinal comme service pharmaceutique et son utilité

Afin de bien comprendre le conseil officinal nous allons en premier lieu en faire une description. Elle comprend sa définition, législative et sémiologique, ainsi que son contexte, dans le but d'obtenir des indications sur le conseil aujourd'hui et son évolution.

En second lieu, après avoir bien compris ce qu'était le conseil officinal, nous en faisons une analyse. Tout d'abord on s'intéresse à sa potentielle utilité pour savoir ce qu'il permet. L'étude de ses faiblesses, ses contraintes et ses facilitateurs à travers les perceptions des patients et des pharmaciens permettent ensuite l'identification des différents leviers qui peuvent être utilisés pour améliorer son impact.

A. Les rôles du pharmacien d'officine

1. Les patients, les clients ou les usagers

Le conseil officinal est formulé à destination d'une personne. On observe différents termes utilisés dans la pratique courante ou la littérature pour désigner cette personne. Elle est appelée patient, client ou encore usager. Le patient est la personne définie comme malade et qui nécessite des soins. Le client s'installe dans une relation marchande et s'adresse plutôt à un vendeur. L'usager est le terme le plus usuel aujourd'hui dans la législation en matière de santé ; dénomination qui me semble trop normative et impersonnelle.

Ainsi, je vais tout au long de ma thèse privilégier le terme de patient dans tous les cas où cela est possible. Comme nous le verrons dans la partie II, l'important n'est pas de savoir comment le professionnel de santé, le vendeur ou le législateur nomme la personne ayant un besoin de santé mais d'arriver à identifier la façon dont la personne se perçoit pour mieux répondre à ses attentes. Le rôle du pharmacien d'officine est d'identifier le besoin de chaque personne et d'y répondre. Pour illustrer mon propos, une personne avec un diabète, de l'hypertension et ayant subi deux infarctus du myocarde peut venir en simple client dans une officine et un discours trop orienté sur l'aspect soignant peut le mettre mal à l'aise, voire le rendre agressif. Et au contraire, une personne sans antécédent qui a une rhinorrhée peut avoir besoin de se faire considérer comme un patient et nécessitera toute la sollicitude du pharmacien. Dans le cas contraire, le patient peut se sentir mal pris en charge et cela a un impact sur son observance ou sa représentation des professionnels de santé qui entraîneront, à court, moyen ou long terme, des effets néfastes sur sa santé.

2. Les rôles du pharmacien

Avant d'aborder directement la définition du conseil officinal il est important de comprendre les rôles du pharmacien d'officine. Ce sont des missions qui ont évolué pour s'adapter aux nombreux changements qu'a connu le monde médical ces

dernières décennies. En effet les avancés scientifiques majeures ont révolutionné notre conception de la santé et du soin. Avec, entre autres, l'apparition de la méthode scientifique, la microbiologie et aujourd'hui la génétique mais également un soucis plus important pour la réflexion éthique ou la psychologie (1).

Mais avant ces évolutions le pharmacien d'officine existait déjà. Ses rôles les plus anciens sont décrits dans l'article L5125-1 du code la santé publique : « On entend par officine l'établissement affecté à la **dispensation au détail des médicaments, produits et objets** mentionnés à l'article L. 4211-1 et, dans les conditions définies par décret, de médicaments expérimentaux ou auxiliaires ainsi qu'à **l'exécution des préparations magistrales ou officinales** ». Les rôles fondamentaux du pharmacien d'officine sont donc au nombre de deux : la dispensation des médicaments ou produits définis sur une liste et l'exécution des préparations officinales et magistrales (2,3).

Ces deux rôles initiaux ont été enrichis en 2009 avec la loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires, dite HPST. Cette loi ajoute à la fourniture de produits de santé, des actes purement intellectuels. Le pharmacien d'officine est défini dans cette loi comme le premier recours en matière de soins en ville, il prend part à la coopération interprofessionnelle, assure des permanences de soins. Il devient un promoteur de santé publique, participe à l'éducation thérapeutique du patient et peut fournir des conseils et prestations destinées à favoriser la santé (4). Avec ce texte, le terme de conseil est associé au pharmacien d'officine. Le conseil officinal a donc une existence juridique et fait partie des devoirs du pharmacien. Cette évolution fait suite à la demande des patients mais certains de ces rôles étaient déjà réalisés de manière informelle par les pharmaciens avant que le cadre législatif soit posé. Différentes structures ont été créées pour accompagner et guider le pharmacien dans l'adaptation de son conseil (5).

Cette loi fait écho, en France, à une tendance internationale d'évolution des rôles du pharmacien (6). On observe par exemple la création des « Healthy Leaving Pharmacies » au Royaume-Uni, ou bien la possibilité pour le pharmacien de devenir prescripteur en Australie ou au Canada (7,8). Il joue un rôle de plus en plus intellectuel pour répondre aux attentes des patients (9). Il semble que les pharmaciens d'officine en France auront encore de nouveaux rôles à l'avenir qui impliqueront de plus en plus de discussions et de consultations (3,10). Pour les réaliser, il aura accès à des données cliniques et biologiques précises qu'il se devra d'être à même d'analyser pour prendre ses décisions (1).

Comme vu précédemment, initialement le pharmacien d'officine avait deux rôles, l'exécution de préparations et la dispensation de médicaments. La confection de préparations à l'officine a fortement diminué avec l'avènement d'un système constitué des laboratoires pharmaceutiques et des grossistes-répartiteurs. Ce système permet un approvisionnement efficace de médicaments à la qualité contrôlée sur tout le maillage officinal. Il a permis une diminution des coûts et du temps de préparation d'une ordonnance ou d'un traitement donné, tout en augmentant la qualité et la

sécurité des médicaments vendus en officine. En parallèle, on observe une augmentation des normes de qualité et de sécurité d'exécution des préparations comme décrit dans les Bonnes Pratiques de Préparations (11). Ceci entraîne la nécessité de posséder des équipements onéreux et rend plus complexe la gestion d'un préparatoire en officine. Ainsi, avec une baisse du nombre de préparations réalisées et une augmentation de la complexité et des coûts liés à leurs productions, la plupart des officines ont laissé la confection des préparations à des officines spécialisées (12,13,3).

Avec la raréfaction de l'exécution de préparations, la dispensation de médicament reste le seul acte pharmaceutique encore fortement actif, aujourd'hui elle représente toujours une grande partie de son quotidien. Elle a été définie dans un travail sur les bonnes pratiques de dispensation comme un processus composé de trois étapes :

- l'*analyse pharmaceutique* qui permet la vérification des posologies, des doses, des durées de traitement, du mode et des rythmes d'administration, de l'absence de contre-indications, d'interactions et de redondances médicamenteuses,
- la *délivrance* des médicaments conformément à la réglementation dont ils relèvent (quantité de médicaments délivrés, enregistrement des entrées et des sorties...),
- le *conseil officinal* qui vise à améliorer la compréhension et l'adhésion du patient à son traitement. Mais le conseil officinal peut revêtir bien des formes (12,14,15) que nous allons décrire dans la partie suivante.

3. L'automédication et la médication officinale

L'automédication est définie par le Conseil de l'Ordre des médecins comme :

« L'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments, considérés comme tels et ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché, avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens. »

Dans le parcours de soin si le patient choisit l'automédication, alors il se retrouve dans une situation où le seul interlocuteur sera le pharmacien d'officine.

L'automédication est un phénomène récent qui a tendance à s'amplifier si on se base sur la situation actuelle dans des pays l'ayant également promu. Elle permet une prise en charge plus rapide des patients pour des pathologies bénignes et permet des économies de santé. Ceci combiné, nous montre que le pharmacien est de manière plus fréquente le seul professionnel de santé entre le médicament et le patient.

Il est à noter qu'il arrive qu'on différencie l'automédication et la médication officinale. L'automédication représente alors l'acte où le patient choisit lui-même ses traitements sans demander de conseils au pharmacien, ni sur ses médicaments ni sur la pathologie dont il est atteint. La médication officinale correspond à la situation où le

patient vient spontanément à l'officine mais sans avoir une idée de sa pathologie et/ou des traitements qui seraient les plus adaptés au rétablissement de son état de santé. Pour ce qui concerne le conseil officinal, il est applicable dans les deux cas de figure puisqu'en France la délivrance de médicaments est un acte qui fait partie du monopole pharmaceutique.

a) Le conseil renforcé

Dans le code de la santé publique on trouve cette situation :

« Lorsque la délivrance ne nécessite pas d'ordonnance, la vigilance du pharmacien doit être accrue. Il supporte seul la responsabilité de la prise en charge du patient. Son devoir de conseil renforcé nécessite de déduire de l'entretien avec le patient les renseignements indispensables à la prise de décision. Le moindre doute sur la légitimité de la demande du patient doit déclencher un refus de délivrance et une recommandation de consultation médicale. » (art. R. 4235-48 du code de la santé publique)(16)

C'est une situation qui devient de plus en plus courante pour le pharmacien d'officine. C'est une situation de haute responsabilité qui met le pharmacien devant la nécessité d'effectuer des prises de décision clinique. Pour pouvoir proposer la ou les meilleures solutions de santé au patient, le code de la santé publique, insiste sur l'importance de l'obtention de renseignements indispensables (16). Il est également abordé deux devoirs essentiels du pharmacien lors du conseil officinal : le **refus de délivrance** et l'orientation du patient **vers une consultation médicale**.

Le conseil de l'ordre des pharmaciens a proposé, en mai 2013, des recommandations pour l'accueil pharmaceutique des patients sans ordonnance. Les recommandations se divisent en quatre parties :

- les mesures générales en amont,
- le comportement : les clés du dialogue,
- les requêtes du patient,
- les actions thérapeutiques complémentaires d'initiative pharmaceutique.

Un site internet a été créé dans le but d'exposer ces recommandations de façon plus interactive aux pharmaciens d'officine (17). Ces points sont abordés plus en détails dans la partie II.

B. Le conseil à l'officine

1. La nature du conseil officinal

Le conseil officinal est un processus complexe entre le patient et le pharmacien. Il ne possède pas de définition propre, on trouve différentes propositions dans la littérature (18). Les chercheurs font généralement référence au fait de donner une indication ou de prodiguer une information. Le contenu du conseil est variable. Il est

influencé par le type de demande, le type de médicaments, le type de prescription, le temps qu'on lui alloue, les attentes du patient, la perception du rôle de pharmacien par le patient, la sensibilisation du patient à la nécessité pour le pharmacien de poser des questions et sa volonté d'y répondre, les différences de perceptions entre le pharmacien et le patient sur les objectifs de santé (18).

a) Les différentes formes du conseil

Le conseil officinal ne désigne pas seulement l'échange entre le pharmacien et le patient lors de la dispensation de médicament. Avec l'expansion des rôles du pharmacien, le conseil officinal peut avoir lieu lors de multiples situations où le patient interagit avec son pharmacien, par exemple, lors de l'éducation thérapeutique qui peut être menée par le pharmacien, lors de l'analyse d'un bilan biologique, l'identification de champignons, de partage d'inquiétude sur une pathologie chronique. Il existe de nombreuses inquiétudes du patient pour sa santé, il peut aller chercher l'information sur internet ou différents médias. Cette information peut parfois être difficile à comprendre ou être noyée. A partir de toutes ces considérations le pharmacien disposant de son bagage scientifique et humain doit accompagner le patient. On a pu voir des scandales ces dernières années sur le changement de formule du Lévothyrox®, sur les impuretés du valsartan ou encore sur les inquiétudes soulevées par la vaccination.

On peut donc considérer que toute demande adressée au pharmacien d'officine n'aboutit pas systématiquement à la délivrance d'un médicament ou d'un produit de santé. Ainsi, on comprend que le conseil officinal est un sujet extrêmement vaste adoptant diverses formes.

2. La fonction du conseil : les différences entre information et conseil

Dans l'art. R4235-48 du code de la santé publique, on trouve cette définition de l'acte pharmaceutique : « Acte pharmaceutique : le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :

- l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe,
- la préparation éventuelle des doses à administrer,
- la **mise à disposition des informations et les conseils** nécessaires au bon usage du médicament. » (15).

Le conseil officinal est ici associé à l'information pharmaceutique. Ce sont deux notions proches mais avec des différences de fonds notables. L'encyclopédie Larousse définit l'information avec trois composantes. C'est une action, l'action de porter à la connaissance, donner un renseignement ou précision que l'on donne. Elle s'adresse à quelqu'un ou un groupe plus ou moins large. Elle peut être sous forme d'images, de sons, de textes ou de discours (19). On peut remarquer que l'information est indépendante de la ou des personnes vers laquelle elle s'oriente, elle ne requiert

ni leurs avis, ni ne nécessite leur adhésion au transfert de cette donnée (20). L'information est abstraite et générale.

Le conseil est défini dans l'encyclopédie Larousse comme un avis, une indication qui est donnée à quelqu'un par quelqu'un dans le but de diriger sa manière d'agir. Le conseil se rapproche de concepts comme l'incitation et la recommandation (21). Il est nécessaire qu'il y ait une interaction entre deux personnes et il a un objectif, une volonté d'orienter et de diriger. Il est personnalisé, ne se dirige que vers la personne à qui il est délivré et possède une part de subjectivité. La difficulté que le conseil peut rencontrer c'est qu'il sous-entend une adhésion et une confiance de celui qui demande conseil et qu'il ne peut pas être imposé.

Tableau 1 : Différence entre conseil et information

Conseil	Information
Subjectif	Objective
Personnalisé	Générale
Interaction	Sens unique
Volonté d'orienter	Descriptive

3. Le monde officinal

a) Le paysage officinal

Le conseil officinal prend évidemment place en officine ; ce qui impose une description du paysage officinal en France. Aujourd'hui, le monde officinal est un réseau présent sur tout le territoire français. Les pharmacies d'officine étaient au 1 janvier 2018, 21.192 réparties de façon cohérente avec la densité de la population. Le contrôle de l'installation et du transfert des officines par les autorités permet d'avoir une continuité territoriale en matière d'accès aux officines. En effet, 33,4% des officines se situent dans des communes de moins de 5000 habitants. C'est un véritable réseau de proximité sur tout le territoire justifiant le rôle de premier recours du pharmacien d'officine (22).

Avec les nouveaux rôles dévolus au pharmacien, il doit non seulement, de plus en plus user de conseil dans sa pratique quotidienne mais sa charge de travail quotidienne augmente également puisqu'il devient le service de soin de premiers

recours et un promoteur de santé publique. Une des grandes forces des officines est non seulement leur répartition harmonieuse sur le territoire, mais également leur accessibilité. Les officines ont des horaires d'ouvertures larges et on peut accéder aux conseils d'un pharmacien sans rendez-vous. Les pharmaciens d'officine ont également une relation souvent privilégiée avec les patients souffrant d'une maladie chronique qui viennent chercher leurs traitements *a minima* une fois par mois.

En 2012 lors des « Rencontres Prescrire », Michel Buchmann, alors pharmacien d'officine et président de l'*International Pharmaceutical Federation*, a fait une présentation sur la possible collaboration entre pharmacien d'officine et médecin généraliste (23). Il présente une réalité qui doit nous faire repenser la place du pharmacien dans le système de santé. Il affirme que deux tiers des patients présentant des soucis de santé à un moment donné ne vont pas consulter de médecin. Selon son expérience et les rencontres qu'il a pu faire, il imagine qu'une partie plus ou moins grande de ces patients consulte un pharmacien (23). Ceci est un phénomène à prendre en compte, certains patients ne voient comme seul professionnel de santé, des pharmaciens, il faut donc tout particulièrement être à l'écoute dans ce cas.

a) Les acteurs du conseil

Le conseil officinal est effectué par deux types de professionnels de santé les pharmaciens qui sont des cadres de santé et les préparateurs en pharmacie qui sont des techniciens de santé. Il est à noter qu'une délivrance ne peut légalement se faire que sous le contrôle d'un pharmacien, je parlerai donc de conseil du pharmacien ou de discussion entre le pharmacien et le patient. Ce raccourci ne coïncide pas exactement avec les faits puisque dans des pharmacies le contrôle n'est pas systématique, notamment pour les préparatrices expérimentées, mais se fait plutôt sur la demande. Dans certains cas, le pharmacien peut et doit lui-même demander conseil aux préparateurs. Car en cas de doute, il vaut mieux prendre une décision collégiale que d'assumer un risque pour la sécurité du patient.

C. Les objectifs du conseil officinal

Le conseil à l'officine vise plusieurs objectifs que l'on peut regrouper en cinq catégories (24) :

- les objectifs cliniques tels la baisse de la tension artérielle ou de la glycémie, l'amélioration des fonctions respiratoires,
- les objectifs subjectifs tels l'amélioration de la qualité de vie, la satisfaction du patient,
- les objectifs économiques tels qu'éviter des surcoûts, l'efficacité des soins,
- les objectifs visant le style de vie tels qu'effectuer une activité physique, le rééquilibrage alimentaire, la cessation du tabac et de l'alcool,
- les objectifs sur les connaissances tels la compréhension du médicament ou de la maladie.

1. Les objectifs cliniques

Le conseil officinal permet d'améliorer l'observance du patient, ses résultats biologiques et son état de santé (3,10,24,25).

Selon l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament, une erreur médicamenteuse est l'omission ou la réalisation d'un acte non intentionnel impliquant un médicament durant le processus de soins. Elle peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient. Cela peut être le fait de confondre deux médicaments, l'administration d'une dose trop importante ou encore se tromper de voie d'administration du médicament. Le conseil officinal prévient la survenue d'erreur médicamenteuse et permet de réduire la morbidité et la mortalité liés aux médicaments (10,24,25).

2. Les objectifs humanistes

Comment mesurer l'impact du conseil sur la santé des patients à l'officine ? Cette question soulève en effet une problématique. Tout d'abord, le pharmacien n'a aujourd'hui que très peu accès à des données objectives sur la santé de ses patients. Il n'est pas prescripteur d'actes médicaux et ne peut donc prendre ses décisions en toute objectivité. Il peut avoir quelques informations sur les médicaments pris lorsque le patient ne pratique pas le nomadisme officinal ou a ouvert un dossier pharmaceutique et accepte de fournir sa carte vitale pour un conseil en pharmacie. Ce qui aujourd'hui n'est absolument pas dans les pratiques de consommation de soins des français.

Le pharmacien doit faire appel à des notions subjectives pour apprécier l'efficacité de son conseil. C'est également le type d'indice que l'on retrouve dans les études visant le conseil officinal. On demande au patient d'évaluer l'amélioration de sa qualité de vie. Ceci est souvent le reflet de la diminution en fréquence et/ou en intensité des symptômes (26,27).

a) La qualité de vie

Elle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1994 comme : « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement* » (28). Elle comprend quatre composantes : le bien-être somatique, le bonheur physique et psychologique et le statut social.

La qualité de vie est une notion qui réunit les concepts de bonheur, de satisfaction, de bien-être et de santé. C'est l'association de facteurs objectifs et

subjectifs, l'idée qu'a le patient de son propre état est essentielle à l'évaluation de la qualité de vie. Une idée reçue et qui vient spontanément est qu'une qualité de vie maximale est en relation directe avec un niveau optimal de fonctionnement. Cela n'est pas du tout vérifié dans la réalité, ainsi un patient avec une colostomie peut tout à fait juger avoir une meilleure qualité de vie qu'un patient avec une rhinopharyngite. La qualité de vie n'apparaît ainsi pas comme un relevé objectif de valeurs à un instant donné de la vie du patient, mais une notion plus globale qui comprend ses expériences et son parcours de vie (29).

b) Amélioration de la qualité de vie

Pour juger de l'utilité du pharmacien d'officine dans sa mission quotidienne de conseiller de santé, il faut interroger sa capacité à améliorer la qualité de vie du patient. Selon une étude de 2015, qui évalue l'amélioration de la qualité de vie des patients après le passage en pharmacie d'officine, chez le médecin généraliste ou dans un service d'urgence, le taux de résolution perçu par les patients semble être supérieur en pharmacie d'officine (27). Deux paramètres provoquent un biais : les pathologies traitées uniquement en officine sont généralement moins graves et le temps d'attente et de consultation sont également réduits. Toutefois, l'amélioration de la qualité de vie est une valeur subjective ce qui limite l'impact de ces deux biais. A la suite de cette prise en charge, la satisfaction des patients est également perçue comme bonne. Il semble également que si le patient a jugé que la communication s'est bien déroulée avec le pharmacien d'officine, il est plus satisfait et diminue le risque de consultation ultérieure (27).

Selon une étude de 2017, l'impact des pharmacies d'officine sur la qualité de vie des patients au Portugal est important car elle augmente significativement. Cela se traduit par une utilisation moins intense des services de santé, comme les rendez-vous chez le médecin ou les hospitalisations (10).

3. Les objectifs économiques

Grâce aux nouveaux services proposés en pharmacie d'officine qui sont autant préventifs que curatifs, les pharmaciens permettent des économies substantielles à la société. L'étude menée au Portugal en 2017 a démontré que l'impact économique des pharmaciens d'officine s'élève à 25% des dépenses totales. Soit environ 150 millions d'euros d'économie sur un an, répartis entre les surcoûts engendrés par l'absence de prévention et les consultations d'un médecin évitées si cela n'est pas nécessaire (10).

Les erreurs médicamenteuses ont un coût élevé pour la société, car une pathologie « simple » peut à la suite d'une erreur médicamenteuse engendrer une prise en charge complexe et onéreuse. Les pharmaciens ont démontré qu'ils avaient un impact positif sur leur survenue (30). Lorsque le conseil officinal est bien mené on observe une diminution des erreurs médicamenteuses, qui peuvent être faites par le pharmacien, la personne qui administre le traitement ou le patient. La dépense selon

une étude de 2012 est réduite d'environ 50% grâce à l'intervention du pharmacien d'officine, et chez les personnes âgées l'économie est encore plus conséquente (25).

4. Les objectifs visant le style de vie

Le pharmacien a un rôle de promoteur de santé, son rôle est donc de promouvoir les comportements de santé sains et de limiter les conduites à risque qu'adoptent les patients. Cela inclut l'arrêt du tabac, la valorisation de l'activité physique, la promotion d'une alimentation saine et équilibrée, l'adoption de comportement sexuel sain, l'échange de seringues utilisées par les usagers de stupéfiants injectables... Les avantages de la pharmacie d'officine dans ce domaine sont ses horaires d'ouvertures larges, l'accessibilité sans prise de rendez-vous et la proximité de l'officine (10,30,31). Le conseil vise aussi le bon usage des médicaments par les patients (10,12,30).

5. Les objectifs sur les connaissances

Le moment du conseil à l'officine est perçu comme étant également un moment d'éducation. En effet, il ne se résume pas seulement à la transmission d'informations mais il est essentiel d'expliquer les raisons de prendre un traitement. Un patient éduqué sur ses traitements et sa pathologie gagne en autonomie. Ce rôle fait partie des nouvelles missions avec les entretiens pharmaceutiques et l'éducation thérapeutique (10,12).

D. Les pistes d'améliorations possibles

Il est aujourd'hui connu que le conseil possède de nombreux avantages à destination du patient et de la société. Néanmoins l'étude de son impact montre que le conseil à l'officine tel qu'il est effectué est sous optimal (18). Il est nécessaire d'identifier les facteurs pouvant favoriser un conseil performant, afin d'en limiter les faiblesses. Ces facteurs sont multiples et touchent divers aspects du travail du pharmacien à l'officine. Dans cette partie, nous analysons en premier les perceptions du conseil que peuvent avoir les patients et les pharmaciens. Puis, nous faisons un état de l'art sur les facteurs influençant un bon conseil officinal.

A la pharmacie on rencontre trois acteurs qui vont à la fois être perçus et percevoir. Ces trois acteurs sont la pharmacie en elle-même du point de vue de son fonctionnement et son organisation, le personnel de la pharmacie qui le plus souvent dans les études publiées se résume aux pharmaciens et le patient. S'intéresser à leurs perceptions a pour objectif d'identifier les facteurs facilitateurs ou faisant obstacle à l'amélioration de la qualité de vie (30).

Il n'est pas besoin d'expliquer le but que vise l'amélioration de la qualité de vie en matière de santé du patient. En revanche, l'amélioration de la qualité de vie au travail du pharmacien peut poser des interrogations. Comme nous le verrons plus tard, la façon dont le pharmacien perçoit son travail a des répercussions sur les résultats

de santé du patient. C'est pour cette raison que dans cette partie nous nous intéressons aux perceptions des patients et des pharmaciens.

1. La perception par les pharmaciens

Afin de mieux connaître la façon dont les pharmaciens perçoivent leur métier et les différentes barrières et facteurs facilitateurs à un bon conseil, quatre enquêtes sur les pratiques quotidiennes des pharmaciens d'officine et leur capacité à donner des conseils ont été sélectionnées (7,31–33). Ces différents facteurs ont pu être corroborés dans plusieurs études et revues spécifiques qui sont alors référencées dans les paragraphes correspondants.

En analysant les différents facteurs évoqués par les pharmaciens, on remarque qu'il est possible de les regrouper en quatre catégories, ceux concernant : les pharmaciens, les patients, leurs interactions, l'organisation de l'officine. Ils sont résumés dans le tableau 2.

a) Les facteurs individuels : en rapport avec les pharmaciens

(1) La perception de leur rôle

Tout d'abord, il y a la façon dont les pharmaciens d'officine perçoivent eux-mêmes leur rôle. La plupart d'entre eux pensent que la promotion de la santé publique est essentielle, et que l'officine est un lieu adapté pour la pratiquer. Néanmoins certains pensent que ce rôle ne leur revient pas ou s'attachent plus au rôle traditionnel du pharmacien (approvisionnement et délivrance de médicaments). Ils sont également plus à l'aise si la demande concerne le médicament spécifiquement car ils préfèrent ne pas aborder l'éducation sur la pathologie et les règles hygiéno-diététiques.

(2) Les compétences et la confiance en soi

Les pharmaciens d'officine peuvent en premier lieu manquer de compétences scientifiques pour prodiguer un bon conseil. En effet, la formation continue semble négligeable, environ 13h par an par pharmacien, comparée à la masse d'informations et de mises à jour des recommandations qui devraient être apprises chaque année. La mise à jour de ces connaissances est donc faite en fonction du degré d'implication de chacun. Mais la charge de travail à l'officine augmente et ne laisse plus le temps de se former sur son lieu de travail. Ainsi, une majorité de connaissances est apprise via des réseaux non certifiés, ou « sur le tas ». L'implication que le pharmacien met dans sa formation personnelle dépend aussi de son éthique personnelle. Ainsi, une étude sur les médicaments sans prescription obligatoire chez les nourrissons et les jeunes enfants, montre que les pharmaciens font des conseils qui sont en dehors des recommandations actuelles. Cette étude est d'autant plus alarmante qu'elle concerne une population fragile et vulnérable (34).

Les pharmaciens à l'officine ne se sentent pas toujours légitimes pour effectuer leur travail. Il peut leur paraître délicat d'aborder des questions de poids ou d'alcool au comptoir (30). Cette inquiétude relève de deux faits : premièrement, les compétences du pharmacien peuvent être imprécises sur certains sujets, deuxièmement, les pharmaciens ne sont pas formés à la communication. Il y a aussi l'aspect du double rôle du pharmacien, professionnel de santé et commerçant, qui peut créer de la réticence (3,30,33,35).

De nombreuses études ont montré l'impact positif sur le niveau de compétence et la légitimité du pharmacien de formation continue plus intensive et personnalisée (24,36).

b) Les facteurs liés aux patients

(1) La méta-perception des pharmaciens

L'inquiétude des pharmaciens porte sur l'image que les patients ont d'eux. Le concept de méta-perception représente la perception qu'un individu a quant à la perception d'un autre individu à son sujet. C'est donc ce que les pharmaciens pensent que les patients pensent d'eux. C'est semblable à la façon dont vous imaginez l'image qu'a de vous un de vos amis ; si vous pensez que cet ami vous trouve d'agréable compagnie, vous aurez plus de chance d'accepter une invitation de sa part. Avec les pharmaciens et les patients la situation est similaire, si le pharmacien pense que le patient trouve que les questions qu'il doit poser sont indiscrètes pour le patient, il risque de ne pas les poser.

Selon ces études, une partie des pharmaciens considèrent que les patients ont une mauvaise compréhension du rôle du pharmacien, et que l'environnement de commerce de vente au détail n'encourage pas à penser le pharmacien comme un professionnel de santé à part entière. Les pharmaciens semblent également penser que le patient ne souhaite pas être dérangé et recherche avant tout un service rapide.

(2) L'ambivalence Santé/Vente

Les pharmaciens sont peu à l'aise avec l'association de ces deux rôles ; car travaillant dans un commerce, il est important de ne pas brusquer le patient/client. Toutefois, il semble qu'une attitude professionnelle a tendance à amoindrir l'impact du rôle commercial du pharmacien sur la relation qu'il entretient avec le patient (3).

(3) La catégorisation des patients

Les pharmaciens d'officine comme les autres professionnels de santé peuvent aussi avoir tendance à catégoriser les patients. Ainsi, les patients sont définis par leur type. Le pharmacien sait à qui il peut parler et à qui il ne peut pas. Ces stéréotypes sont des raccourcis mentaux pour permettre au pharmacien de servir plus efficacement les patients. Cela résulte des rencontres passées, mais le pharmacien

doit se méfier des préjugés qui ont tendance à cristalliser la relation qui existe entre lui et le patient.

Le pharmacien peut aussi préjuger des connaissances du patient. Du point de vue du pharmacien, un patient avec une pathologie cardiaque avec un suivi au long cours par un cardiologue et son médecin généraliste a sans doute déjà reçu tous les conseils essentiels à l'amélioration de son état de santé concernant l'activité physique et l'alimentation. Ceci est également une erreur puisque seul le patient peut dire au pharmacien ce qu'il sait et surtout ce qu'il a compris.

c) Les facteurs liés au conseil officinal

(1) La nature de la demande et la durée de l'entretien

Les pharmaciens semblent peu à l'aise avec le fait de poser des questions aux patients. Pourtant quand la demande émane du patient, les efforts déployés par le pharmacien sont considérables. Egalement, la quantité d'information comprise par le patient est corrélée avec la durée de l'entretien (30).

D'une étude de 2007, qui évalue qualitativement le conseil du pharmacien, il ressort que parfois le pharmacien n'est pas assez à l'écoute de son patient et tente de lui transmettre des informations, sans prendre en compte les signes que renvoie le patient qui attestent qu'il n'est pas prêt à recevoir le conseil. Ceci est une preuve du manque de compétences en communication et de la normatisation à outrance du conseil qui n'est plus adapté au patient personnellement mais au plus grand nombre (36).

Le manque de temps est une des contraintes importantes soulignée par les pharmaciens alors que les patients perçoivent l'entretien avec le pharmacien comme fatalement court. Pourtant, le patient pour qui le pharmacien a pris du temps pour leur entretien l'apprécie et qualifie le pharmacien d'exception (30).

(2) Les services annexes et les supports informatifs

Si la pharmacie dispose de services annexes, tel que la vaccination, les entretiens pharmaceutiques ou des entretiens diététiques, il semble que les pharmaciens sont plus enclins à développer un conseil global pour les patients (33). De la même manière, une pharmacie disposant de supports informatifs disponibles pour le public (affichage papier ou numérique, dépliants, modèles de démonstration...) aurait une tendance plus forte à conseiller, car cela peut déclencher une demande ou servir d'accroche pour le pharmacien.

d) Les facteurs organisationnels : en rapport avec l'officine

(1) La charge de travail

Avec l'élargissement des rôles du pharmacien, la surconsommation de médicaments en France et la réduction constante du nombre d'officines la charge de

travail ne cesse d'augmenter dans les pharmacies (37). Cela entraîne des erreurs qui sont évitables et le plus souvent dues à de mauvais facteurs organisationnels. Lorsque l'on travaille, dans n'importe quelle branche professionnelle, on est soumis à de la pression, c'est un facteur positif qui permet de stimuler et de motiver la personne qui travaille. Mais parfois un excès de pression peut engendrer du stress. Le stress est un facteur négatif qui a des retentissements sur l'individu, sa relation au travail et même dans certains cas sur sa vie personnelle (38).

Il est légitime de s'interroger sur sa capacité à servir en toute sécurité et qualité du premier patient de la journée à 9h au cent-cinquantième à 20h. Cette situation ponctuellement peut être largement tenue par un pharmacien d'officine expérimenté. En revanche, cette situation répétée met en danger la santé du patient et du pharmacien. Il existe des quotas réglementaires pour répartir harmonieusement les pharmaciens de ville en fonction du chiffre d'affaire des officines. Il est toutefois à noter qu'un chiffre d'affaire élevé n'est synonyme ni de bonne santé économique ni de charge de travail importante, permettant et justifiant l'embauche d'un nouveau pharmacien. Et l'inverse est vrai aussi, notamment quand on se penche sur les nouvelles missions confiées aux pharmaciens d'officine qui sont peu rémunératrices mais très chronophages.

La charge de travail est hétérogène et on retrouve d'ailleurs de plus en plus de tâches non médicales à l'officine. Parfois, les pharmaciens vont préférer consacrer du temps à des tâches rémunératrices plutôt que d'effectuer des actes bénéfiques pour les patients. Par exemple, la tenue d'un registre précis pour chaque patient qui prend des médicaments hors prescription n'est pas obligatoire, pourtant cela semble nécessaire avec l'augmentation de la consommation de ce type de médicaments de savoir précisément ce qu'a pris le patient et quand.

Au sein des entreprises la gestion du stress a déjà été étudiée, il n'y a pas de méthode miracle mais on peut extraire un certain nombre de recommandations. Il est à noter que ces recommandations s'adressent au manager de l'équipe qui est bien souvent le titulaire de l'officine. La mise en place d'interventions pour réduire le stress nécessite (6,38) :

- une approche participative des employés,
- un soutien du supérieur hiérarchique (souvent le pharmacien titulaire),
- une intervention spécifique par rapport au contexte,
- une combinaison d'interventions individuelles et organisationnelles,
- des tâches et des rôles bien définis,
- une adhésion de la hiérarchie intermédiaire (souvent le pharmacien adjoint),
- bien comprendre la culture de la structure où se déroule l'intervention,
- si une aide extérieure est requise (psychologue d'entreprise), il faut qu'il se positionne en tant que guide et non en tant que sachant.

Lorsque le stress est réduit au sein d'une officine il y a de nombreux bénéfices à retirer, en voici des exemples non exhaustifs. Du point de vue individuel, la

satisfaction et le bien-être au travail, la motivation et la compréhension du sens de son travail augmentent ; tandis que la fatigue, le stress perçu et les conflits diminuent. D'un point de vue organisationnel, il y a moins de congé maladie, la performance et la qualité des services sont meilleures, les patients sont plus satisfaits et on reçoit moins de plaintes de leur part, il y a aussi une diminution des accidents et des erreurs médicamenteuses (38).

(2) L'aménagement de la pharmacie et la confidentialité

La confidentialité est un thème qui revient chez les pharmaciens, il leur semble d'autant plus compliqué d'aborder un thème sensible avec un patient si le lieu ne permet pas de se sentir discret (30).

Parfois, la configuration des lieux d'une officine ne permet pas de remplir certaines conditions importantes pour un conseil de qualité. L'aménagement de l'officine peut favoriser ou au contraire diminuer les erreurs, la satisfaction du patient, l'efficacité du travail, l'attractivité de l'officine ou encore la conformité aux règles comme la confidentialité. Il existe un moyen de rendre meilleure l'organisation des lieux d'une officine : c'est l'*evidence-based design*. C'est le fait d'aménager son officine avec un ou des objectifs en se basant sur des données scientifiques probantes. L'*evidence-based design* peut favoriser la sécurité des patients, des travailleurs, la sécurité environnementale ou encore la qualité du soin (39).

Lorsque cette méthode est suivie dans une officine, elle permet la diminution des erreurs, d'améliorer la satisfaction des patients et des pharmaciens, de mieux gérer le flux de travail ou encore de diminuer le temps d'attente pour les patients. La mise en place de cette méthode dans quelques dizaines de pharmacies d'officine en Amérique du nord et en Europe, a permis d'identifier les principales causes d'erreurs de délivrance et a proposé les adaptations adéquates afin de les réduire (39).

Cette méthode peut être appliquée de façon à identifier les façons d'organiser l'espace qui favorise l'échange entre pharmacien et patient et qui diminue le risque d'erreur.

(3) La rémunération

Le fait d'être rétribué pour donner un conseil est aussi cité comme barrière à l'amélioration du conseil prodigué en pharmacie d'officine. Une étude menée à Singapour montre que les pharmaciens sont partagés sur ce point puisqu'un peu plus de 50% des pharmaciens interrogés pensent qu'ils devraient être rémunérés sur le service intellectuel rendu et pas seulement sur la marge commerciale du produit vendu (40).

Certains pharmaciens soulignent un paradoxe : le pharmacien est mieux rémunéré si la population dont il s'occupe est en mauvaise santé et consomme des médicaments. De plus, lorsque le pharmacien fait une vente de médicaments sans

ordonnance la pharmacie recevra autant d'argent avec les mêmes produits achetés si le pharmacien passe du temps à conseiller le patient que s'il donne simplement les produits aux patients. La pharmacie d'officine est une petite entreprise et elle subit comme beaucoup de secteurs la pression économique. En France de mai 2018 à mai 2019, le nombre d'officine a diminué de 241 (41). Une fois les fusions retirées du calcul environ une pharmacie d'officine ferme tous les trois jours.

Une étude menée en 2015, en Australie, montre que certains patients seraient prêts à payer pour recevoir les conseils d'un pharmacien. Toutefois, si ce service devient payant, ils signalent que leurs exigences en matière de qualité et de confiance seront plus élevées (42).

(4) La formation

Le manque de formation est également un des thèmes récurrents dans ces études. Les pharmaciens sont en demande autant de formation de fond sur les connaissances scientifiques que sur la forme avec des exercices sur la compétence de communication. Les formations ont un impact fortement positif sur l'exercice officinal, il augmente la confiance et les connaissances du pharmacien, la perception qu'il a de sa propre efficacité et sa satisfaction au travail. Elles améliorent aussi les résultats pour les patients en diminuant les erreurs et en augmentant la qualité, l'efficacité et la sécurité du conseil à l'officine.

(5) L'équipe officinale

Le travail d'équipe et la communication au sein de l'officine sont déterminants pour l'obtention d'un bon conseil. Il faut que le conseil à l'officine soit uniforme et que la cascade d'informations circule correctement dans l'équipe. Cela passe par des réunions régulières, une bonne utilisation du logiciel de gestion officinale (annotation, messagerie, fiche patient...). La difficulté réside souvent dans le fait que l'équipe composée de plusieurs personnes qui ne travaillent pas forcément au même moment.

Le bon conseil à la bonne personne et au bon moment sont des facteurs essentiels à la guérison d'un patient, ce sont trois des 5 facteurs de la règle des « 5B » énoncés par la Haute Autorité de Santé pour sécuriser l'administration de médicaments (43). A cette fin, la sensibilisation de l'équipe officinale sur les résultats attendus est importante car une équipe mal informée ne ressentira pas les effets des actions menées et aura plus de chance de se décourager voire de mal mener les entretiens avec les patients. Avoir un meneur au sein de l'équipe permet d'avoir une personne avec une vision globale et rend possible une meilleure organisation du travail. Il est également nécessaire que les rôles de chacun soient clairement identifiés.

2. La perception par les patients

La perception du patient sur les services pharmaceutiques et par extension le conseil officinal et la relation patient-pharmacien, permet de mieux appréhender leur relation au soin officinal. Chez les patients, on retrouve dans les études deux notions : les attentes et expériences effectives. Les attentes sont ce qu'escomptent les patients vis-à-vis de leur pharmacien d'officine. Les expériences effectives sont leurs ressentis après l'utilisation des services pharmaceutiques. Elles sont résumées dans le tableau 3.

a) Les attentes de la part des services pharmaceutiques

(1) La connaissance et l'utilisation des services

Les patients sont habitués à aller à la pharmacie pour des objectifs précis : pour la délivrance, l'achat de médicaments ou encore obtenir un conseil dans le cadre d'une pathologie mineure. Par contre, en ce qui concerne les nouveaux services, ils semblent perdus et ne comprennent pas leur intérêt personnel ou ne les connaissent tout simplement pas. L'utilisation de ces nouveaux services est par conséquent assez faible (9). La méconnaissance des rôles et des services que les pharmaciens peuvent leur apporter est souvent un obstacle à leur bonne utilisation ce qui, par décalage des patients, a tendance à surcharger les services d'urgence (30).

Même si peu de personnes connaissent le rôle de promoteur de santé publique du pharmacien, ils pensent que ce rôle correspond aux prérogatives et aux compétences du pharmacien d'officine (31). Ils reconnaissent cependant qu'il ne sera pas toujours facile d'aborder ces thèmes avec un pharmacien (3).

(2) La perception du pharmacien

Le rôle du pharmacien dans l'esprit de la patientèle est étroitement lié au médicament, un pharmacien est une référence en matière de conseil sur la prévention des effets indésirables et sur le bon usage du médicament. En revanche, pour un conseil plus personnalisé qui concerne des aspects plus intimes de leur vie, les patients ne sont pas à l'aise avec notamment la séparation trop faible entre les comptoirs. Ils ont tendance à percevoir la relation avec leur pharmacien comme impersonnelle (9,31). Les patients ont souvent une mauvaise connaissance des rôles effectifs du pharmacien et peuvent même le confondre avec les préparateurs (30).

Encore plus négativement, il y a toujours une suspicion d'affiliation commerciale et une motivation financière que l'on prête aux pharmaciens. Environ 50% des personnes jugent que les pharmaciens sont plus des hommes d'affaires que des professionnels de santé (44,45). Ils sont aussi réticents par rapport au manque de connaissance et de formation des pharmaciens. Ce qui a tendance à engendrer une méfiance par rapport aux nouveaux rôles pharmaceutiques (9). Ces craintes sont tout à fait explicables en regard de l'histoire de la pharmacie d'officine (35). En revanche

plus positivement, les patients se déclarent confiants dans la compétence du pharmacien sur le médicament et pour l'analyse d'une prescription (3,44).

(3) La supériorité du médecin

Dans les croyances des patients, le médecin est placé au-dessus des pharmaciens en matière d'éducation et de santé publique, et il persiste une notion de subordination du pharmacien qui exécute l'ordonnance du médecin prescripteur (30). Par contre, ils jugent que les pharmaciens sont aussi à même que les médecins généralistes en matière de contrôle des prescriptions et même certains patients jugent que les pharmaciens donnent des conseils plus avisés en matière de médicaments (9).

Cette supériorité dans l'esprit des patients peut être utilisée pour entraver le conseil officinal, voire pour dénigrer le pharmacien (36). Mais le meilleur moyen pour limiter cet effet est de favoriser la collaboration entre médecins et pharmaciens, avec l'accord du patient. La prise en charge n'en devient que meilleure (23,46).

Les déterminants d'une bonne collaboration entre ces deux professionnels de santé sont : la confiance, l'interdépendance, les perceptions et les attentes qu'ils ont chacun l'un pour l'autre, les compétences, l'intérêt personnel pour une pratique collaborative, des rôles bien définis pour chacune des parties afin d'éviter le sentiment de se faire prendre son travail et une bonne communication (46).

(4) La promotion des services

La promotion des multiples services pharmaceutiques auprès du grand public est peu évoquée dans la littérature scientifique. La majorité des patients au courant de ces pratiques en ont eu connaissance par le bouche à oreille via un professionnel de santé, de la famille ou des amis (9).

b) Les expériences des services pharmaceutiques

(1) L'impact perçu

L'utilisation de services pharmaceutiques est perçue comme positive et les patients jugent que les pharmaciens ont pu améliorer leurs connaissances et qu'ils ont plus confiance en eux à la suite de cette expérience. Les conseils ont tendance à augmenter la confiance des patients dans leurs traitements. Par contre, si ces conseils ont déjà été donnés et compris par le patient, alors l'intervention du pharmacien est jugée peu utile par le patient (9).

La majorité des patients qui passent en officine aujourd'hui ne reçoit pas spontanément de conseils sur l'alimentation ou l'arrêt du tabac. En revanche, les personnes qui achètent spontanément des substituts nicotiniques jugent que les pharmaciens d'officine sont les professionnels les plus adaptés pour les conseiller sur l'arrêt du tabac (31).

(2) Les différences entre les utilisateurs et les non-utilisateurs des services pharmaceutiques

Des personnes utilisent plus fréquemment les pharmacies d'officine que d'autres et on remarque une différence au sein de ces deux groupes. Les personnes qui fréquentent régulièrement les officines connaissent mieux les nouveaux rôles pharmaceutiques et ont tendance à les trouver de meilleure qualité et même pensent pouvoir les recommander. Ceci est d'autant plus vrai, que la personne a utilisé ces nouveaux services. C'est un fait encourageant qui signifie que les patients sont satisfaits de l'expérience qu'ils ont eu en officine (9).

De manière générale, après un conseil pharmaceutique, les patients semblent satisfaits des informations données et relevées par le pharmacien concernant les médicaments. Les informations complémentaires sur les pathologies semblent également suffisantes et la relation qu'ils ont entretenue leur convient. En revanche, certains déplorent le temps un peu trop court passé avec le pharmacien (44,45).

Les patients ne s'attendent pas à recevoir des conseils spontanés des pharmaciens sur la sexualité, la cessation du tabac, l'alcool ou encore l'alimentation. Néanmoins, la majorité d'entre ceux qui les ont reçus sont satisfaits. Plus les connaissances qu'ils ont acquises sont grandes, plus ils sont satisfaits de l'interaction avec le pharmacien parfois même plus qu'avec d'autres professionnels de santé (31).

(3) Les facteurs facilitateurs

Pour les patients, le premier facteur facilitateur qui les amène à consulter un pharmacien est l'accessibilité. Le fait de posséder un parking, la proximité avec le lieu de travail ou la résidence et les horaires d'ouvertures sont des éléments qui poussent les patients à partager leurs problèmes de santé avec les pharmaciens (3).

De plus, les patients jugent les pharmaciens comme plus accessibles que les médecins : ce sont des professionnels avec des compétences de dialogue qui sont amicaux, abordables, sans jugement. Pour les personnes usagers de stupéfiants, le point fort de la pharmacie est l'accessibilité et la facilité. Pourtant, ils soulignent le fait que l'attitude des autres patients -voire des pharmaciens- est un point négatif à leur accueil (31). Comme autres facteurs, on peut citer la qualité du service, la collaboration avec le médecin (9).

(4) Les barrières et les obstacles

Les facteurs qui vont freiner les patients à demander conseil au pharmacien sont le manque de confidentialité (notamment dans les groupements de pharmacies), l'absence d'un espace de confidentialité, le manque d'accès aux informations médicales personnelles du patient par le pharmacien, l'impossibilité de prescrire et le manque de collaboration inter-professionnelle (30). On trouve aussi les problèmes liés

à la charge de travail avec par exemple le temps d'attente, la légitimité du pharmacien à parler de certains sujets, des équipes parfois trop nombreuses avec des difficultés de communication uniforme (9,30,31).

3. Récapitulatifs

Une revue de la littérature publiée en 2014, a étudié de façon objective les déterminants d'un conseil à l'officine optimal en a conclu quatre points essentiels et communs à tout conseil pouvant être prodigué (24) :

- le conseil doit être spécifique d'une situation particulière ou d'un traitement spécifique,
- le conseil doit favoriser l'inter-professionnalité et s'inscrire dans une démarche de soin centré sur le patient,
- afin d'obtenir un maximum d'effet bénéfique, un conseil doit comporter six points (sous-entendu si le conseil comporte cinq points l'information manque et à sept le patient n'assimile pas tout),
- il n'est pas souhaitable que le conseil devienne trop normatif, car il doit rester individualisé si on souhaite obtenir les meilleurs résultats possibles.

a) Pour les pharmaciens

Tableau 2 : Récapitulatif des améliorations possibles du conseil officinal par les pharmaciens

Catégories de facteurs	Facteurs
Facteurs organisationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Le travail d'équipe - L'aménagement - La charge de travail - La rémunération - La formation
Facteurs individuels	<ul style="list-style-type: none"> - La confiance - La compétence - La perception du rôle de pharmacien
Facteurs liés aux patients	<ul style="list-style-type: none"> - La perception des pharmaciens - L'image du rôle du pharmacien - L'ambivalence
Facteurs liés au conseil	<ul style="list-style-type: none"> - Durée des interventions - Nature du conseil - Services annexes - Supports informatifs destinés au public

Les nouveaux rôles sont acceptés par les pharmaciens d'officine mais sont toujours jugés d'importance inférieure aux rôles traditionnels. La plupart des limites qu'on peut recueillir chez les pharmaciens sont liées au même phénomène. On note que les officinaux ont un problème de confiance en eux, par peur du rejet et de la vision négative qu'ils peuvent renvoyer aux patients. On voit ici que du côté des pharmaciens, il y a une lacune sur la façon d'aborder différents sujets plus ou moins personnels avec le patient. Ils se déchargent de leurs responsabilités en invoquant le fait qu'elles ne leur reviennent pas, que l'officine n'est pas le lieu pour discuter de sujet de santé personnel. Ils ont un grand besoin de formation plus adaptée, plus pratique et plus intensive (31).

b) Pour les patients

Les inquiétudes soulevées par les patients sont légitimes. Certaines pourraient être levées par l'existence d'une pharmacie référente qui comme un médecin traitant suit spécifiquement un patient, il faudrait également que les pharmaciens d'officine ne s'occupent que des tâches à haute valeur ajoutée comme le conseil et délèguent aux préparatrices les tâches de fonctionnement comme la préparation d'une ordonnance. Ce type de système est à l'essai, à l'initiative d'un jeune pharmacien Antoine Prioux entre la Creuse et la Corrèze qui a déjà fait des interventions à la faculté de sciences pharmaceutiques de l'université Paul Sabatier de Toulouse (47).

Peu d'actions de promotion des domaines de compétences ou de connaissances des pharmaciens sont proposées au grand public. Ceci pourrait faciliter la transition du pharmacien vers ses nouveaux rôles. Cette mutation doit absolument s'accompagner de formations poussées et d'un suivi rigoureux (48). Dans le même temps, ces missions qui demandent toujours plus de confidentialité ont besoin que l'aménagement de l'officine soit repensé (30).

Une collaboration plus proche avec les médecins généralistes est aussi une des solutions, d'autant que l'amélioration des résultats de santé en découlant est désormais prouvée. Les plus gros obstacles pour y parvenir sont la méconnaissance réciproque de ces deux professions, la motivation financière, le manque de compétence du pharmacien et la peur de la perte de l'indépendance et de l'autorité découlant du partage d'informations de la part des médecins (9).

Il est à noter que les patients ont une perception positive de leur pharmacien, ce qui ne correspond pas du tout à ce que les pharmaciens pensent. Certains points peuvent encore être améliorés car ils sont souvent méconnus du grand public. Cet écart de perceptions est souvent un des facteurs qui entrave la bonne communication entre les patients et les pharmaciens (30). Les pharmaciens d'officine ont le devoir s'ils veulent assumer pleinement leurs futures responsabilités, de proposer de façon systématique l'ensemble des services qu'ils peuvent rendre et outrepasser les barrières fictives qu'ils se créent dans leur exercice quotidien.

Tableau 3 : Récapitulatif des améliorations possibles du conseil officinal par les patients

Catégories	Facteurs
Attentes	Connaissance des services
	Perception du pharmacien
	Supériorité du médecin
	Promotion des services
Expériences	Impact perçu
	Satisfaction, Qualité des services
	Facilitateurs
	Barrières

E. Conclusion

Le conseil officinal est un rôle ancien du pharmacien d'officine. L'évolution de ses rôles semble aller vers une importance toujours plus grande du conseil officinal. On peut le représenter comme un échange avec le patient dans le but de l'orienter vers une amélioration ou une préservation de sa santé. C'est une responsabilité du pharmacien d'officine qui implique certains devoirs, comme l'orientation vers un médecin ou le refus de délivrance. Il prend place au sein des officines et peut être délivré par différents professionnels : les pharmaciens d'une part et les préparateurs d'autre part.

Cette partie a exposé les nouveaux rôles du pharmacien qui sont les conséquences directes de la mutation du système de santé et de l'avancée des connaissances scientifiques. Ces rôles vont de plus en plus amener les pharmaciens d'officine à rencontrer les patients et à devoir les conseiller. L'officine devient un lieu de plus en plus ambivalent entre un commerce de vente au détail de médicaments et un service intellectuel rendu aux patients en matière de santé. Finalement, l'activité des officines est également en augmentation avec plus de 4 millions de patients par jour qui visitent les officines en France.

Le conseil officinal, qui fait partie du rôle ancestral des pharmaciens d'officine lors de la délivrance de médicaments, est en train de se détacher du simple cadre du médicament pour s'orienter plus vers le patient dans sa globalité. Il a pour vocation de guider les patients vers un état de santé meilleur et toute discussion avec les patients sur leur état de santé peut être apparentée au conseil officinal. Il est assuré dans tout le réseau officinal qui, en France, est particulièrement harmonieux et accessible à tous gratuitement et sans rendez-vous. Ce fait justifie la place du pharmacien en tant que référent de santé de premier recours et de promoteur de santé publique.

De nombreuses études font état des bénéfices que peuvent apporter les pharmaciens aux patients et à la santé publique à travers leurs conseils. Ils permettent une amélioration objective des résultats cliniques et biologiques. Les patients qui utilisent le service pharmaceutique ont une meilleure appréciation de leur qualité de vie. Le conseil à l'officine permet également l'éducation du patient pour améliorer sa compréhension et favoriser l'adoption d'un style de vie sain, ces objectifs de prévention sont en relation directe avec la santé publique. Enfin, l'action des pharmaciens d'officine permet des économies conséquentes pour l'assurance maladie, et ces économies devraient encore augmenter avec l'élargissement des rôles pharmaceutiques. Toutefois, les économies générées le sont en partie par la participation financière des patients. Les pharmaciens de ville sont donc de véritables professionnels de santé qui en plus de la mise à disposition au public de médicaments, apporte une valeur ajoutée en y adjoignant un conseil.

Néanmoins, le conseil à l'officine n'est pas effectué de façon et dans des conditions optimales. Pour atteindre son plein potentiel, il faut limiter les obstacles et favoriser les facteurs facilitateurs. Certaines méthodes ont fait preuve de leur efficacité au plan individuel et/ou organisationnel. Il existe toujours une discordance entre le point de vue des pharmaciens et celui des patients. Ceci est peut-être dû aux nouvelles missions pharmaceutiques qui ne sont pas encore pleinement appropriées par les pharmaciens d'officine et méconnues du grand public. L'attente principale des patients est d'avoir un interlocuteur compétent en qui ils ont confiance, les pharmaciens doivent répondre à cette attente.

Mon analyse m'amène à penser que de nombreuses lacunes pointées du doigt sont dues à une mauvaise maîtrise de la communication par le pharmacien. Car le conseil officinal est avant tout une relation humaine, où il est essentiel de prendre en compte l'avis du patient. Ainsi dans la partie suivante, nous allons nous intéresser à la communication à l'officine pour permettre une amélioration du service pharmaceutique rendu aux patients.

PARTIE II :
LES APPORTS
DE LA PSYCHOLOGIE SOCIALE
AU DIALOGUE PATIENT-PHARMACIEN

II. Les apports de la psychologie sociale au dialogue patient-pharmacien

Dans la partie I, nous avons vu que le conseil officinal peut être amélioré en développant les compétences de communication des pharmaciens d'officine. Dans cette partie nous allons partir de concepts généraux puis aller vers une approche plus pratique de la communication. Nous commencerons par étudier le dialogue de façon théorique. Une fois les théories psychologiques abordées, nous décrirons la méthodologie du conseil officinal, avec les tâches du professionnel de santé tout au long du dialogue, ainsi que les tâches séquentielles.

Nous verrons que certaines situations nécessitent une adaptation des règles générales énoncées dans les points précédents, par exemple dans le cas d'un patient avec un niveau d'alphabétisation constituant un obstacle au conseil ou face à un patient souffrant d'une dépendance. Enfin, nous étudierons les autres moyens de communication que le dialogue ainsi que les situations où ce n'est pas le patient qui se présente à la pharmacie.

Le système de santé à l'échelle mondiale est en pleine mutation. La profession de pharmacien d'officine n'échappe pas à cette évolution. En France, le pharmacien est appelé à avoir de nouvelles responsabilités pour permettre une personnalisation du soin. Il aura un rôle de premier recours en matière de santé, pourra peut-être devenir prescripteur dans le cadre de pathologies mineures avec l'évolution de la télémédecine et s'occupera du suivi biologique en regard de la médication.

En ajoutant à son rôle de distributeur de médicaments celui de promoteur de la santé publique, il est nécessaire aux pharmaciens de se former à la communication dans le but, non seulement de mieux gérer les conflits, mais également d'accentuer le bénéfice de leurs nouveaux rôles pour les patients. Il est nécessaire que le patient soit au centre de leurs préoccupations pour établir une relation de confiance qui elle seule peut aboutir à une véritable alliance thérapeutique.

Le pharmacien doit pouvoir s'occuper et se préoccuper du patient en alliant compétences scientifiques et sociales. Au vu des connaissances et des compétences que possèdent les pharmaciens, il est dommageable de voir que les rôles et responsabilités qui leur incombent à ce jour n'exploitent pas correctement et totalement ses compétences. Il est le professionnel de santé le plus accessible, mais c'est une situation à double tranchant. D'une part c'est un fait très positif car le patient a généralement une officine à proximité où il peut avoir accès aux soins. D'autre part les freins à la communication sont aussi variés et imprévisibles que les dizaines de situations auxquelles est confronté quotidiennement le pharmacien (49).

A. Les théories de la communication

Le conseil est conçu comme une interaction ou une relation entre deux personnes, cette relation est basée sur le dialogue ou la communication, avec la volonté d'influencer le comportement ou les croyances. Nous allons donc tout d'abord essayer de comprendre ce qu'est une relation humaine, et plus précisément la relation interpersonnelle et professionnelle qui existe entre un patient et un professionnel de santé. Puis, nous verrons les concepts qui sous-tendent la communication dans le domaine de la santé, ainsi que l'étude des comportements, des croyances et des représentations liées à la santé. Nous terminerons par la capacité du dialogue à modifier les comportements.

Comme de multiples théories psychologiques abordent ces questions de l'interaction humaine, il n'est pas possible dans ce mémoire de prétendre à l'exhaustivité. Nous ne présentons ainsi que les théories les plus applicables et les plus représentées dans le domaine de la santé.

1. Les relations humaines

Une relation peut être définie comme un lien qui unit deux sujets, ici, le pharmacien et le patient. La sociologie s'intéresse à la structure de la relation humaine, elle étudie la nature de la relation ou directement les personnes en relation. La relation humaine est alors habituellement perçue comme la communication entre deux personnes. En psychologie, la relation pharmacien-patient relève du domaine de la relation interpersonnelle. La psychologie étudie les comportements individuels des sujets et leurs influences réciproques.

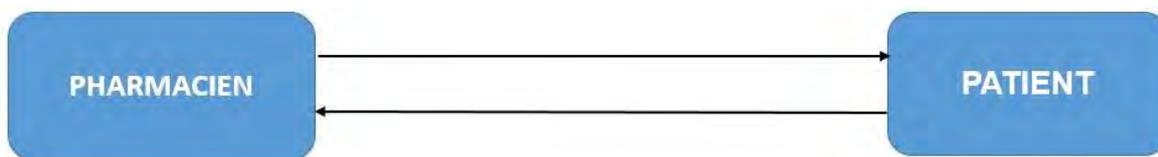
Pour mieux comprendre les relations, on utilise des modèles : ce sont des processus de théorisation. Ils facilitent la compréhension de phénomènes complexes, ce qui est le cas d'une relation humaine (50). Ils servent à décrire, expliquer, prédire ou prescrire. On peut classer les modèles selon leurs natures, comme représenté sur le tableau 4 (51).

Les deux grandes familles de modèles sont les modèles concrets et conceptuels. Les modèles concrets étant des représentations physiques, comme peut l'être une maquette d'un bâtiment, ils ne s'appliquent pas à notre étude (51). Les modèles conceptuels sont fondés sur des concepts issus soit de la réflexion théorique, soit d'une pratique empirique. Ils occupent une place importante dans les sciences fondamentales comme dans les sciences appliquées (29).

La famille des modèles conceptuels se subdivise en trois classes : les modèles iconiques, les modèles analogiques et les modèles théoriques. Les modèles iconiques

sont des représentations graphiques d'un phénomène, ici par exemple, la représentation graphique d'une relation patient-pharmacien.

Figure 1 : Modèle iconique de la relation patient-pharmacien



Les modèles analogiques utilisent des métaphores, des comparaisons ou des analogies pour mieux comprendre un phénomène, par exemple lorsque l'on parle de relation paternaliste pour illustrer un type de relation médecin-patient (29).

Les modèles théoriques sont plus complexes à appréhender. Ils possèdent trois aspects : l'aspect synchronique qui s'intéresse aux composants de base de la relation, l'aspect diachronique qui étudie les relations spatiotemporelles entre ces composants, et enfin le champ d'application du modèle, qui répond à la question « Dans quelles situations ce modèle est-il applicable ? ». Ils ont trois utilités : la prédiction, l'herméneutique (comprendre un mécanisme par sa description) et l'heuristique (poser des hypothèses à vérifier). Pour pouvoir se servir d'un modèle conceptuel comme outil prédictif, il faut démontrer sa validité scientifique en mettant à jour les relations causales qui le sous-tendent.

Aucun modèle n'est exclusif par rapport aux autres, ils sont plutôt placés sur un continuum. C'est une façon de voir une situation, qui peut être vue sous différents angles. Il n'existe pas de véritable modèle de la relation pharmacien-patient, par conséquent nous allons étudier les modèles qui régissent la relation médecin-patient pour pouvoir les mettre en parallèle avec la pratique officinale (3).

Tableau 4 : Différents types de modèles conceptuels

Les différents types de modèles conceptuels de la relation médecin-patient		
Iconiques	Analogiques	Théoriques
<ul style="list-style-type: none"> • Représentation graphique 	<ul style="list-style-type: none"> • Paternaliste • Partenariat • Autonomie • Consommateurisme 	<ul style="list-style-type: none"> • Biomédical • Biopsychosocial • Centré sur le patient

a) Les modèles analogiques

L'origine des principaux modèles analogiques découle d'une étude sociologique définissant après observation trois situations fréquemment rencontrées en médecine :

le modèle actif-passif, le modèle guide-coopérant et le modèle de participation mutuelle (52). Le modèle actif-passif est présenté comme une situation où le médecin doit agir car le patient est incapable de prendre une décision (exemple un patient comateux). Le modèle guide-coopérant correspond à une situation où le médecin prend les décisions pour le patient qui lui confie ce rôle. Le modèle de participation mutuelle correspond à une situation où le médecin et le patient partagent une relation symétrique où chacun a un pouvoir décisionnel proche. L'objectif du médecin est de rendre le patient capable de prendre soin de lui-même.

(1) Le modèle paternaliste

Le modèle paternaliste découle de la fusion des deux premiers modèles originaux (modèle actif-passif et modèle guide-coopérant). Ces deux modèles étaient légitimés à l'époque par la bienveillance du médecin, qui ne cherche à prendre que les meilleures décisions pour ses patients. Plusieurs chercheurs, spécialistes de la bioéthique, mettent en avant la perte d'autonomie du patient résultante de ces deux situations (53). Ce modèle a par la suite été très critiqué, ce qui a donné lieu à l'élaboration de nouveaux modèles et une prise en considération de plus en plus importante du patient dans sa santé (53,54).

(2) Le partenariat

Le modèle du partenariat ou du patient partenaire des soins est une actualisation du modèle de participation mutuelle. La prise de décision est partagée, on conserve cette notion d'aider le patient à se soigner lui-même en y ajoutant la volonté d'autonomiser le patient. On retrouve ce modèle notamment dans les modèles infirmiers. (55)

(3) Le modèle économique

La médecine moderne y est considérée comme une entreprise qui est en recherche de rentabilité. Le patient est vu à travers le prisme du consumérisme : c'est une personne qui consomme des biens et des services. Lorsque le patient n'est pas satisfait par le service que lui rend le médecin-vendeur, il est libre d'aller en consulter un autre pour rechercher le meilleur service médical au meilleur prix. Les critiques sont que la santé est un marché opaque et seuls quelques initiés sont capables de faire leurs choix en pleine conscience. Cette relation marchande est aussi faussée en France car le patient paie indirectement le médecin-vendeur (51,56).

Ce modèle n'est pas issu de la santé mais résulte du transfert d'un modèle des relations commerciales. Le pharmacien d'officine portant toujours ce double rôle de soignant-commerçant, il lui arrive souvent de se retrouver dans ce type de situation.

(4) Conclusion sur les modèles analogiques

Il existe de nombreux modèles analogiques de la relation médecin-patient :

- Ceux centrés sur le médecin comme le modèle paternaliste, le modèle mécaniste ou le médecin-chaman basé sur la croyance dans le pouvoir de guérir du médecin,
- ceux centrés sur le patient comme le modèle économique ou le modèle judiciaire qui défend le patient par un cadre légal,
- les modèles mutuels du partenariat, de la convention ou de l'amitié (56).

. Ces différents modèles ont mis en évidence la façon d'appréhender la relation médecin-patient et ont permis une véritable remise en question de l'éthique de la pratique médicale au quotidien. Néanmoins, ces modèles analogiques ne définissant qu'un type de relation donné ou un ensemble de comportements adoptés par un praticien, ils ne sont pas représentatifs de la relation médecin-patient dans sa globalité (57). En effet, si l'analogie facilite la compréhension de la relation médecin-patient elle soulève aussi de nombreux problèmes d'interprétation.

La nuance principale entre ces différents modèles se situe dans la répartition du pouvoir décisionnel. Ces modèles sont résumés dans le tableau 5.

Tableau 5 : Différences entre modèles analogiques

	Modèle paternaliste	Partenariat	Modèle économique
Principe	Bienveillance	Equilibre	Autonomie
Prise de décision	Médecin	Partagé	Patient

b) Les modèles théoriques de la relation médecin-patient

Nous avons vu que les modèles analogiques sont de bons outils descriptifs mais manquent de pouvoir prédictif et de capacité à s'adapter à toutes les situations. Nous allons donc aborder les modèles théoriques pour évaluer leurs capacités à mieux faire comprendre le processus de la communication entre un soignant et un patient.

Les modèles théoriques se subdivisent en deux courants : les modèles sociocognitifs et les autres modèles. Ils diffèrent d'une part par leur fonction prédictive car les premiers s'intéressent aux comportements de santé et les seconds à l'état de santé et d'autre part par leur aspect synchronique (leurs composants), les premiers se basent sur les normes, les attitudes, les croyances, et les représentations sociales ; tandis que les seconds sur les facteurs biologiques, environnementaux, transactionnels (échanges verbaux et comportementaux entre personnes) et dispositionnels (la prédisposition d'une personne liée à sa personnalité) (58).

(1) Les modèles sociocognitifs

Ces modèles visent à déterminer les intentions de changement de comportement et les intentions ayant un effet sur le changement de comportement de santé. Or, un fossé sépare intentions et comportements. Ils prédisent correctement l'intention de changer mais sont peu spécifiques pour prédire le changement effectif de comportement de santé (59).

On trouve dans ces modèles, le modèle des croyances de santé, le modèle de la motivation à se protéger ou le modèle du comportement planifié. Ils intègrent peu de composants objectifs (catégories socio-professionnelle, ethnique...) pour obtenir des résultats prédictifs satisfaisants. Ce faisant, de nouveaux modèles comme celui de *l'health action process approach* ou de l'autorégulation de Leventhal ont pris en considération ces limites et semblent plus performants (29). Malgré leur faible valeur prédictive opérationnelle, ces modèles peuvent aider à représenter les mécanismes qui sous-tendent les changements de comportements

(a) L'Health Action Process Approach ou HAPA

Ce modèle proposé par Schwarzer explique que le changement de comportement se fait en plusieurs phases qui ont lieu avant et après l'action de changement (60) :

- la phase motivationnelle de pré-action, qui est le moment où la personne choisit un but à atteindre,
- la phase volitionnelle de pré-action, où la personne planifie les actions à mettre en place pour atteindre son but,
- la phase d'action volontaire, la personne agit et met en place les actions,
- la phase motivationnelle post-action, qui permet d'évaluer l'adéquation entre le but et les résultats obtenus par la mise en place des actions.

Entre chaque phase se trouvent trois interphases, celle du passage de la motivation à l'intention, de l'intention à l'action et de l'action à l'évaluation. La réussite ou l'échec de chaque phase dépend de facteurs individuels et extérieurs.

(b) Le modèle d'autorégulation de Leventhal

Leventhal, Meyer et Nerenz proposent le modèle d'autorégulation, ils postulent que les patients construisent une représentation cognitive et émotionnelle de leur maladie de façon à mieux comprendre et accepter leur situation. Il se fonde sur trois postulats (61,62) :

- La personne est un agent actif dans la résolution de ses problèmes, elle cherche à comprendre sa maladie, lui donner du sens et à apporter des solutions adaptées.
- La représentation de la maladie d'une personne module l'adaptation mise en place face à cette dernière. Suite aux actions effectuées, elle exerce un *feed-back*, qui permet une évaluation *a posteriori* de leurs efficacités.

- La représentation qu'une personne a de sa maladie est propre à elle-même et ne correspond pas à la représentation médicale de la maladie.

Ce modèle correspond au « si-alors » (si je pense que ... alors j'agis...).

(2) Les autres modèles

Les trois modèles, décrits ci-après, emploient la notion de paradigme qui est une manière de voir les choses, une représentation du monde, un modèle cohérent du monde qui repose sur des fondements définis. De ce paradigme découlent les théories, les concepts et les modèles.

(a) Le modèle biomédical

Avant l'avènement du modèle biomédical, la conception de la médecine par les médecins n'était pas très différente de celle des patients : ils observaient des symptômes et les traitaient. C'est en Europe vers le XIX^{ème} siècle, qu'on voit apparaître ce modèle face aux évolutions de la médecine : l'amélioration des examens cliniques, autopsies et établissements de l'anatomopathologie. Les symptômes sont réunis en syndromes, la maladie n'est plus magique mais la résultante d'un dérèglement physiologique. En parallèle de la démarche scientifique, apparaît la démarche clinique, qui suit un raisonnement logique pour aboutir à un diagnostic et à un traitement approprié. La médecine s'élève désormais au rang de science appliquée.

Le modèle biomédical est apparu dans une période de grands progrès scientifiques et s'est imprégné de la mentalité dominante de l'époque, à savoir le positivisme scientifique. C'est une philosophie selon laquelle la science peut tout expliquer, chaque loi naturelle peut être réduite sous la forme d'une équation mathématique (63). Le scientifique « positif » ne s'attelle plus à expliquer *pourquoi* mais *comment*.

Dans ce modèle les causes ont des effets, en intégrant les effets observables le médecin remonte aux causes. La maladie est la conséquence d'un dysfonctionnement organique et avec un processus rigoureux, le médecin diagnostique la maladie et donne le traitement approprié. De ce fait, l'entretien avec le patient est dirigiste, le médecin questionne le patient pour obtenir une anamnèse et analyse son corps pour obtenir les signes cliniques. Le médecin *sait*, il pose donc des questions fermées et précises. Une fois les informations recueillies, il informe le patient de la conduite à tenir.

Les limites du modèle biomédical nous semblent aujourd'hui évidentes : il y a une négligence de l'humain qui provoque un déséquilibre entre le *cure* (guérir) et le *care* (prendre soin), pour reprendre les termes de la médecine hippocratique : le patient est guéri mais ni soulagé ni rassuré.

Néanmoins ce modèle est toujours très utilisé et enseigné aujourd'hui. Il a une puissance explicative et justificative importante. Le diagnostic posé et le traitement proposé sont tout à fait cohérents en regard des données scientifiques et ont déjà largement démontré leur efficacité. La remise en question de ce modèle n'a pas été facile et le modèle dominant qui l'a suivi n'a pas été une négation du modèle biomédical mais son évolution (51,58).

(b) Le modèle biopsychosocial

C'est un médecin interniste et psychiatre, Engel, qui a proposé le modèle suivant (64). Aux vues de ses spécialités, il est possible que le modèle biomédical ne répondait pas correctement à son expérience professionnelle. Engel insiste sur la reconnaissance de l'intérêt des sciences comportementales (anthropologie, psychologie et sociologie) dans la prise en charge d'un patient.

Comme le modèle biomédical, le modèle biopsychosocial est proposé dans un moment particulier de l'évolution de la médecine, c'est l'avènement de la science biomédicale, et la médecine passe d'une logique mécaniste (les pathologies sont conséquences de phénomènes physiques) à une logique organiste (les pathologies ont pour origine la lésion d'un ou plusieurs organes). Le paradigme fondateur de ce modèle est la systémique qui consiste avant toute chose à évoquer un sujet délimité par la caractérisation précise de ses échanges avec l'environnement. Elle se distingue des approches traditionnelles, s'attachant à la définition des parties avant de présenter les fonctionnalités de l'ensemble. Elle privilégie une approche globale, macroscopique, holiste, la pluralité des perspectives selon différentes dimensions ou à différents niveaux d'organisation, et surtout la prise en compte des relations et interactions (65).

La méthode de raisonnement reste la même que dans le modèle biomédical, mais Engel préconise d'ajouter une prise en compte des facteurs psychologiques, sociaux et environnementaux. Il souligne également l'importance de la subjectivité de l'expérience de la maladie pour le patient. La méthode d'entretien reste la même, toutefois il préconise une plus grande application dans l'éducation du patient et dans la prévention des pathologies.

Ce modèle correspond beaucoup plus aux attentes des médecins généralistes car le patient est enfin considéré comme un être social et émotif dont les interactions avec son environnement physique et social impactent sa santé. Toutefois, ce modèle a de grosses lacunes théoriques et d'un point de vue pratique il est peu formalisé et ressemble à un ensemble de recommandations plutôt floues et est difficilement applicable. De ces limites a émergé le système en place aujourd'hui permettant une plus grande prise en compte de l'éthique dans la pratique professionnelle et étant plus pragmatique dans son utilisation : le modèle centré sur le patient (29,51,58,64).

(c) Le modèle centré sur le patient

Sa base conceptuelle est apparue suite à la confrontation des travaux de Balint, Rogers et Levenstein. Le modèle centré sur le patient ne se fonde pas sur un paradigme mais sur six préceptes centraux (38,39) :

- Explorer la maladie dans sa dimension biomédicale (disease) et reconnaître les perspectives du patient à travers sa représentation de la maladie, ses attentes, ses préférences (illness).
- Comprendre la personne dans sa globalité biopsychosociale et sa dimension contextuelle.
- S'entendre avec le patient sur le problème et négocier les solutions, le partage des responsabilités et des décisions.
- Valoriser la prévention et la promotion de la santé à travers une relation collaborative, partenariale et responsabilisante.
- Etablir et maintenir une relation médecin-patient, une alliance thérapeutique, une attitude compréhensive vis-à-vis des défenses et résistances.
- Faire preuve de réalisme, s'adapter à chaque situation et tenir compte de ses limites.

La décision est partagée dans le modèle centré sur le patient : le médecin procède à un diagnostic biomédical classique et, en parallèle, il doit également comprendre le vécu de la maladie par le patient. C'est en intégrant ce double diagnostic que les options de traitements sont exposées au patient. Le dialogue ici se rapproche plus du guide qui n'empêche pas et n'oblige pas le patient. Il jongle habilement entre questionnement, information et écoute. Toutefois, le praticien conserve une certaine souplesse et reste capable en plus de guider, de diriger ou de suivre le patient. Cette souplesse dans l'exercice médical constitue le plus gros point fort du modèle centré sur le patient. Ce modèle est idéal pour tous soins de première ligne mais il conserve des lacunes théoriques, et peut parfois être inadapté notamment en cas de maladies graves.

L'étude scientifique de l'entretien médecin-patient a débuté il y a une cinquantaine d'années et ce modèle en est un des aboutissements. Il semble particulièrement intéressant car il a démontré des améliorations sur la relation médecin-patient. La confiance et le respect du patient pour le médecin sont accrus, et sans confiance ni respect le soin ne pourrait pas exister. Il semble également que le patient soit plus satisfait, ce qui contribue à son bien-être émotionnel. Ce modèle augmente l'efficacité des soins et limite également le recours à des consultations ultérieures ce qui a un impact positif en matière d'économie de la santé. Il améliore aussi la transmission d'informations vers le patient (66–72). L'approche centrée sur le patient est donc une méthode de pratique qui apporte certaines améliorations. Mais concernant l'impact sur les déterminants de santé et l'observance thérapeutique, les données disponibles sont mitigées. On observe conjointement un allongement du temps d'entretien et une réduction des dépenses (73–77).

(1) Conclusion sur les modèles théoriques

Tableau 6 : Récapitulatif des principaux modèles théoriques, adapté de « La communication professionnelle en santé » (51)

	Modèle biomédical	Modèle biopsychosocial	Modèle centré sur le patient
Origine	La médecine devient une science appliquée	Intérêt des sciences comportementales	Recherche d'un modèle opérationnel
Paradigme	Positivisme scientifique	Systemique formalisé	Les six valeurs
Décision	Processus rigoureux	Idem + facteurs psychosociaux et environnementaux	Intégration des données + négociation
Entrevue	Dirigiste	Idem + éducation et prévention	Guide
Avantages	Cohérence	Médecine familiale	Souplesse
Limites	Négligence de l'humain	Imprécision et modes opérationnels peu formalisés	Lacune théorique Idéal en soin de première ligne mais peu pour le reste

2. La communication

Si la relation est un lien, alors la communication est une ouverture ou un passage qui permet l'interaction entre deux personnes pour établir ce lien. Elle permet de mettre en œuvre le modèle centré sur le patient par l'intégration du diagnostic biomédical qui repose sur la médecine basée sur les preuves et le diagnostic psychosocial du patient (78). On peut également considérer la communication comme une boîte à outils, au même titre que peut l'être un ensemble de fiches conseil. L'évolution des rôles du pharmacien a rendu la communication indispensable à la bonne pratique de son métier, elle reste pourtant très peu étudiée (30).

Dans ce chapitre, nous allons présenter les différents outils communicationnels à la disposition du pharmacien d'officine. Nous allons utiliser des exemples pour illustrer le propos. Ils seront rédigés en italique. Ce sont des situations plus ou moins fictives que j'ai imaginées totalement ou en partie. Elles peuvent contenir quelques incohérences qui ne devraient toutefois ni gêner la lecture, ni la compréhension du message transmis.

Watzlawick a défini les règles de fonctionnement régissant la communication entre deux personnes, réunies en cinq axiomes (79) :

- *On ne peut pas ne pas communiquer.* Cela signifie que l'interaction est permanente car même ne rien faire ou le silence sont des éléments de communication. Le pharmacien doit garder cela à l'esprit quand il est au contact du patient car chaque action renvoie une image au patient, même lorsque le pharmacien reste en arrière-boutique pour chercher les médicaments le patient interprète ce message.
- *Toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation, tels que le second englobe le premier et par suite est une métacommunication.* Cet énoncé nous explique que le pharmacien adopte en premier lieu une attitude conforme à la relation patient-soignant et puis le contenu devient secondaire au fur et à mesure du développement de la relation. C'est-à-dire que l'on cherche à décrypter ce que signifie le message dans le contexte (Exemple 1).
- *La nature de la relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires.* C'est le fait qu'une relation soit définie par la communication des deux personnes. Le pharmacien peut avoir une difficulté à interagir avec un patient et considérer l'interaction comme « difficile ». Il adopte alors une attitude négative avec ce même patient ce qui entretient une relation de mauvaise qualité. Il ne faut pas négliger l'impact que le pharmacien a sur les patients.
- *La communication des êtres humains repose sur deux modes de communication : digital et analogique.* La communication est divisée en deux modes : la communication verbale ou digitale et non verbale ou analogique. Ces notions sont abordées plus en détails dans ce chapitre.
- *Tout échange de communication est symétrique ou complémentaire selon qu'il se fonde sur l'égalité ou la différence.* La communication face à une dichotomie, une relation est soit symétrique, soit asymétrique. La relation patient-pharmacien est

une relation fondamentalement asymétrique, nous verrons quels enseignements peuvent en être tirés dans la partie III.

Exemple 1 :

- *Patient : (Un habituel qui vient pour son traitement chronique) Je vous prends tout le traitement, mais pas ce qui n'est pas remboursé cette fois-ci.*

Dans ce cas le pharmacien comprend la demande du patient qui est fort simple. Mais sa réflexion le pousse à se demander pourquoi cette fois-ci le patient ne prend pas le médicament non remboursé : est-il trop cher ? Le patient va-t-il dans une autre pharmacie ? Le patient a-t-il des problèmes financiers ? Lui en reste-t-il à la maison ? Y a-t-il un problème d'observance ? Le problème de santé est-il réglé ? Voilà comment le symbole du message dans le contexte d'une relation devient plus important que le message lui-même.

La communication est un sujet encore mal connu. Il existe une limite dans son analyse que l'on appelle le risque réductionniste. Il consiste à réduire la communication non verbale à un répertoire défini et universel de « signes ». De nombreuses disciplines sont qualifiées de pseudosciences par la communauté scientifique car elle manque de précautions et de scientificité. Elles ont néanmoins du succès auprès du grand public car elle véhicule des concepts simples à saisir et directement applicables. On peut citer la gestuologie, la programmation neurolinguistique et la synergologie. Pour éviter ce travers nous allons essayer de comprendre comment communiquer avec le patient en se basant sur des données probantes d'efficacité clinique des méthodes utilisées.

a) Les objectifs et les intérêts de la communication

La communication est un partage d'informations, elle peut se faire entre plusieurs individus. Toutefois, les manières de communiquer avec une personne sont assez différentes de celles qui s'adressent à un grand groupe. Nous nous intéressons ici à la communication entre deux personnes pour être en adéquation avec la situation majoritairement rencontrée en officine. La communication est une pratique commune, elle fait partie même de l'essence humaine. Elle s'installe dans une relation interpersonnelle et est transactionnelle par nature, c'est-à-dire qu'elle permet d'influencer et de se faire influencer (30,80).

La communication est divisée en deux modes : la communication verbale et la communication non-verbale que nous détaillerons. Auparavant, nous analyserons l'impact de la communication en santé, ce qui justifie l'intérêt de bien la maîtriser. Trois bénéfices principaux s'en dégagent : elle permet d'améliorer (1) la qualité et (2) les résultats de soins pour le patient mais aussi elle améliore (3) la relation entre patient et soignant.

(1) L'amélioration de l'efficacité des entretiens

Une bonne communication facilite la prise d'informations par le pharmacien et la résolution des problèmes rencontrés par le patient. Elle permet aussi de mieux appréhender le patient comme une personne et de mieux lui montrer son soutien. Une bonne utilisation des méthodes de communication par le pharmacien augmente son efficacité dans l'exercice officinal (30,78).

(2) Obtenir de meilleurs résultats sur la santé des patients

Avec une bonne maîtrise de la communication le pharmacien d'officine peut limiter le recours à une consultation ultérieure (27). Le patient comprend mieux l'utilité de son médicament et devient plus autonome et est capable de réagir lors de la survenue potentielle d'un problème lié à sa pathologie. Il existe un lien entre la satisfaction du patient, son observance, le soulagement des symptômes et ses résultats physiologiques (78). La communication est également un vecteur de satisfaction pour le pharmacien d'officine. Il est plus satisfait au travail et se sent moins frustré (78).

A l'opposé, une communication mal maîtrisée par le professionnel de santé peut avoir de graves conséquences sur la santé du patient d'un point de vue psychologique et physique. (81)

(3) La mise en place d'une alliance thérapeutique

Une information et des soins centrés sur le patient augmentent le respect et la confiance au sein de la relation. Les patients sont également plus satisfaits en cas de bonne communication (27). La construction d'une relation basée sur le partenariat est bénéfique tant pour le patient que pour le praticien. La collaboration est une dimension où la relation de soin tente d'être moins asymétrique (78).

b) La communication non verbale

La communication non verbale peut être intentionnelle ou non intentionnelle. Elle représente toutes de communications qui n'utilisent pas de mots ou d'écrits. Au début de son étude les chercheurs lui ont attribué plus de 80% du message compris lors d'une conversation, mais aujourd'hui ce chiffre est revu à la baisse pour représenter un peu plus de 50%. Malgré cette révision elle reste importante et même majoritaire dans la compréhension de l'autre. En ce qui concerne la communication non verbale du patient, il faut l'observer et en prendre compte, d'autant plus si elle ne correspond pas au message verbal. Il faut faire attention à la communication non verbale du praticien pour éviter d'envoyer des messages confus voire négatifs au patient (82,83).

La maîtrise du langage non verbal ne rend personne convainquant de prime abord mais elle complète et renforce un message donné par le langage verbal.

L'objectif n'est pas dans la mise en pratique directe des concepts présentés dans ce chapitre mais plus d'en avoir conscience, afin de mieux appréhender les éléments qui entrent et composent l'interaction entre deux personnes. Il faut apprendre à mieux respecter son patient et savoir délivrer et recevoir un message de qualité dans la mise en place d'un conseil officinal comme un service pharmaceutique en partenariat avec le patient.

Exemple :

- *Pharmacien : Bonjour, que vous arrive-t-il ? (Les yeux rivés sur son écran d'ordinateur)*

Ici le pharmacien envoie un message verbal d'accueil positif, signifiant qu'il accorde son attention au patient. Mais le patient en observant le message non verbal risque d'avoir du mal à prendre la parole par peur de déranger le pharmacien ou en pensant que le pharmacien a d'autres choses de « mieux » à faire que de lui parler. Cette mauvaise entrée dans l'interaction qui débute risque d'avoir des conséquences sur la suite de la conversation.

La communication non verbale est constituée de sept dimensions présentées ci-dessous. La kinésique et la paralinguistique qui constituent le langage paraverbal ne sont pas à proprement parler une communication non-verbale. On les regroupe ici avec le message non verbal, puisqu'elles sont des modes de communication qui n'utilisent pas de mots ou d'écrits.

(1) La kinésique

La kinésique, plus communément appelée le langage du corps, est une dimension de la communication non verbale qui apporte le plus d'informations et qui est la plus importante : néanmoins très influencée par la culture. Elle a divers composants comme la posture ou le mouvement des mains et des pieds, ceux-ci sont regroupés sous le terme de gestuelle et sont très culturels. Le pharmacien sait alors mieux décrypter ce langage s'il correspond à sa culture. Il y a aussi les expressions faciales, celles-ci sont en revanche universelles et facilement discernables et elles sont un bon reflet de l'état émotionnel du patient (80).

(2) La paralinguistique

Si les mots représentent le contenu d'un message, la paralinguistique est son contenant ou sa forme. C'est la deuxième dimension la plus importante de la communication non verbale après la kinésique (80). Cette façon de s'exprimer est directement liée à l'humeur, la personnalité et l'environnement de la discussion. Dans la paralinguistique on peut regrouper : la prononciation, l'accent, l'accentuation, les silences, le ton, le timbre et l'intonation. De nombreuses onomatopées appartiennent également à la paralinguistique : babilllements, grognements, pleurs, soupirs, rires... (84).

Exemple :

- *Pharmacien : Voilà M. A, je vous conseille de prendre ce médicament, un comprimé trois fois par jour. En cas de fortes douleurs vous pouvez en prendre un quatrième en respectant un intervalle de 4h entre chaque dose.*
- *Patient : Je ne savais pas qu'on pouvait prendre quatre comprimés par jour.*

Imaginez que le patient prononce cette phrase de façon intéressée ou de façon sarcastique. Ici la paralinguistique est essentielle pour bien interpréter le message verbal du patient.

(3) Les caractéristiques physiques

Il existe un consensus sur l'influence qu'ont les caractéristiques physiques sur la communication. On définit trois statures corporelles : endomorphe (arrondi et lourd), ectomorphe (mince et fragile) et mésomorphe (muscleux et dynamique). Les personnes associent à chaque catégorie, différentes caractéristiques psychologiques qui influencent la relation qu'elles auront avec leur interlocuteur. Par exemple, on s'attend de quelqu'un de petit et de menu que ce soit une personne discrète et calme. On peut également citer la taille, le poids, la couleur de peau comme facteurs influençant l'interprétation des comportements (85).

(4) Les vêtements

Le vêtement a une grande importance dans nos interactions sociales. En science sociale, on lui distingue trois utilités ou fonctions : la pudeur, la protection et la parure. En officine, le vêtement de travail est la blouse, elle a deux fonctions la protection vis-à-vis des pathogènes et une fonction de parure, elle représente un statut socio-professionnel.

A l'officine, il est important de bien s'identifier par rapport au patient, cela est même inscrit dans le code de déontologie. A l'inverse du dicton, il semble qu'en communication « l'habit fasse le moine ». Toutefois, il faut essayer de correspondre à l'image que le patient a du « bon » pharmacien. Il ne faut pas que l'uniforme prédomine sur la personne qui le revêt. Il me semble important que l'interaction se fasse entre deux personnes et pas entre un patient et un soignant qui seraient interchangeables avec n'importe quel soignant ou patient.

(5) La proxémique

La proxémique est une notion relativement connue de la communication non verbale, également nommée la distance interpersonnelle. Le concept de cette dimension est qu'une personne est entourée de différentes sphères de rayons différents. En fonction de la relation qu'elle entretient avec son interlocuteur, il conviendra de maintenir une certaine distance. On définit la sphère publique à plus de

3,7m, la sphère sociale de 1,2m à 3,7m, la sphère personnelle amicale de 0,45m à 1,2m et enfin la sphère intime inférieure à 0,45m (51,80).

Le pharmacien doit tenir compte de ces distances lors d'une discussion avec un patient. La sphère professionnelle est généralement confondue avec la sphère sociale, une distance comprise entre 1,2m et 3,7m semble donc idéale. Néanmoins dans certaines situations nécessitant une intimité plus grande le pharmacien peut se rapprocher du patient (51,80).

(6) Le contact physique

Il faut se méfier du contact physique car il peut être mal interprété. Comme nous l'avons vu dans la proxémique, si un individu qui n'y est pas invité entre dans la sphère intime, cela peut provoquer un malaise pour le patient. Mais à l'officine il est assez rare d'utiliser ce mode de communication. Toutefois, lors de certains actes (examen cutanée, prise de mesures, soins primaires et plus récemment vaccinations), il est essentiel pour le pharmacien d'officine d'expliquer au patient ce qu'il s'apprête à faire et pourquoi il le fait avant de se permettre un contact (51,80).

(7) L'environnement

Il s'agit de l'environnement physique où prend place l'interaction. Les facteurs environnementaux, tels que la luminosité, le bruit ou la décoration, influencent le contact interpersonnel : ils peuvent le faciliter ou en constituer une barrière. Il est démontré que le cadre physique influence notre attitude et nos comportements (30,80). On imagine mal essayer ses bas de contention sur le parking de la pharmacie, même si le pharmacien est le plus compétent et humain du monde, l'interaction risque d'être compliquée.

c) La communication verbale

C'est le premier mode de communication qui vient à l'idée spontanément. A la différence de la communication non verbale, la communication verbale est intentionnelle et volontaire. Elle est constituée de tous messages comprenant des mots, qu'ils soient prononcés à l'oral ou écrits. La communication verbale est aussi symbolique, tous ces sens ne sont pas directement accessibles (80). Pour le côté symbolique de la communication verbale c'est ce qui s'appelle l'inférence, par exemple, avec la phrase « Marine prend son parapluie » vous avez imaginé Marine avec des bottes en caoutchouc, en manteau ou simplement qu'il pleut alors que rien ne l'indique.

Ce moyen de communication est donc composé du verbe, c'est le répertoire de mots utilisés dans une langue donnée, le fond ; et de la structure du discours ou la syntaxe, la forme. En somme, la communication verbale est synonyme de la grammaire. La langue des signes est un moyen de communication avec une

composante verbale et une autre non verbale, au même titre que la langue orale que nous pratiquons. La voix n'est pas un indispensable de la communication verbale.

Pour décrire ce moyen de communication j'ai choisi de m'appuyer sur la division introduite par Rollnick, Miller et Butler. Ils proposent dans leur ouvrage de représenter la façon de communiquer en santé par trois méthodes fondamentales : informer, interroger et écouter. C'est en maîtrisant ces trois principes indépendamment qu'on devient performant en communication (86). Effectivement, chacun de nous maîtrise ces composantes à différents degrés auxquelles il faut adjoindre l'argumentation, au sens où elle est très présente dans les entretiens de santé. Dans les faits, elle semble assez différente de l'écoute, de l'information ou de l'interrogation.

(1) Informer

Expliquer et fournir de l'information est un outil à multiples usages. Les données fournies par les pharmaciens aux patients ont un impact réel sur leur santé de façon proportionnelle avec leur pertinence. Mais souvent les professionnels de santé ne fournissent pas une information adéquate ce qui diminue la satisfaction des patients (80).

Informer est le mode de communication privilégié en santé, tant il apparaît impossible de conseiller un patient à l'officine sans l'informer. L'essentiel quand le pharmacien fait passer une information, c'est de vérifier qu'elle est bien comprise et attendue par le patient. Généralement, il est conseillé de faire des phrases claires et courtes sans surcharger le patient et d'adopter une attitude sympathique. Il faut éviter d'essayer de corriger immédiatement un patient : parfois nous avons mal compris l'information ou parfois le patient trouve lui-même la réponse.

Une information de qualité nécessite que la relation soit déjà établie même si l'entretien ne dure que quelques minutes, il est essentiel de se rappeler que le patient est une personne et pas une machine qui enregistre tout ce que le pharmacien lui transmet. S'adapter au rythme du patient présente des avantages. Lorsqu'on informe un patient, il faut lui demander la permission de l'informer, cela respecte son autonomie et le responsabilise dans l'échange, il est alors plus collaboratif et présente moins de résistance (86).

(2) Interroger

Lorsque le pharmacien pose une question cela sous-tend une réponse de la part du patient. Si le patient donne une réponse alors il attend du pharmacien qu'il trouve une solution à son problème (80,86). Savoir interroger un patient de façon efficace est une des compétences communicationnelles de base du pharmacien. Poser la bonne question, de la bonne manière et au bon moment facilite l'entretien et a un impact positif pour le patient et le pharmacien. Il ne faut ni éviter d'interroger son patient, ni l'assaillir de questions. La bonne méthode consiste à varier le type de

questions au cours de la consultation (87). Lors d'une phase de questionnement, le pharmacien doit la mener avec une curiosité sincère dans l'intérêt du patient (86). Il est également nécessaire de préparer le patient aux questions en lui précisant dans quel but elles lui sont posées (20).

(a) L'organisation des questions

Au début de la discussion les questions sont plutôt orientées sur les raisons qui ont amené le patient à consulter. Il faut toujours laisser une opportunité au patient de s'exprimer librement pour avoir un meilleur aperçu de ce qu'il attend et qu'il puisse également clarifier certains points par lui-même. Si le patient pose beaucoup de questions et laisse peu de temps de réponse au pharmacien, il convient de lui demander quelle question est la plus importante à ses yeux pour commencer par celle-ci puis de répondre à chaque question l'une après l'autre (87). Il n'est pas bon de couper un patient durant sa réponse et rien n'empêche le pharmacien de prendre des notes lors de la discussion avec le patient pour revenir sur les points intéressants plus tard (80).

Il est préférable de commencer l'entretien par les questions les moins personnelles et les plus générales pour aller vers les points intimes et précis. Il est aussi préférable de regrouper les questions par sujets pour faciliter leurs compréhensions (20).

Il est conseillé d'éviter de faire suivre une question ouverte par une question fermée, cela annule complètement les effets de la question ouverte. Une question peut aussi placer le patient comme expert de sa santé et a un impact positif sur son ressenti. Par exemple, lorsque vous demandez à une mère : « Qu'avez-vous remarqué d'inhabituel chez votre enfant, dites-moi précisément ce que vous pensez ? », la mère est immédiatement placée comme experte de la santé de son enfant. Par réciprocité, en lui accordant cette importance et cette confiance, le pharmacien recevra celle de la mère.

(b) La construction des questions

Il existe plusieurs types de questions (80,87) :

- Les **questions ouvertes** laissent une totale liberté de réponse au patient, il est alors autonome et responsable. Elles suggèrent également qu'il n'y a pas de bonne réponse. Elles sont idéales pour aborder un sujet ou explorer les symptômes ressentis par le patient. Elles véhiculent de l'empathie et sont un bon moyen de montrer de l'intérêt à une personne, par exemple, « Que puis-je faire pour vous aider ? ». Elles semblent être une façon de procéder plus lente mais c'est souvent faux. En donnant les rênes de l'entretien au patient, elles permettent au pharmacien de se recentrer ou de temporiser les moments où la charge de travail est importante (86).

- Celles à **choix multiples** permettent de cibler une information en particulier, le pharmacien les utilise généralement pour expliciter un symptôme, par exemple, si une femme se plaint de maux de ventre le pharmacien peut dire : « Avez-vous mal quand vous mangez, quand vous allez aux toilettes ou est-ce en lien avec des douleurs de menstruations ? ». Toutefois ces questions amènent fréquemment le patient à se ranger derrière l'une des propositions et cela peut mal refléter le symptôme réel. La question à choix multiples peut être aussi la proposition d'une échelle, très utile avec les patients qui ont une faible littéracie elles permettent d'évaluer efficacement l'importance et la confiance du patient dans les actions qu'il doit mener (86).
- Les **questions orientées** contiennent la réponse attendue par la personne qui la pose. Elles peuvent être très utiles en certaines circonstances mais elles le sont moins dans un entretien de santé. Elles peuvent influencer considérablement votre appréciation du symptôme. Par exemple, « La douleur est-elle plus forte lorsque vous mangez des aliments acides ? ». Toutefois elles peuvent s'avérer utiles avec certains patients qui ont du mal à communiquer.
- Les **questions de clarification** explorent un point particulier avec le patient, elles permettent d'axer la conversation sur un point précis, sans toutefois diriger le patient. C'est questions commencent généralement par « Décrire », « Expliquer » ou « Raconter ». On peut donner quelques exemples : « Décrivez-moi cette douleur au ventre ? », « Parlez-moi un peu plus de votre régime alimentaire ? » ou « Racontez-moi les événements qui ont eu lieu avant l'apparition des douleurs ? ».
- Les **questions fermées** sont évidemment les plus restrictives et laissent peu de place à la parole du patient. Elles permettent de conclure une discussion ou de canaliser un patient logorrhéique. Une question fermée sous-entend que le pharmacien assume la responsabilité. Les questions fermées sont sur-représentées en santé (80).

Le pharmacien avec son rôle de promoteur de santé publique devient un interlocuteur important pour changer les comportements de santé. Lister une série de mesures à mettre en œuvre pour améliorer son hygiène de vie est une attitude peu qualitative et qui n'amorce pas de véritable changement chez le patient. Afin d'ancrer des changements comportementaux, il est préférable que le patient donne les clés pour l'aider. La question est un formidable outil pour ce genre de pratique.

M. F. a un ulcère. Après la dispensation de son traitement le pharmacien souhaite aborder le conseil hygiéno-diététique.

Situation directive :

Pharmacien : M. F. maintenant nous allons voir ce que vous devriez faire pour améliorer les résultats du traitement (le pharmacien se pose comme détenant les solutions par rapport au patient).

Patient : Oui.

Pharmacien : D'abord je vous conseille de stopper votre consommation de cigarettes et d'alcool sur la durée du traitement. Donc pour deux semaines.

Patient : Hmmm.

Pharmacien : D'un autre côté sur le plan alimentaire vous devrez suivre les indications du médecin en évitant les aliments irritants comme le café, les plats épicés ou trop gras.

Patient : Oui.

Pharmacien : Qu'en pensez-vous ? Vous avez bien compris ? (le pharmacien se rappelle qu'il faut demander un feed-back, dommage, il fait suivre sa question ouverte par une question fermée et on imagine assez mal tous les patients qui ont mal compris ou ne sont pas d'accord dire « non »)

Patient : Oui, oui, pas de souci.

Ici, le patient ne répond que par onomatopées. On ignore s'il a réellement écouté le pharmacien ou s'il subit cette liste de tâches pénibles et n'attend que de sortir de l'officine pour s'allumer une cigarette et oublier un peu ses soucis. Le pharmacien souhaite sans doute donner toute l'information au patient car il sait que cela joue un rôle primordial dans la réussite du traitement mais ce faisant il « oublie » le patient et sa bienveillance laisse place à de la malfaisance.

Situation moins directive :

Pharmacien : Maintenant que vous avez bien compris les buts du traitement, nous pourrions parler de certaines actions que vous pourriez faire pour améliorer votre santé ?

Patient : Et bien oui, pourquoi pas ?

Pharmacien : Vous avez des idées ? Peut-être par rapport à ce qu'a dit le médecin ou votre ressenti ?

Patient : Comme je vous l'ai dit, je fume sans doute un peu trop, mais je ne me vois pas arrêter maintenant.

Pharmacien : L'arrêt ne vous semble pas envisageable, d'accord, mais peut-être y a-t-il une autre solution ? Ou un autre point possible ?

Patient : Le médecin m'a parlé de l'alimentation, je voulais perdre un peu de poids avant les beaux jours. Je me sens capable d'arrêter la charcuterie, le fromage et les plats préparés pendant deux semaines peut-être même un mois ! En plus, dans ce cas, il va falloir que je fasse les courses plus souvent. Je pense que j'irai à pied et au retour avec les bras chargés ça m'évitera de fumer, comme je le fais en voiture.

Pharmacien : Ces mesures me semblent réalisables et sont orientées dans votre intérêt. Je trouve que ce sont de bonnes idées.

Dans cette situation le pharmacien n'a rien imposé, il a laissé le patient revenir sur l'entretien qu'il a eu avec le médecin. Il a su lui-même planifier les actions les plus adaptées à son mode de vie, cela renforce sa motivation personnelle à les accomplir. Et la formulation à l'oral de telles mesures les rendent déjà réelles et possibles. Le

pharmacien en retrait n'a fait que l'orienter vers ces solutions satisfaisantes et il appuie ensuite la décision du patient.

Pour augmenter la motivation du patient, on peut construire ces questions de différentes façons. On peut lui faire peser le pour et le contre, cela amène le patient à regarder la situation dans son ensemble. Si le patient semble motivé à adopter un changement, on peut aller plus loin en lui demandant ce qui se passe ensuite. Lorsque la motivation est au contraire faible, on peut parler de façon hypothétique (86).

(3) Ecouter

Si l'interrogation est un moyen de responsabiliser un patient, l'écoute est un outil pour stimuler la compassion du pharmacien qui permet le partage des sentiments de l'autre. Un pharmacien qui sait écouter est donc empathique, mais il ne suffit pas d'entendre pour écouter. Dans la complexité de la relation humaine, nous allons voir que l'écoute est un outil de compréhension très utile dans l'acceptation de l'autre. L'acceptation de l'autre dans toute sa diversité avec ses aspects perçus comme négatifs et positifs, ne veut pas dire qu'on est d'accord avec lui. L'acceptation est le concept sous-tendu par le devoir du pharmacien de soigner sans juger (80).

L'écoute qui en apparence est une activité improductive, où le soignant est passif, fait partie intégrante du soin. Les patients qui se tournent vers des thérapies naturelles ou alternatives sont parfois simplement en besoin d'être écoutés. Lors d'un entretien le patient a l'impression lorsque le pharmacien écoute d'avoir passé plus de temps que le temps réellement passé, ceci augmenta la satisfaction du patient. De plus, une écoute active permet de repérer directement les besoins du patient et les notions qu'il a acquises et évite d'avoir des discours redondants, soit d'une fois sur l'autre, soit avec d'autres professionnels de santé (86).

Certains signes peuvent aiguiller le pharmacien sur le fait qu'il doit écouter : le début d'une entrevue, un patient confus ou ennuyé, après avoir posé une question ouverte, quand le patient véhicule une émotion forte (joie, colère, tristesse, peur...) (86). Lors de l'écoute le pharmacien doit être particulièrement attentif aux signes non verbaux qu'il renvoie, c'est pour le patient un des indicateurs principaux de la curiosité sincère du pharmacien.

Une bonne écoute c'est avant tout savoir se taire, autant physiquement que mentalement. Ecouter ce n'est ni questionner, ni approuver, ni raisonner, ni analyser, ni désapprouver. Le moindre écart dans l'écoute oriente le sujet et ne laisse plus la personne s'exprimer librement (86). Toutefois le silence absolu met généralement mal à l'aise, c'est pourquoi nous allons étudier les différentes façons d'écouter.

(a) L'écoute passive

L'écoute passive correspond à une écoute simple du patient, celle où on fait silence pour autrui. Elle peut être utilisée en début d'entretien, néanmoins le

pharmacien peut rapidement être distrait et finir par ne plus écouter le patient. La distraction peut venir d'un élément extérieur ou directement de soi quand, par exemple, on prépare une réponse à l'autre alors qu'il est encore en train de nous parler (20).

(b) La réponse d'acquiescement

Une légère réactivation des cordes vocales et vous pouvez écouter en encourageant votre interlocuteur à continuer : « Hmm », « Oui », « Dites m'en plus ». Ce n'est pas vraiment l'idéal, le patient peut même avoir le sentiment inverse, celui de ne pas être écouté (20).

(c) L'écoute projective

L'écoute projective est une écoute sélective ; nous prêtons attention aux propos d'autrui à travers ce que nous voulons entendre. Cette écoute est un des risques pour les personnes ne sachant pas écouter. Elles induisent la réponse et se désintéressent de l'univers d'autrui. C'est le pendant dans l'écoute du questionnement orienté.

(d) L'écoute active

L'écoute active est de loin la plus efficace, mais la plus difficile à mettre en œuvre. Lors de l'écoute active, le pharmacien se rend complètement disponible au patient tant sur le fond de la communication que sur la forme. Les aspects verbaux et non verbaux de la communication sont pris ensembles pour comprendre les véritables besoins du patient. L'écoute active comprend trois modes : le silence attentif, l'effet retour ou étiquette et la reformulation ou reflet. Le silence actif, est explicité dans l'introduction de la partie « (3) Ecouter ».

L'effet retour ou l'étiquette demande de grandes capacités émotionnelles. A la suite de l'intervention du patient, le pharmacien répond non pas sur le fond du message mais sur l'interprétation qu'il en a faite. Ainsi, si les signes verbaux et non verbaux renvoient à un sentiment le pharmacien souligne ce sentiment. La reformulation ou le reflet n'est pas une redite, mais c'est véritablement résumer ou interpréter les inférences du message du patient. Cela permet de lui signaler que vous l'entendez, l'écoutez et le comprenez. Ces deux techniques sont à utiliser de préférence comme des hypothèses. Ainsi le patient en vous approuvant ou en vous corrigeant vous aidera à mieux le comprendre. Et au final, sans même sans rendre compte il aura l'impression (vraie) que vous l'avez parfaitement compris.

Patient : Bonjour. Je ne vais pas bien du tout, on vient de m'annoncer une mauvaise nouvelle... (une émotion forte signale un besoin d'être écouté).

Pharmacien : ... (En silence il signale par un comportement non verbal qu'il est prêt à écouter : se rapproche du patient, lui donne son regard et met de côté toute distraction possible comme les stylos ou l'écran d'un ordinateur)

Patient : Je reviens de chez le médecin... J'ai eu mes résultats d'analyse...

Pharmacien : Vous semblez préoccupé par ces résultats. (étiquette)

Patient : Je suis plus que préoccupé, en vrai, je ne sais pas comment le dire. Je n'avais même pas envie de venir à la pharmacie aujourd'hui, mais le médecin me l'a conseillé pour prendre ceci... (le pharmacien a mal interprété donc le patient le reprend et se dévoile un peu plus).

Pharmacien : Et vous êtes venu quand même car il semble que ce soit une nouvelle très importante qui est tombée. (le pharmacien finit la phrase dans le sens que le patient semblait lui donner).

Patient : Oui c'est très important. (le pharmacien a compris)

Pharmacien : ... (le patient a visiblement envie de parler mais ce sujet est sensible, le silence lui laisse le temps dont il a besoin pour parler)

Patient : Vous savez je ne me sentais pas fort c'est dernier temps, et lors de l'analyse... il semble que j'ai un cancer...

Pharmacien : Cette nouvelle est très importante. Il est normal qu'elle vous affecte à ce point. Si vous le souhaitez, vous pouvez m'en parler un peu plus.

Patient : (les yeux larmoyants) J'ai peur des conséquences pour moi...

Pharmacien : Pour vous ? (reflet simple en répétant la fin de phrase)

Patient : Il va falloir que beaucoup de choses changent dans ma vie, je ne me sens pas prêt pour tout ça... Les chimios... C'est effrayant... Et je suis seul pour affronter ça...

Pharmacien : Seul ? (reflet simple)

Patient : Je n'ai pas de famille... Non, c'est vrai heureusement, il y a mes parents. Ma mère s'inquiète toujours trop... Mais cette fois...

Pharmacien : Avec cette importante nouvelle et tous les changements qui viennent vous avez peur, mais en vous rapprochant de vos parents ces épreuves seront sans doute plus simples à traverser. (résumé de la conversation)

Patient : Oui, vous avez raison, je vais appeler mes parents en rentrant. Je suis sûr que ça va m'aider. Merci.

Dans cette situation, le pharmacien ne peut apporter que peu d'aide concrète au patient, mais l'écoute a néanmoins aidé le patient à y voir un peu plus clair. Le pharmacien sans apporter de réponse au patient à seulement par ses compétences émotionnelles, canalisé le patient sur un chemin préférable à la mélancolie.

Le renforcement fait partie de l'écoute active et est un principe psychologique qui explique que valoriser un comportement positif amène la personne à l'adopter de plus en plus. Une des volontés de l'humain est d'arriver à se conformer à l'esprit du groupe, en lui renvoyant une image positive lorsqu'il adopte un comportement sain on l'invite à en adopter de nouveaux ou à renforcer celui en place (80).

Essayer l'écoute active sur quelqu'un que l'on connaît nous apprend déjà beaucoup alors utilisée avec un patient, elle augmente considérablement l'efficacité du dialogue et est parfaitement calibrée pour l'approche centrée sur la personne.

Le tableau suivant présente les réponses possibles après différentes écoutes du pharmacien.

Tableau 7 : Présentation de différentes façons d'écouter

Une femme se présente avec une ordonnance : « L'infirmière qui s'occupe de mon mari a dû nous faire une nouvelle ordonnance. Le médecin n'avait pas prescrit suffisamment de pansements... ». Réponse du pharmacien :	
Ecoute passive	« Je vais vous chercher ces pansements tout de suite. »
Réponse d'acquiescement	« Tout à fait, c'est le rôle de l'infirmière de compléter la prescription si la cicatrisation n'est pas terminée. »
Ecoute projective	« Il me semblait bien qu'il en aurait fallu plus la dernière fois, mais vous savez, on ne peut malheureusement pas modifier une prescription... »
Ecoute active	« Il me semble que cela vous ennuie de devoir retourner à la pharmacie prendre ces pansements. »

(4) Argumenter

L'argumentation dans les entretiens de santé est encore peu étudiée aujourd'hui (51). Le conseil du pharmacien d'officine est censé être motivé par une justesse scientifique, étant un des agents de l'*evidence-based medicine* (médecine basée sur la preuve). Tandis que le patient peut se baser sur un autre modèle de croyances nourri par une expérience personnelle, les médias, des récits de proches...Le pharmacien et le patient ne possèdent ni le même référentiel, ni les mêmes représentations, par conséquent le patient ne sera pas toujours convaincu par le bienfondé du discours du pharmacien d'officine. L'argumentation est un outil communicationnel très utilisé en santé car les croyances y sont diverses.

Exemple :

Un patient explique au pharmacien qu'il utilise le paracétamol comme un somnifère. Le pharmacien est capable de comprendre que la propriété antipyrétique de la molécule favorise l'endormissement. Mais il n'est pas aisé d'expliquer au patient que la balance bénéfice-risque de cette molécule n'est pas favorable dans cette indication alors que le patient a une expérience positive dans l'effet recherché.

(a) Les bases théoriques de la rhétorique

La rhétorique est omniprésente dans les interactions humaines. C'est une discipline ancienne qui a connu nombre de polémiques, tantôt adulée, tantôt méprisée. Elle a aujourd'hui encore de nombreuses applications dont la santé. L'argumentation prend place dans une situation globale qui comprend plusieurs facteurs : une problématique ou une exigence, une audience, un orateur et un moment ou un temps limité pour prendre place (*kairos*). La problématique vient de la divergence des opinions ou des stratégies à mettre en place pour atteindre un objectif. Aborder ce problème prend place dans un moment précis et c'est ce temps limité qui s'appelle le *kairos*. L'audience à laquelle s'adresse l'argumentation, dans notre situation est le patient et l'orateur-pharmacien est celui qui avance l'argumentation. Une argumentation n'est pas seulement une suite de mots mais prend place dans une situation sociale globale. On peut l'illustrer par cet exemple : comme l'alcool est mauvais pour la santé ; si une personne qui consomme de l'alcool souhaite vivre longtemps ; la personne doit arrêter d'en consommer. C'est une argumentation que la plupart des gens considèrent comme convaincante. Néanmoins, elle n'atteint dans cette forme que peu son objectif, soit l'arrêt de l'alcool (85).

(b) Convaincre ou persuader ?

Dans l'argumentation, on distingue trois formes d'approches : l'*ethos*, le *logos* et le *pathos*. L'*ethos* est une façon de convaincre en mettant en avant les qualités de l'orateur. Cela fait référence à l'éthique, quelqu'un de bien me conseille sans doute une bonne solution. Dans notre situation, l'éthique professionnelle qu'est la déontologie existe pour remplir cette part de l'argumentation. Toutefois, le pharmacien doit adopter une attitude conforme à cette éthique. Le *logos* est le fait de convaincre par la logique : en santé nous nous basons sur l'*evidence-based medicine* qui est garante des propos tenus (51). C'est au pharmacien de mettre en forme ces notions de façon convaincante pour qu'elles soient accessibles au patient. Enfin, le *pathos* est le fait de persuader soit d'argumenter en se fondant sur les sentiments. C'est une pratique qu'on peut retrouver également en santé, pour obtenir l'acceptation d'un traitement par le patient (85).

Un parallèle peut être fait entre ces dimensions et le roman de Dumas « Les trois mousquetaires », en effet, d'Artagnan représente l'exigence. La détresse de la reine et l'urgence de sa situation font échos au *kairos*. Aramis le mousquetaire qui rentre dans les ordres toujours droit et ambitieux représente le *logos*. Athos le mousquetaire vertueux et de caractère noble est l'*ethos* et enfin pour le *pathos* c'est

Portos le bon vivant courageux et loyal. Tous ces caractères ne seraient arrivés à rien seuls, mais s'allient par la devise « Un pour tous et tous pour un ! », qui témoigne de l'interdépendance et de la synergie des approches de l'argumentation. C'est une personnalisation des notions de la rhétorique qui est livré à travers ce roman (85).

L'argumentation est particulière dans les entretiens de santé car les arguments apportés à la conversation sont souvent co-construits à la fois par le pharmacien et le patient. On se rapproche donc plus d'une négociation que d'une argumentation au sens strict même si on garde les grands marqueurs (51).

(c) La manipulation et l'argumentation

La rhétorique est une discipline qui de tous temps a nourri une ambivalence. Tantôt elle est la représentante de la logique pratique et un art ancestral, et tantôt elle devient un sophisme ou un raisonnement spécieux où le style est plus important que le contenu (85).

Au sens commun la manipulation est un terme assez péjoratif, on cherche à tromper une personne pour l'amener à ses fins. Le pharmacien d'officine en tant que professionnel de santé peut penser qu'il sait ce qui est bon pour son patient et qu'une manipulation à des fins bénéfiques pour le patient est une bonne chose. Or, ce serait un acte pernicieux qui serait éthiquement mauvais, il faut respecter le patient et son autonomie. Dès lors, on pourrait considérer que toute tentative de modifier un avis par l'argumentation est une manipulation. En réalité, la différence fondamentale entre manipulation et argumentation est sur la liberté qu'on laisse au patient. Une manipulation se doit d'être invisible aux yeux du patient et de l'amener à agir sans réelle prise en compte de sa volonté. L'argumentation est un processus ouvert et même si le patient n'a plus de contre-arguments à proposer au pharmacien, il reste totalement libre de son choix c'est-à-dire d'adhérer ou pas au conseil officinal. L'argumentation doit toujours être sans violence, humaine et dans le respect du patient (46).

d) La communication intrapersonnelle

La communication intrapersonnelle est importante car elle a lieu quand on est seul mais également quand on communique avec une autre personne. Elle correspond à l'image de soi physique, intellectuelle, sociale et émotionnelle. Cette image est évolutive et est influencée par les communications. Elle est divisible en trois dimensions (80) :

- Le besoin de reconnaissance et la motivation à savoir comment les autres nous voient.
- La cognition, qui comprend cinq fonctions intellectuelles utilisées lors d'une communication. (I) décoder, c'est l'interprétation des données que l'on perçoit, (II) encoder ou la mise en forme de l'information que l'on veut donner, (III) intégrer,

c'est relier les informations entre elles pour en dégager du sens (IV) schématiser ou organiser l'information, et enfin (V) mémoriser.

- Diriger ou gérer les réactions des autres pour vérifier à chaque instant les réactions des autres et les interpréter. Cette vérification vise à accorder l'image que les autres ont de nous avec celle que nous avons de nous-même.

3. Les croyances et les comportements de santé

« Quiconque prétend s'ériger en juge de la vérité et du savoir s'expose à périr sous les éclats de rire des dieux puisque nous ignorons comment sont réellement les choses et que nous n'en connaissons que la représentation que nous en faisons. »

Albert Einstein.

Il est important pour le pharmacien d'officine de comprendre les croyances et représentations du patient et les siennes. Une divergence entre les représentations de chacun peut être à l'origine d'un conflit ou d'une mauvaise relation. Il faut qu'il apprenne à les identifier et à les concilier. Ignorer les représentations c'est ignorer les raisons du patient, ce qui revient à dénigrer le patient. Les connaître et les comprendre améliore la communication, on conçoit mieux les limites et les facilitateurs du patient ce qui permet une interaction plus efficace et respectueuse. Se méfier de ses propres représentations aide également le pharmacien à mieux se connaître et de limiter ses préjugés et par conséquent avoir un entretien plus neutre.

a) Les concepts

Les représentations, croyances ou connaissances subjectives sont des notions confondues dans ce chapitre.

(1) La variabilité et la subjectivité des représentations

Les représentations en matière de santé ne sont pas uniques et stables dans le temps. Chacun a sa propre notion de ce qu'est « être en bonne santé ». Nous allons voir que la représentation de la maladie varie avec les époques et les cultures. Cette variabilité se retrouve même à plus petite échelle dans une communauté et même dans une famille.

(a) Au cours du temps en Occident

A l'époque d'Hippocrate, en Grèce, la maladie est due à un déséquilibre entre les différentes humeurs du corps humain. Chaque humeur est associée à une saison et un élément, Galien y ajoutera un tempérament. La maladie est donc la conséquence d'un phénomène naturel, un déséquilibre de fluide dans le corps. Et pour Platon le corps et l'âme sont séparés. Cette vision perdurera jusqu'au Moyen Âge.

Au Moyen Age, la maladie et la souffrance du corps sont perçues comme une purification de l'âme. La maladie est alors un châtement divin pour réparer des fautes commises individuelles ou collectives (famille, ville...). Ensuite vers la fin du XVIIIème début du XIXème siècle, avec le progrès des sciences biologiques et médicales, le modèle biomédical voit le jour avec les représentations de la maladie que l'on connaît. C'est alors le modèle dominant mais pas l'unique modèle en Occident.

(b) Dans différentes cultures aujourd'hui

Le modèle biomédical conçoit que l'état du corps est indépendant des efforts fournis pour comprendre son fonctionnement et le contrôler, ce n'est pas le cas dans toutes les cultures. La médecine traditionnelle chinoise est basée sur le principe d'un équilibre entre le *yin* et le *yang*. On retrouve également des notions de *karma* (la maladie est la conséquence d'un mauvais acte antérieur), de destinée *ming*, de chance *yum*, d'horoscope *patzu*. La famille joue un rôle primordial dans la santé elle aide à prendre les décisions et peut être également la cause de la maladie. Ce modèle de croyances repose sur l'harmonie globale, supérieure à l'individu.

En Inde, la médecine ayurvédique repose sur la circulation de l'énergie vitale dans le corps *chakra*. Parfois, les canaux où circule cette énergie peuvent se bloquer. La diète, le yoga, la méditation et la phytothérapie sont alors des traitements de choix ou encore des outils servant à réaliser le diagnostic. Sur le continent africain, il existe une très importante diversité de pratiques et de croyances en matière de santé.

On note que la médecine occidentale actuelle possède une conception plus individuelle de la santé et de la maladie que d'autres cultures, cela fait sans doute écho à notre système économique et social fondé sur des valeurs libérales et individualistes. Chaque pratique médicale est liée à la culture et à la période où elle est apparue. Cette variété existe également au sein de chaque culture et période, car il en est de même pour les représentations personnelles en santé, elles sont formées par l'adéquation entre l'individu et son environnement.

(2) La construction des représentations

Dans leurs travaux Leventhal, Meyer et Nerenz ont identifié cinq dimensions dans la perception de la maladie des personnes (62) :

- L'identité : c'est la façon dont les personnes nomment leurs maladies et les symptômes qui en découlent.
- Les causes perçues : ce sont les facteurs étiologiques que le patient attribue à sa maladie. Cette étiologie subjective possède un impact important sur la représentation de la maladie.
- La chronologie : c'est l'idée des durées qu'a le patient concernant sa pathologie.
- Les conséquences : c'est l'impact perceptible sur la vie du patient.
- Les traitements et le contrôle perçu : ce sont les différentes possibilités qui s'offrent au patient.

Les patients créent donc des représentations de leur maladie, nous avons vu leurs natures mais il est intéressant de se pencher sur leurs fonctions. Tout d'abord c'est une forme de savoir, généralement profane, mais elles donnent du sens à la situation que vivent les patients. De cette façon plus le pharmacien apporte au patient une représentation qui est proche de son système de croyance plus le patient a de facilité à l'accepter. Elle permet d'affirmer une appartenance à un groupe pour un individu. En adoptant le système de croyance de sa communauté on est mieux accepté. *In fine*, elles permettent d'orienter et de justifier les comportements et les choix de vie.

Les représentations et système de croyances ne répondent pas à une logique formelle, ainsi les contradictions n'apparaissent pas comme un problème pour la personne. Par exemple, un asthmatique est conscient que fumer est un comportement à éviter dans le cadre de sa pathologie. Mais il peut considérer que fumer ne lui produit pas une gêne immédiate et que son asthme est intermittent. Dans la représentation de l'asthme pour le patient, il est malade par période et ne fait pas de lien entre période de maladie et la cigarette : bien qu'il sache que fumer n'est pas compatible avec un asthme. Cette ambivalence doit être un des points que le pharmacien met au jour pour amener le patient à réellement changer de comportement. Toutefois, sans l'accord sincère du patient sur cette ambivalence il y a peu de chances d'apporter une vraie modification.

Les représentations sont construites tout au long de la vie et des expériences du patient (88). Les représentations sont tout d'abord amenées par la communication d'information avec autrui. Dans ce cadre, on trouve la famille et les amis dont les représentations ont un impact important sur nos propres croyances, ainsi que l'entrevue avec un professionnel de santé. Les médias et internet prennent de plus en plus place dans ce processus (30). Ce moyen de construire ses représentations possède deux fonctions, une informationnelle et l'autre normative. Au contact d'autrui, nous pouvons non seulement acquérir des connaissances mais également comprendre une partie de la réalité des autres personnes qui nous entoure et essayer de nous y conformer. La construction des représentations d'une personne est donc entreprise par des expériences directes et indirectes de la maladie. L'adéquation de toutes ces interactions amène à la création d'un savoir abstrait qui permet au patient de mieux se connaître et de mieux connaître sa maladie.

b) Les représentations et les croyances portant sur la maladie et la santé

Dans les représentations de la maladie par les patients, on distingue trois notions : (i) *disease* ou pathologie qui aborde le côté somatique et objectif d'un état de santé ; (ii) *illness* ou maladie c'est l'expérience subjective des personnes ; (iii) *sickness* ici on est face à la dimension sociale d'une maladie. Il est essentiel de connaître une telle séparation car elle peut nuire à une bonne compréhension réciproque.

(1) Les croyances naïves

Ce sont les théories profanes, qui constituent un modèle de sens commun. Elles servent à expliquer, donner du sens et même si elles possèdent des lacunes scientifiques, elles ont un rôle compensatoire. En parallèle de la médecine occidentale en Europe, on trouve des personnes (majoritairement des femmes) ayant un niveau d'étude supérieur et d'âge moyen qui consomment des médecines parallèles, malgré leurs caractères informels. On retrouve des représentations opposées entre médecine classique et parallèle. La médecine classique est considérée comme chimique, comportant beaucoup de risques, pas toujours efficace et avec un rôle passif attribué au patient. Au contraire, les médecines parallèles véhiculent des croyances comme le fait qu'elles sont sans risques, efficaces, avec une prise en charge globale du problème et où le patient a un rôle actif dans le maintien de sa santé. (89)

On retrouve également des croyances populaires comme « le rhume s'attrape par les pieds », alors même que la plupart des gens sont au courant que les vecteurs de la rhinopharyngite sont des virus. Il est pourtant difficile de relier les mécanismes d'une infection virale avec le fait de marcher pieds nus sur le carrelage.

(2) Les représentations du médicament

Concernant les médicaments, les croyances en Europe sont nombreuses et variées. Il est démontré que la représentation qu'a un patient du médicament conditionne l'utilisation qu'il en fait. Ces représentations sont souvent ambivalentes : le médicament possède une part de bon et une part de mauvais. Les patients apprécient l'efficacité des médicaments mais rejettent les effets indésirables et leur image « chimique ». On peut également relever que les patients jugent souvent de l'efficacité d'un traitement par la gravité de ses effets indésirables ou ses mauvaises qualités organoleptiques (goût, texture, odeur...) (51).

Cette ambivalence n'existe pas toujours, parfois les patients ne considèrent le médicament que comme indésirable. On peut prendre comme exemple le mouvement « antivax ». Les discours tenus par cette communauté regroupent : « les vaccins ne protègent pas efficacement », « ils sont inutiles car les maladies ont disparu », « c'est juste une histoire d'argent », « les vaccins causent des maladies » ...

Au sujet des médicaments au long cours, on observe que le patient essaye de faire correspondre l'utilisation du traitement avec ses croyances. Il peut décider de faire une pause ou de diminuer les doses pour « reposer son organisme » ou en fonction de la prépondérance des symptômes ou des effets indésirables. Il prend ces décisions de façon autonome sans prendre l'avis d'un professionnel de santé et en évitant de le mentionner lors de la prochaine rencontre. Les médicaments se divisent souvent pour les patients en médicaments naturels et chimiques. Les médicaments naturels sont les bons et sans danger, tandis que les traitements chimiques sont à risque mais efficaces (51).

Le patient fait donc appel de façon très naturelle, aux données qu'il a en sa possession pour dégager une explication logique entre ce qu'il observe ou ressent et la prise de son traitement. Le rôle du pharmacien est d'éduquer et de développer les connaissances de ses patients pour améliorer leur observance et favoriser un bon usage du médicament, et qu'à terme le patient soit autonome dans sa prise de décision qui soit la plus efficace et la plus en sécurité possible.

(3) Les divergences

La représentation de la maladie pour un pharmacien est nourrie par l'étude scientifique qu'il en a faite. Il faut trouver un équilibre pour se comprendre entre la représentation objective du pharmacien et subjective du patient. Mais toutefois, on semble dire que le pharmacien détient un savoir supérieur à celui du patient qui doit être transmis. Ce n'est pas le cas, il faut savoir qu'en matière de médecine il existe des imprécisions, des phénomènes pas toujours bien expliqués, car la science médicale n'est pas aussi déterministe que les mathématiques ou l'informatique.

Une étude indique que 70% des personnes souffrant de douleurs rachidiennes n'ont aucune cause organique ou fonctionnelle les expliquant. Dans une autre étude, seulement 30% des personnes qui avaient une atteinte décelable du rachis se plaignaient de la douleur. Ces écarts sont sans doute explicables mais à ce jour nous ne détenons aucun modèle qui puisse les expliquer avec précision (29).

c) Les comportements de santé

Au XXème siècle, les causes de la mortalité ont commencé à évoluer, ce ne sont plus les maladies infectieuses qui tuent le plus mais les cancers et les pathologies cardiovasculaires. Ces causes de la mortalité sont reliées à un ensemble de pratiques que l'on appelle les comportements de santé. Certains comportements peuvent être des facteurs protecteurs (comportements sains) : faire de l'exercice physique, avoir une alimentation variée et équilibrée, bien s'hydrater... D'autres peuvent être des facteurs de risques (comportements à risque) : fumer, consommation d'alcool, sédentarisme...

(1) La promotion de la santé

Nous avons parlé en partie I des rôles du pharmacien et notamment celui de futur promoteur de la santé. Cette notion se définit comme l'augmentation de la protection de la population vis-à-vis des risques et l'amélioration de l'état de santé des individus. Elle se traduit dans les faits par une augmentation de la longévité, une amélioration de la qualité de vie et diminue les risques auxquels s'expose une population par la prévention.

Pour agir en ce sens, l'action peut viser deux types de facteurs : les facteurs environnementaux et les facteurs comportementaux. En ce qui concerne les facteurs comportementaux, on peut agir dessus mais cela demande de modifier les croyances

et d'augmenter les connaissances des patients sur les risques, les causes et les conséquences d'une pathologie.

(2) Le style de vie

Il est rare qu'une personne adopte uniquement des comportements sains ou uniquement des comportements à risque. On parle de style de vie quand on fait une somme des comportements sains et à risque qu'adopte une personne. Le style de vie est donc lui aussi soit sain soit à risque.

(3) Agir sur les comportements et les représentations de santé

Le style de vie est donc nuancé, il est peu commun pour une personne de changer son style de vie de façon brutale. Généralement le patient a conscience des différentes conduites à risque qu'il pratique, et par la discussion on peut identifier les plus à risque et les plus faciles à changer pour le patient. Les changements lorsqu'ils sont progressifs sont plus durables mais certaines personnes ont besoin pour modifier leur style de vie d'une rupture et de changements brutaux.

Quand on souhaite modifier un style de vie on peut procéder en supprimant un comportement à risque ou en le diminuant, c'est une action restrictive, ou en ajoutant ou augmentant un comportement protecteur, on parle d'action additive. Il semble que supprimer une habitude soit une tâche bien plus ardue que d'ajouter un comportement sain au style de vie du patient. (53)

d) Une parenthèse sur les inégalités de santé

D'après Thierry Lang chercheur en épidémiologie à l'université Paul Sabatier, il existe plusieurs façons d'apprécier une même réalité. Imaginons une dame âgée, souffrant d'un diabète mal équilibré, qui s'est brûlée. Elle soigne sa blessure un peu tard et doit aller aux urgences. Là, elle subit une radio qui entraîne une insuffisance rénale et provoque son décès. Du point de vue strictement médical, cette dame est morte des complications d'un diabète non équilibré. Du point de vue de l'accès au soin, les soucis de prise en charge par l'assurance maladie l'ont incitée à retarder les soins. Du point de vue social, cette dame habite dans un logement insalubre qui ne possède pas l'eau chaude, et lui impose d'utiliser une bouilloire pour l'eau chaude de sa toilette. De par ses conditions de vie, le transport de la bouilloire lui a causé ses brûlures conduisant à son décès. Cet exemple lie les conditions sociales de vie à l'état de santé.

Au-delà de cet exemple, le concept d'inégalités de santé qui relie l'état de santé aux conditions sociales induit des inégalités dans la répartition des « accidents » de santé sur la population. En France, les inégalités de santé sont fortes comparées aux autres pays européens du nord et de l'ouest. En étudiant l'espérance de vie, on remarque qu'elle a été multipliée par trois en environ trois siècles et ce quelles que

soient les conditions de vie. Or des facteurs géographiques, économiques ou éducatifs influent sur le potentiel de santé. On observe un gradient social de santé selon les classes socio-économique, si la santé était aléatoire toutes les classes seraient touchées de façon égale mais les plus basses classes de la société sont plus touchées par les problèmes de santé que les classes les plus hautes. En France, le système de prévention des maladies est mutuel, équitable et universel, or selon cette analyse les classes les plus hautes pourraient vouloir se désolidariser de ce système car elles sont moins touchées par les problèmes de santé (90,91).

Les causes de ce gradient social sont l'environnement personnel et professionnel, la capacité d'accès au soin et les comportements de santé (alcool, tabac, alimentation et activité physique). En ce qui concerne les comportements de santé que l'on qualifie volontiers de comportements individuels plutôt que collectifs, on observe également un gradient social, les classes les plus basses adoptent des styles de vie à risque et les classes les plus hautes des styles de vie protecteurs. Or si ces comportements étaient véritablement individuels ils devraient être répartis indépendamment des classes sociales. L'architecture de notre société a donc des influences non négligeables sur les états de santé individuels, ce qui justifie l'adhésion de tous au système de prévention (90).

Concernant les changements de comportements de santé qui devient un des rôles du pharmacien d'officine, la prévention a tendance à augmenter les inégalités de santé, en effet, les classes les plus hautes bénéficient plus des programmes de prévention nationaux (91). Une réflexion est menée pour améliorer la prévention de manière à ce qu'elle soit plus équitable (91). Nous verrons en partie 3 que la dimension individuelle ou collective des comportements de santé est étroitement liée à la vision politique de la société et de la responsabilité.

B. La méthodologie du conseil officinal

Comme proposé dans le livre de Lussier et Richard, « la communication professionnelle en santé », le conseil est divisé en deux types de tâches (51) : les tâches transversales qui ont lieu tout au long du dialogue avec le patient sans temporalité précise, et les tâches séquentielles ou étapes du conseil qui sont en fait un suivi du début à la fin d'un conseil type.

1. Les tâches transversales

a) La compétence émotionnelle

Nous abordons ici la dimension émotionnelle de l'entrevue entre le pharmacien et le patient, qui est importante mais plus ou moins présente en fonction de la situation. L'essentiel est pour le pharmacien de faire preuve d'authenticité dans son approche. Les émotions ont un rôle central, elles sont évolutives. Chez le patient elles proviennent des conditions de la situation, tandis que pour le pharmacien elles sont souvent la conséquence du comportement du patient. Dans la plupart des entretiens,

patients et pharmaciens tentent de cacher leurs émotions pour ne laisser transparaître que celles qui sont socialement acceptées. La confiance du patient est liée aux émotions perçues du pharmacien qui sont jugées appropriées ou pas. Dans le décryptage des émotions, il faut être particulièrement attentif aux langages verbal et non verbal qui en sont de bons reflets. Les expressions faciales sont un point tout particulièrement déterminant de la charge émotionnelle (51).

(1) Les émotions du patient

Le pharmacien doit apporter des réponses appropriées aux différentes émotions que présente le patient. Un prérequis essentiel à toute communication émotionnelle est le respect. C'est lorsque l'on accorde considération et valeur à une personne, qu'on la reconnaît comme unique, en libre droit d'agir selon ses croyances et d'adopter le comportement qu'elle souhaite. D'un point de vue concret, ce sont les adaptations proposées par le code de déontologie qui reflète le mieux ce qu'est le respect dans la pratique. Tout d'abord, l'environnement de l'interaction doit être propre, confortable et agréable pour le patient. Puis, le comportement du pharmacien doit être courtois, poli (utilisation du vouvoiement) et attentionné. Il faut comprendre et aider plutôt que juger. Le processus de respect s'étale dans le temps et dans l'espace, ainsi il doit exister une véritable continuité dans le respect. Le patient témoigne plus de respect si le conseil est centré sur lui-même, il faut proposer un conseil sur-mesure au patient (51).

Lorsqu'un pharmacien fait face à un patient en colère il y a des attitudes à éviter : ne pas en tenir compte, s'énerver soi-même, tenter d'apaiser le patient trop tôt ou encore reconnaître et valider l'émotion prématurément. En revanche, l'utilisation de l'empathie en faisant un reflet sans résistance peut aider à apaiser le patient. Ensuite, il faut essayer de comprendre les causes du sentiment : si elles sont justifiées et que le pharmacien est fautif des excuses s'imposent, mais si elles sont injustifiées il faut essayer de faire changer le point de vue du patient. Si au cours de sa colère le patient a eu des gestes ou des paroles inappropriées alors le pharmacien doit montrer son désaccord. Face à de la tristesse ou de la peur une démarche existe : reconnaître l'émotion forte, stopper l'entretien dans sa forme normale et déterminer les causes de l'émotion, les faire confirmer par le patient, exprimer son soutien puis reprendre l'entretien (51,80).

L'empathie est un processus cognitif qui implique de comprendre la perspective du patient et comment ce dernier ressent les expériences, et la capacité à communiquer au patient cette compréhension. L'empathie n'est pas la sympathie, l'empathie est un processus neutre de compréhension et de transmission, la sympathie est le ressenti d'émotion agréable envers une personne, elle sous-entend souvent l'adhésion à ses propos. L'empathie est un processus qui permet d'éviter une escalade émotionnelle au cours d'un entretien. Le processus empathique est constitué comme suit (51) :

- tout d'abord le patient présente une émotion, le professionnel est libre d'y répondre ou pas on appelle ce moment l'occasion empathique,
- puis le professionnel peut faire un reflet empathique comme vu dans la partie « Ecoute »,
- enfin le reflet empathique peut être accentué par une empathie additive lorsque le professionnel propose une hypothèse sur les causes de l'émotion. L'empathie additive est un acte fort qui peut avoir des conséquences importantes, il faut donc l'utiliser avec prudence en ayant déjà une compétence émotionnelle développée.

La confiance ou la *rassurance*, correspond à la capacité de rassurer ou de rendre confiance au patient. Pour être efficace, il faut combiner quatre facteurs : la pertinence (s'assurer que le patient a besoin d'être rassuré), la prévisibilité (quand le patient peut prévoir ce qui va advenir lors de l'entretien il est plus rassuré), le choix du moment et le dosage (si on rassure trop ou pas assez cela peut avoir l'effet inverse de celui escompté) (51).

Le dévoilement de soi est une technique de gestion émotionnelle avancée. Elle nécessite du tact et une bonne compétence émotionnelle du pharmacien. C'est le fait de sortir d'une relation professionnelle pour la rendre légèrement plus personnelle. Elle a des avantages : le soutien apporté est renforcé, on normalise l'entretien, on encourage le patient à lui-même se dévoiler un peu plus, la motivation du patient est renforcée en prenant le pharmacien comme modèle, il y a création d'un lien plus personnalisé et la confiance mutuelle se développe. Toutefois, il a aussi des inconvénients : une extension de la relation, des risques de faire face à des comportements, demandes ou des émotions inappropriées voire indésirables, une curiosité mal orientée du patient et une dépendance psychologique du patient envers le professionnel (51).

(2) Les émotions du pharmacien

La gestion de ses émotions propres n'est pas une chose aisée. Tout d'abord il faut savoir que la neutralité émotionnelle n'existe pas. Les émotions du pharmacien sont influencées par des événements personnels ou professionnels et ont un impact sur la qualité et l'efficacité de sa pratique. Le maître mot est de rester maître de soi et de ses émotions bien que cela ne soit pas toujours possible.

Si le pharmacien en a l'occasion, à travers un processus réflexif, il doit revenir sur l'émotion qui s'est présentée pour la comprendre et en prévenir une apparition future. Si la régulation de l'émotion doit avoir lieu au cours de l'entretien voilà quelques recommandations :

- le pharmacien doit prévenir la situation source d'émotion ou agir sur elle avant la consultation, par exemple, en favorisant un environnement apaisant.
- Quand l'émotion est ressentie, le pharmacien en premier lieu doit identifier cette émotion et essayer de la verbaliser mentalement. On peut par exemple imaginer

lorsque le poing et la mâchoire se crispent : « Je présente des signes d'énervement ».

- Une fois l'émotion ressentie reconnue, il faut pour le pharmacien en comprendre les causes, puis essayer de faire un effort d'empathie pour se mettre dans la perspective du patient. Cet effort réflexif a pour but de rationaliser et de canaliser l'émotion ressentie.
- Enfin le pharmacien peut réagir à la situation en privilégiant la communication non verbale pour, par exemple, partager une gêne avec le patient.

b) Les styles communicationnels

Il existe différentes manières de conseiller ou de mener une conversation, le pharmacien et le patient peuvent y jouer un rôle plus ou moins passif. L'approche centrée sur la personne prône une relation plus égalitaire ou chacun met ses connaissances et compétences au service de la santé. Cela n'implique pas qu'un style plus dirigiste n'est jamais bon, il faut plutôt trouver la bonne attitude avec le patient et prenant en compte notre propre personnalité. Comme le soulignent Lussier et Richard, cela dépend du contexte spécifique et de la nature du problème à ce moment-là, ainsi que les besoins et les préférences du patient et du clinicien à un moment donné (51).

Les styles de communication correspondent à différentes combinaisons des outils communicatifs : informer, interroger, écouter et argumenter. On peut employer différents styles de communication avec le patient au cours d'un même entretien (86). Les différences entre les styles communicationnels ne sont pas seulement théoriques. Porter a analysé des entretiens thérapeutiques et a fait classer par des experts les différentes interventions et réponses des thérapeutes selon leurs degrés de directivité. Dans l'entretien le plus directif, le thérapeute parle quatre fois plus que le patient tandis qu'à l'opposé dans l'entretien le moins directif le patient parle sept fois plus. En comparant directement ces deux thérapeutes, on observe que l'un parle presque vingt-sept fois plus que l'autre. Les techniques aussi varient, dans les entretiens directifs le thérapeute rythme l'entretien et définit l'objectif de celui-ci, les questions et informations transmises y sont nombreuses et précises, le thérapeute suggère les améliorations possibles au patient, toutefois, un espace reste toujours offert au patient pour s'exprimer sur des sujets définis préalablement. Au contraire, dans les entretiens moins directifs les thérapeutes insistent sur les moyens d'amener le patient à prendre conscience de ses attitudes et sentiments afin de mieux se connaître, ils reformulent et clarifient de nombreuses fois les propos du patient, et remettent souvent le patient au centre de la responsabilité de sa propre santé (92).

Ainsi on peut définir trois styles d'entretien menés avec un patient : le style directif, le style de suivant et le guide. Le style directif peut être adapté à la transmission d'information. Dans ce cas, le pharmacien fournit une information, vérifie sa compréhension et ajuste l'information si nécessaire. Dans un style où le pharmacien est un guide, lorsqu'il délivre de l'information, il demande ce que souhaite savoir le patient, lui donne l'information et demande si le patient est satisfait. C'est un style plus

collaboratif. Dans un style qui guide, les questions ont une forme socratique, c'est le patient qui trouve lui-même les réponses qu'il cherche. Cette méthode est la plus efficace quand il s'agit de faire changer un comportement de santé et à terme un style de vie.

2. Les étapes du conseil officinal

L'analyse du conseil est généralement divisée en plusieurs étapes pour en faciliter la compréhension. Il est important de bien maîtriser ces différentes étapes afin de proposer un conseil performant et complet aux patients. Cette division est utile aux jeunes pharmaciens afin de ne rien oublier, mais il faut se méfier de la normalisation à outrance. Un pharmacien plus expérimenté devrait éviter de suivre une liste à la lettre et plutôt favoriser l'adaptation pour mieux personnaliser au plus juste le conseil dans une situation particulière. Il ne faut pas non plus tomber dans le travers inverse, puisque les patients sont plus satisfaits lorsque l'entretien suit un protocole organisé. Cette organisation du conseil augmente leur confiance et la qualité perçue de l'entretien (20).

a) Les différentes approches

En matière d'entretien il existe différentes approches ou démarches. Elles présentent toutes un panel de techniques utilisables lors d'une discussion avec un patient. Il est difficile d'imaginer une approche plus performante qu'une autre au vu de la variété des situations que le pharmacien d'officine est amené à rencontrer. Il vaut mieux voir cet ensemble de théories comme une boîte à outils, outils qui sont plus ou moins applicables et performants en fonction de la situation. Ces théories servent de guide afin de mieux percevoir sa propre pratique. Le pharmacien devient véritablement accompli, quand il réussit à développer son propre style directement lié à sa personnalité, ses expériences et son environnement.

Nous allons dans cette partie aborder deux approches : l'approche Calgary-Cambridge et la démarche ACROPOLE. La première s'appuie sur des données probantes, à la fois théoriques et empiriques. La seconde est une démarche proposée en France par l'ordre des pharmaciens, elle est donc calibrée à l'exercice officinal tel que nous le connaissons.

(1) Un aperçu de l'approche Calgary-Cambridge

Cette démarche créée dans les années 90, par Kurtz et Silverman, était à l'origine destinée à l'entrevue médicale. Toutefois après quelques modifications mineures, elle apparaît parfaitement applicable à l'exercice officinal. Un des points forts de cette méthode est qu'elle est conçue pour la formation universitaire initiale (93). Elle propose différentes étapes regroupant des compétences à mettre en œuvre afin d'obtenir la meilleure interaction possible avec le patient. Sans détailler deux tâches

transversales que sont la structuration de l'entrevue et la construction de la relation, les étapes sont déclinées comme suit, (87) :

- **Initiation de la session**, cette étape comprend la préparation de la consultation, se mettre dans de bonnes dispositions mentales et avoir au préalable préparé l'information adaptée au patient. Une fois avec le patient, il faut se présenter et l'accueillir puis identifier le motif de la consultation en gardant à l'esprit que les objectifs du patient ne sont pas toujours les mêmes que ceux du professionnel de santé.
- **Collecte de l'information**, cette étape est réalisée en utilisant avec efficacité interrogation et écoute pour aller à l'encontre des problèmes du patient. Le professionnel de santé doit également obtenir le point de vue du patient.
- **L'examen physique**, cette étape a rarement lieu à l'officine. Lorsqu'elle a lieu on peut difficilement parler d'examen physique le pharmacien d'officine n'y étant pas formé. Le pharmacien peut tout de même relever la tension, observer une lésion cutanée...
- **Explication et planification**, lors de cette phase le pharmacien délivre la bonne information d'une manière appropriée au patient. Il faut aider le patient à la compréhension et à la mémorisation, arriver à une compréhension partagée incluant la perspective du patient, planifier les actions à suivre en se basant sur une prise de décision partagée.
- **Terminer l'entrevue**, à ce moment on résume l'entretien et on passe un contrat d'accord sur les actions à mener avec le patient, pour s'assurer que cela ne lui pose pas de problème.

(2) Un aperçu de la démarche ACROPOLE

A titre informatif, parmi les nombreuses sources de formation auxquelles le pharmacien d'officine a accès en matière de conseil, se trouve un site internet créé par l'ordre des pharmaciens. Ce site, AcQO (pour Accueil Qualité Officine), a pour objectif d'harmoniser et de formaliser la pratique pharmaceutique. Il permet de structurer et d'évaluer les connaissances de base des pharmaciens en matière d'accueil d'un patient à l'officine (17).

Dans une partie de ce site consacrée à l'accueil des patients sans ordonnance il y est décrit la démarche ACROPOLE. Cet acronyme regroupe toutes les étapes importantes pour s'assurer de la sécurité et de la qualité de l'échange (17) :

- **accueillir** est défini comme : « 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 d'un insigne 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. »,
- **collecter**, cette étape comprend : « 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. »,

- **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.) et les questions fermées (par leur réponse affirmative ou négative, elles permettent de compléter et préciser les informations recueillies pour affiner le conseil pharmaceutique.). Compléter les informations recueillies par la consultation de l'historique déjà présent ou issu du Dossier Pharmaceutique optimise la démarche. »,
- **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. »,
- **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. »,
- **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...). »,
- **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 questionnement simple permettra de s'en assurer.), ouvrir sur une autre demande (pour faciliter la réponse à d'éventuels besoins complémentaires.), prendre congé (La signification respectueuse du terme de l'entretien doit transmettre l'intérêt porté et permettre une éventuelle suite à donner.).

Cette démarche montre que l'ordre des pharmaciens s'est déjà saisi de l'importance de la communication à l'officine, autant pour les patients que pour les pharmaciens. Nous n'utiliserons pas cette décomposition des étapes pour parler des tâches séquentielles du conseil officinal, néanmoins vous pourrez retrouver ces notions au fur et à mesure de la lecture des parties suivantes.

b) Les tâches séquentielles du conseil officinal

La présentation des tâches séquentielles du conseil officinal sont présentées sous une forme inspirée de l'approche Calgary-Cambridge et nous nous concentrerons sur le cas d'un patient qui vient chercher des traitements d'automédication, c'est donc une situation de conseil renforcé. Cette situation est particulièrement sensible et est appelée à se développer (20).

(1) Le dialogue d'accueil du patient

Lors de la discussion d'accueil, se définissent les attentes du patient. Elles comprennent son désir de participer, sa recherche de qualité dans le conseil, l'envie de se sentir à l'aise et de sentir l'intérêt sincère du pharmacien. En réponse à ces attentes, se dessinent les devoirs du pharmacien. Il va devoir poser des questions personnelles afin de recueillir des informations utiles pour prendre la décision la plus adaptée au patient. Pour ce faire, le pharmacien doit se montrer courtois, bienveillant et expliquer ses actions. Pour illustrer, lorsque le médecin pratique une auscultation, il est de bon ton qu'il annonce les gestes qu'il va pratiquer et dans quels buts. L'auscultation du pharmacien est la communication, il est donc tout aussi important de présenter l'entretien qui va suivre et sa nécessité (20).

Lorsqu'un patient se présente dans une officine, il y vient pour chercher de l'aide ou, tout du moins, un service. C'est un moment où on peut renforcer l'autonomie et la responsabilité du patient. C'est aussi l'occasion de définir la relation comme une relation d'aide. Cette relation d'aide a plusieurs présupposés, le pharmacien ne détient pas toutes les réponses et c'est seulement avec l'adhésion du patient que la relation est pleinement bénéfique. Dans une approche centrée sur la personne, le patient doit comprendre et être convaincu qu'il est l'acteur principal de sa santé. Le pharmacien a alors un rôle de guide vers cette conclusion, en favorisant le respect et la confiance (92).

Exemple :

Pharmacien : Bonjour Mme. G., que puis-je pour vous aujourd'hui ?

Patiente : Bonjour M. c'est le médecin qui m'envoie, ma tension n'est pas bonne... Il m'a prescrit ces médicaments, mais bon... (les propos de la patiente traduisent une situation de dépendance totale, la patiente dit que si elle est là c'est parce que le médecin l'envoie. Elle semble aussi inquiète vis-à-vis de son traitement)

Pharmacien : D'accord, je vais vous poser quelques questions, si cela vous convient ? Mais tout d'abord, j'ai l'impression que vous ne voulez pas prendre ces médicaments ? (le pharmacien annonce les prémisses de la discussion à venir et soulève d'abord les inquiétudes).

Patiente : Si, si, mais c'est juste que je n'ai jamais pris d'autres traitements. Vu que ma tension est élevée le médecin m'a dit de prendre ces traitements et de revenir le voir, cela devrait la faire redescendre (la patiente précise son inquiétude, ce fait est

souligné par l'emploi du conditionnel, et elle souligne à nouveau son rapport de dépendance).

Pharmacien : Si j'ai bien compris vous prenez ces traitements dans le but d'avoir des résultats de tension qui satisferont votre médecin ? (après deux références à « ce que veut le médecin » le pharmacien intervient pour faciliter la prise de conscience de la patiente).

Patiente : Oui. Enfin, non je les prends aussi pour ma santé. Le médecin m'a parlé de toutes ces complications...

*Pharmacien : Ah donc vous prenez également ces traitements suite à **votre** décision et dans l'intérêt de **votre** santé. Je suis là pour vous appuyer dans cette décision. Et afin de vous conseiller au mieux aujourd'hui, je suis plus intéressé de savoir ce que **vous attendez** de ce traitement et des inquiétudes qu'il peut soulever **chez vous**, que de savoir quels résultats satisferont le docteur (une fois que la patiente commence à prendre sa responsabilité et son autonomie le pharmacien définit la relation comme une relation d'aide et renforce la responsabilité de la patiente).*

Lors de cet échange le pharmacien a aidé la patiente à prendre conscience que c'est elle qui décide en ce qui concerne sa santé et qu'elle en est la première responsable. Il fait néanmoins preuve de sollicitude en amenant la patiente à parler elle-même de sa représentation du traitement.

Dans le cas d'une première rencontre, le pharmacien doit dans un climat confortable et amical se présenter et appeler le patient par son nom, ainsi il donne au patient l'occasion de confirmer son identité. On commence généralement par une conversation anodine pour briser la glace, qui doit être brève mais non précipitée alors seulement le véritable conseil peut commencer. Dans le cas d'un patient habituel, le pharmacien procède à une évaluation évolutive, en insistant sur l'observance qui est un critère essentiel de réussite d'un traitement et les effets secondaires qui sont une cause importante d'abandon d'un traitement. Il est également important de prendre un temps avec ses patients pour apprendre à mieux les connaître en tant que personne et non seulement en tant que patient (20).

(2) [La discussion pour le recueil d'information et la définition des besoins](#)

Lors de cette phase du conseil officinal, le pharmacien est essentiellement à l'écoute. Il doit encourager la libre expression par l'emploi de questions ouvertes, en adoptant une attitude bienveillante, d'intérêt pour le patient et de compétences. Pour pouvoir définir au mieux les besoins du patient le pharmacien doit être attentif aux sentiments du patient tels l'ambivalence, l'hostilité, l'anxiété, l'inquiétude, la culpabilité ou l'indécision, sans le couper. Une fois que le patient a donné l'information, le pharmacien reformule et résume ce qu'il a compris, afin de vérifier la concordance entre sa compréhension des besoins du patient et les besoins réels du patient (92).

(a) La définition des besoins du patient

Formuler un ordre du jour en début de discussion avec le patient peut être très utile pour éviter au pharmacien de se focaliser prématurément sur un sujet qu'il souhaite aborder ou pense que le patient souhaite aborder. Cette étape permet de définir avec le patient ses perspectives et ses préférences (86). En officine, le patient vient généralement dans un but précis sachant ce qu'il attend du pharmacien. On peut tout de même l'aider à exprimer d'autres besoins en ajoutant une question ouverte ou à choix multiples après sa demande quand elle est vague. On peut employer une question de clarification dans le cas où le patient sait précisément ce qu'il veut.

Patient : Bonjour, je suis enrhumé, j'aurais besoin d'un traitement. Que me conseillez-vous ?

Pharmacien : Il y a effectivement plusieurs traitements possibles, mais avant d'en sélectionner un, j'aimerais vous poser quelques questions pour trouver le plus approprié pour vous, si cela vous convient ?

Patient : Bien sûr, allez-y.

Pharmacien : Parlez-moi un peu plus de ce rhume, s'il vous plaît.

Patient : Cela fait deux jours que je suis un peu fatigué et que mon nez coule. Comme me l'a conseillé mon médecin la dernière fois, je me lave le nez mais ça ne passe pas, je pense qu'il me faut quelque chose de plus fort, mais pas de chimique, je n'aime pas trop ça.

Avec une question ouverte plutôt qu'une série de questions fermées, le pharmacien obtient une multitude d'informations et connaît déjà mieux le profil de son patient.

(b) Les informations à rechercher

Il est essentiel de réunir 6 critères pour pouvoir évaluer correctement les besoins du patient dans l'auto-traitement (20,26) :

- La description du patient : est-ce le patient qui se présente en face de nous ? Si non connaît-il la personne à traiter ? Si ce n'est pas le cas il convient de contacter la personne en question. Il nous faut des renseignements détaillés sur l'âge de la personne, est-ce une femme en âge de procréer, un enfant ? Ces renseignements sont nécessaires pour éviter une interaction patient-médicament. Les symptômes présentés peuvent également être dus à une situation physiologique ne nécessitant pas de traitements médicamenteux ou une consultation avec un médecin.
- L'historique médical : il concerne les antécédents médicaux du patient. A-t-il une pathologie chronique ? Cela permet d'éviter une interaction pathologie-médicament et de détecter si certains symptômes pourraient être le signe avant-coureur d'une décompensation ou d'une complication d'une pathologie.
- L'historique médicamenteux : c'est la prise de médicaments de façon chronique ou récente sans rapport avec les symptômes observés. Une prise récente d'antibiotiques peut éventuellement modifier une prise en charge. On évite ainsi

une interaction médicament-médicament. Cela permet d'écarter des symptômes qui pourraient être dus au médicament Exemple : inhibiteur de l'enzyme de conversion et toux sèche.

- Les actions mises en place : on s'intéresse ici à tout ce qui concerne les symptômes pour lequel le patient vient consulter son pharmacien. A-t-il eu une consultation médicale ou la prise de médicaments. Cela permet de connaître les médicaments que possède déjà le patient et s'ils sont adaptés aux symptômes. Elle permet aussi d'éviter une interaction avec une prise en charge qu'aurait déjà effectué un médecin.
- Les symptômes : leur évaluation permet au pharmacien d'adapter le traitement aux besoins du patient, en choisissant une solution adaptée, voire en adressant le patient chez un médecin en cas de besoin. On cherche à caractériser le symptôme avec plusieurs critères : la localisation, le type, la durée, leur intensité, les facteurs modifiants et les symptômes associés.

(3) La discussion pour dispenser l'information et pour éduquer

L'information est dispensée pour aider le patient à comprendre, calmer ses inquiétudes, corriger des croyances erronées ou obtenir leur coopération. Une information pertinente a un impact positif sur la satisfaction et les inquiétudes du patient (80).

(a) La discussion concernant le médicament

Il peut inclure une ou plusieurs spécialités, pour chaque médicament on va devoir détailler les points qui suivent. On peut choisir de reporter les informations citées ci-dessous sur les boîtes ou sur une « ordonnance pharmaceutique » (une feuille de papier) :

- nom de la spécialité,
- l'indication : Exprimé en termes de résultat attendu : « ce décongestionnant nasal vous soulagera de votre nez bouché »,
- les consignes d'utilisation : comment et quand prendre le médicament,
- les effets indésirables : aborder ce sujet dont les patients sont friands en rappelant la rareté de ces effets en comparaison du bénéfice attendu, ne pas utiliser de termes techniques, donner les plus fréquents et exprimés en termes de pourcentage (cf tableau, les principaux sont toujours sur la notice du médicament), donner des méthodes pour les éviter ou des conduites à tenir pour les atténuer.

Tableau 8 : Présentation des effets indésirables aux patients

Effet indésirable très fréquent	>10%, survient chez plus de 1 patient sur 10
Effet indésirable fréquent	>1%, survient chez 1 à 10 patients sur 100
Effet indésirable peu fréquent	>0.1%, survient chez 1 à 10 patients sur 1 000
Effet indésirable rare	>0.01%, survient chez 1 à 10 patients sur 10 000
Effet indésirable très rare.	>0.001%, survient chez moins de 1 patient sur 10 000
Effet indésirable à fréquence indéterminée	Ne peut être estimée sur la base des données disponibles (événements non rapportés lors des essais cliniques et qui ne peuvent être estimés sur la base des rapports spontanés après commercialisation)

- les précautions : éviter de prendre de l'alcool ou à éviter pendant la grossesse et l'allaitement.
- le délai d'action du traitement : afin de faciliter l'observance du patient sur ce laps de temps, d'éviter de prolonger un traitement inefficace ou de limiter un retard de prise en charge médical.

(b) La discussion concernant l'affection

- Recommandation concernant les symptômes : Les symptômes relevant d'un auto-traitement devrait être spontanément résolutifs et légers, il faut déterminer une durée à partir de laquelle il faut consulter. Rappeler que des symptômes récurrents peuvent signer une pathologie plus grave et la prise d'une automédication au long cours peut masquer ces symptômes.
- Recommandation concernant l'affection : Mesures pour éviter une transmission ou une récurrence.
- Traitement non médicamenteux : Obligatoire à chaque fois.
- Suivi : Difficile à mettre en œuvre sauf avec les habitués. Ne pas hésiter à utiliser le logiciel de gestion officinale quand c'est possible

(c) Ne concernant ni le médicament ni l'affection

Le pharmacien ne délivre pas toujours un médicament pour soigner ses patients. Il peut en toutes circonstances, avec ou sans médicaments, délivrer des

informations de santé utiles aux patients pour améliorer leur qualité de vie et la prise en charge de leur pathologie (25). Ces informations peuvent porter sur :

- Les remèdes « maisons » ou « de grands-mères », peuvent être parfois utilisés par le patient s'ils ne présentent aucun risque. Ils sont composés de moyens alimentaires ou physiques. Par exemple, l'utilisation de la chaleur sur les douleurs de menstruations ou une tisane au miel-thym lors d'une toux.
- Les conseils nutritionnels peuvent être utiles dans certains cas. Ils permettent d'éviter des situations à risque pour le patient ou d'améliorer son confort. Par exemple, éviter les laitages lors d'un épisode diarrhéique ou consommer suffisamment d'aliments riches en vitamines lors d'une fatigue imputable à un déséquilibre alimentaire.
- Les règles hygiéno-diététiques regroupent différents facteurs comme la consommation de tabac ou d'alcool. On y retrouve aussi la gestion du stress qui peut être utile dans certains cas. Par exemple, conseiller quelques habitudes psycho-comportementales pour le patient avec une insomnie passagère plutôt que de le traiter directement peut sembler être une bonne alternative.
- Le besoin de consulter un médecin le cas échéant.

(4) Clore l'entretien

La fermeture de l'entretien doit être aussi douce et efficace que possible. Il faut à cette occasion résumer la rencontre, et prendre connaissance de l'accord du patient sur ce qui a été résumé. Afin d'éviter une éventuelle demande d'informations complémentaires le pharmacien doit avoir pris ses dispositions plus tôt dans l'entretien (80). Les temporalités en décalage entre pharmacien et patient sont synonymes de frustration et conflit, il faut donc éviter cette situation (78).

Plusieurs éléments peuvent rallonger le temps de clôture de l'entretien. Lors du résumé des objectifs du traitement ou en plaçant les boîtes de médicaments dans une poche (i.e. sachet), vous pouvez lui proposer de vous recontacter en cas de questions (78). Inciter le patient à poser des questions est une bonne chose. Il faut essayer de mettre la spécialité délivrée au nom du patient. Il faut vérifier les informations écrites transmises et informer au patient qu'il peut recontacter la pharmacie si un doute survient.

C. Quelques propositions de différentes adaptations

1. Les généralités

Les pistes de dialogue proposées précédemment ne s'appliquent pas forcément à toutes les situations. On peut sur certains groupes de cas fréquemment rencontrés en pharmacie apporter quelques précisions. Ce sont des généralités applicables à chaque groupe de situations, ensuite nous verrons les adaptations spécifiques à une situation ou un patient. Toutefois, chaque entretien avec un patient est unique, il faut qu'il reste personnalisé et individuel. Chaque situation rencontrée est différente et doit

nécessiter un investissement cognitif et émotionnel du pharmacien, même si le patient est identique avec une pathologie similaire.

Exemple : Madame M. vient à la pharmacie tous les ans au mois de Janvier car elle a une rhinopharyngite « saisonnière » selon ses mots. La première rencontre avec cette personne se déroule normalement. Elle repart avec son traitement et en est ravie, d'autant que ce traitement comprend de l'huile essentielle de sarriette et qu'elle adore l'aromathérapie. Elle revient donc dans votre officine chaque année grâce à la bonne expérience qu'elle y a vécu. Au bout de 5 ans avec des entretiens bien menés à chaque fois, par lassitude, désintéressement ou manque de temps le pharmacien lui délivre son traitement sans respecter les différentes étapes et tâches du conseil. Cette année Madame M. aura un souci car elle vient d'acheter un diffuseur d'huile essentielle dans un grand magasin dans la zone « Santé, Nature et Bien-être ». Et l'huile essentielle de sarriette est déconseillée en diffusion car elle est irritante pour les muqueuses, Madame M. risque d'avoir mal à la gorge pendant un bon moment. Et si elle insiste avec cette huile trop longtemps elle peut mettre en péril sa fonction hépatique.

Nous avons déjà parlé du risque que pouvait entraîner la catégorisation des patients. Le patient ne doit pas se réduire à une personne âgée ou en situation de handicap. De plus, le patient lui-même ne pose pas problème, c'est la situation ou les circonstances de la rencontre avec le pharmacien qui constituent une difficulté.

a) Les adaptations au patient

Chez le patient certains facteurs sont à prendre en compte :

- L'âge : ce sont chez les patients plus âgés ou plus jeunes qu'on trouve généralement le plus de difficultés à comprendre les besoins et à expliquer les traitements ou options. Ce sont aussi deux populations qui sont physiologiquement plus fragiles que la population générale.
- La culture : un patient a des préférences en matière de thérapeutique, il convient au pharmacien d'être à l'écoute afin que le patient reçoive le traitement qui permet la meilleure observance. Des personnes proviennent de cultures différentes de celle du pharmacien, il est important d'en respecter les principes sans jugement. Mais, il convient également de jouer son rôle d'éducateur et d'expliquer l'intérêt d'un traitement auquel le patient peut se refuser afin qu'il puisse prendre sa décision de façon éclairée.
- Le handicap : une situation de handicap peut nécessiter plusieurs aménagements, l'essentiel est de faire au mieux pour ne pas stigmatiser le patient.
- La catégorie socio-professionnelle : nous renseigne également sur l'orientation thérapeutique que va prendre le conseil. Par exemple : on évite de donner un médicament à conserver au froid ou qui abaisse le seuil de vigilance à un chauffeur de taxi.

b) Les adaptations au médicament

La nature du médicament influence aussi le conseil à l'officine :

- Si le médicament est prescrit ou pas : si le patient vient de recevoir de l'information par le médecin prescripteur, il est préférable de lui faire répéter rapidement afin de cerner les points acquis ou les problèmes de compréhension.
- Le niveau de risque et les effets secondaires qu'il peut entraîner. Par exemple, les antidépresseurs nourrissent énormément d'inquiétudes quant à leurs effets secondaires.
- Le mode d'administration : lorsque l'on délivre un inhalateur pour la première fois à un patient il convient de bien lui en faire la présentation ou même de faire faire la démonstration au patient.

c) Les adaptations à l'affection

Le type de l'affection est aussi à prendre en compte. Les pathologies silencieuses comme l'hypertension artérielle sont généralement perçues comme peu graves car le patient à des stades modérés n'en ressent aucun symptôme. A l'inverse, un patient avec des troubles du sommeil a tendance à abuser de ses traitements, il convient d'éduquer les patients sur les modalités de prises et de les sensibiliser à la pharmacodépendance que provoquent les somnifères.

Si un changement de style de vie est à adopter dans le cadre de la pathologie, l'entretien avec le patient sera beaucoup plus long et il y a de nombreuses notions à transmettre et retransmettre. Avec un patient qui a du mal à suivre les recommandations, il faut favoriser l'inter-professionnalité pour un meilleur suivi du patient.

Certaines pathologies déclenchent des réactions plus ou moins marquées chez les patients. Lors d'un entretien avec un patient diagnostiqué dépressif, le conseil passe surtout par de l'écoute pour rassurer le patient sur sa pathologie et ses traitements, en adaptant sa réponse.

Exemple :

Monsieur F. : J'ai vu le Dr, vous savez ma mère est décédée la semaine dernière.

Pharmacien : J'en suis désolé, toutes mes condoléances. (renvoi d'un signe d'empathie) Vous étiez proche de votre mère ?

Monsieur F. : Oui beaucoup, je tenais beaucoup à elle. Nous nous téléphonions tous les jours...

Pharmacien : Et aujourd'hui cela crée un vide ? (le pharmacien fait preuve d'écoute active).

Monsieur F. : Effectivement... (ensuite le patient va se confier plus, le rôle du pharmacien est d'écouter en continuant à renvoyer des signes d'empathie).

Monsieur F. : (plus tard) Le médecin m'a prescrit des antidépresseurs... Je n'aime pas trop ça, je ne veux pas être shooté.

Pharmacien : Votre inquiétude est légitime, mais cet antidépresseur ne baisse pas la vigilance, au contraire il va vous donner de l'énergie pour vous aider à reprendre votre vie. Par contre, ce médicament n'est pas un antidépresseur, c'est un anxiolytique, il vous aidera à dormir ou à calmer vos angoisses.

Monsieur F. : Ah, c'est une bonne chose, je suis en arrêt de travail, je ne mange plus... J'espère pouvoir aller mieux un jour.

Pharmacien : L'antidépresseur met entre deux semaines et un mois et demi pour agir normalement. C'est une solution temporaire pour vous aider à mieux vivre cet évènement, il agit comme un plâtre, il faut le porter le temps que les os se ressoudent. Quand vous vous sentirez mieux, parlez-en avec votre médecin, seul lui peut vous aider à arrêter, surtout ne le faites pas seul car un arrêt brutal peut engendrer des effets secondaires. Vous avez un autre rendez-vous avec le médecin pour faire le point ?

Monsieur F. : Oui, dans quinze jours. Ça me rassure de savoir que je n'aurai pas à le prendre toute ma vie, je ne voulais pas commencer pour cette raison.

Pharmacien : Parfait, essayez de prendre l'antidépresseur régulièrement, et pendant le premier mois dans les moments où vous vous sentez mélancolique ou angoissé, n'hésitez pas à prendre l'anxiolytique il agit en 30 minutes pour environ 3 à 4h. Si vous en sentez le besoin vous le prenez, si vous vous sentez bien, vous ne le prenez pas, c'est une utilisation à la demande.

Monsieur F. : C'est fort comme médicament ?

Pharmacien : Vous allez vous sentir plus détendu, comme si vous aviez bu un verre ou deux. Donc pas d'association avec l'alcool ni pour l'un ni pour l'autre.

Monsieur F. : Je vois ce n'est pas si terrible ! (avec un sourire aux lèvres) Vous savez pour le verre, je ne suis pas trop d'humeur ces temps-ci.

Pharmacien : Je comprends, je vous souhaite un bon rétablissement. En cas de doutes ou à la moindre question, n'hésitez pas à nous appeler ou à passer à la pharmacie.

Monsieur F. : Merci beaucoup, ça m'a fait du bien de parler avec vous.

d) Les adaptations à la situation

Le conseil ne se déroule pas de la même manière si c'est un patient nouveau ou habituel, s'il y a un conflit avec le patient, ou que le patient a subi un incident médicamenteux. Il peut aussi être confronté à des problèmes non thérapeutiques. Le pharmacien peut aussi être limité dans son conseil par les interruptions, le temps ou la confidentialité (30).

e) Les adaptations au pharmacien

Concernant le pharmacien, sa connaissance du patient, de la pathologie et du traitement sont des facteurs importants sur la pertinence du conseil officinal. Ses

compétences en communication sont aussi déterminantes, ainsi que l'attitude qu'il adopte (3,30).

2. Les différentes adaptations au patient

a) Les adaptations liées à une faible littéracie en santé

Il existe parfois une différence entre la volonté du pharmacien d'officine de conseiller et la capacité de compréhension du patient. Cette différence se base sur la culture scientifique de chacun, qui légitime le rôle de professionnel de santé du pharmacien et qui est nécessaire au patient pour pouvoir formuler une décision éclairée. Les origines d'une faible littéracie sont variées : la barrière de la langue, une culture différente, difficulté avec les pourcentages...

L'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economiques) s'est intéressée en 2013 au niveau de littéracie de la population de 24 pays membres. Elle a évalué à cette occasion quatre paramètres : la littéracie qui est la capacité à comprendre un texte écrit et ses inférences, la compréhension d'informations sous forme de divers schémas, la numératie qui est la capacité à comprendre et manier les nombres et enfin la compétence à résoudre un problème en utilisant la technologie. La France est parmi les pays les moins bien classés. En évaluant la capacité à comprendre les publications scientifiques dans les grands quotidiens, il en ressort que 7.7% des personnes avaient une littéracie suffisantes et 8.3% en ce qui concerne la numératie. Une faible littéracie est liée à une catégorie socio-professionnelle basse et à un état de santé plus faible que la population générale. Par conséquent, les pharmaciens avec leurs rôles de conseil doivent être particulièrement vigilants à cette problématique (94).

Lors de l'entretien pharmaceutique, le patient avec une faible littéracie influence la quantité d'informations données et perçues par le patient (30). Et même si le patient a confiance dans son pharmacien, il est du devoir de celui-ci de respecter les droits fondamentaux de son patient. Il faut donc faire l'effort de tout expliquer et de vérifier la compréhension du patient pour lui offrir l'opportunité de faire un choix éclairé. On peut repérer ces patients grâce à certains signes :

- Dans le comportement du patient, celui-ci parle peu, il a des difficultés d'adhésion au traitement, il rate ses rendez-vous et délivre une information écrite souvent incomplète (vient avec des chèques pré-remplis, ne connaît pas son adresse...).
- A l'écrit, il explique qu'il n'a pas la capacité de lire le document en mettant en cause un élément extérieur (oubli des lunettes, pas assez de lumière, yeux fatigués...), ou qu'il préfère le lire plus tard (au calme à la maison ou avec les enfants...)
- A l'oral et concernant sa médication, il est incapable de nommer ses médicaments, de donner leur utilité ou d'expliquer les modalités d'emploi. Concernant sa pathologie, il est vague (ne peut pas situer une douleur, ne sait pas s'il tousse le matin...) et peut poser des questions incongrues sans rapport avec le contexte.

Voici quelques solutions pour éviter au maximum, l'incompréhension des patients :

- Faire attention à sa diction : articuler clairement les mots et parler lentement mais pas nécessairement plus fort.
- Donner des explications simples : ne pas utiliser de mots ou de phrases longues. Rester dans une structure grammaticale accessible (pas de double négation). Éviter le jargon, les acronymes et privilégier les analogies. Ne pas hésiter à mettre en place un plan d'action en écrivant les horaires de prise sur les boîtes.
- Inviter le patient à poser des questions : lui laisser le temps d'assimiler les informations.
- S'aider des proches ou de la famille.
- Demander systématiquement un résumé par le patient pour vérifier sa compréhension de l'information.
- Être patient et persévérant. Respecter cette personne en tant que telle et ses droits

b) Les adaptations liées à un handicap

Le handicap est une notion large, elle englobe les pertes de fonctions sensorielles (audition, vision...), motrices, les déficits verbaux, cognitifs ou toute autre atteinte à l'autonomie. Il est essentiel pour le pharmacien d'officine d'être particulièrement attentif aux signes qui orientent vers un handicap. Ces signes ne sont pas toujours visibles et parfois apparaissent au fil de la discussion. Le maître mot face à une personne souffrant de handicap est de mettre à l'aise. Voici une série de recommandations applicables à l'officine (20) :

- Il faut agir dans le respect de la dignité humaine. Il ne convient pas d'ignorer le handicap d'une personne ni de le souligner. Il faut que le pharmacien fasse preuve de tact et communique de façon adaptée.
- Le pharmacien doit être préparé émotionnellement car l'embarras, l'aversion, la pitié ou la crainte sont des émotions qui peuvent apparaître. C'est normal notamment lors de la première rencontre, cela est la plupart du temps lié à l'ignorance. Mais l'attitude d'autrui envers les personnes souffrant de handicap peut les amener à être non-coopératifs voire à réagir avec agressivité.
- Offrir son aide quand le besoin s'en fait sentir, il vaut mieux éviter d'aider par automatisme. Pour respecter l'autonomie de la personne, le pharmacien doit d'abord obtenir une approbation avant de fournir effectivement son aide.
- Il faut prendre son temps car les patients en situation de handicap demandent souvent plus de temps.
- Comme pour chaque patient, il est important de vérifier la compréhension du traitement, même si la discussion est difficile et ce, sans mettre l'autre dans une situation gênante.
- Pour faciliter la communication, le pharmacien doit accentuer sa communication non-verbale (regarder dans les yeux, réagir et souligner ses propos avec la kinésique...)

- L'utilisation de méthode adaptée peut être d'un grand secours. Proposer un papier et un stylo à une personne mutique peu grandement faciliter la communication. Il est préférable de toujours laisser le choix de la méthode au patient.
- Faire attention à l'environnement, il est judicieux avec une personne malentendante de s'isoler dans un endroit plus calme de la pharmacie. Avec une personne ayant un déficit visuel, on peut penser aux conditions d'éclairage.
- Adapter le conseil à chaque handicap, si la personne a un déficit visuel, il convient de lui décrire les boîtes, les comprimés ou même de les lui faire toucher pour faciliter leur identification. On peut également dessiner de gros symboles colorés sur les boîtes.
- Si une situation pose problème, le pharmacien est entouré d'une multitude d'associations de personnes en situation de handicap, ou s'occupant de personnes en situation de handicap. Ces associations peuvent l'aider à mieux communiquer, voire lui fournir du matériel adapté.

Exemple :

Madame H. 82 ans, a perdu une grande partie de l'usage de ses mains à cause d'une polyarthrite rhumatoïde, elle vient à la pharmacie chercher du magnésium. Au moment de payer Madame H. semble avoir des difficultés pour ouvrir son porte-monnaie :

Pharmacien : Souhaitez-vous que je vous aide Madame H. ?

Madame H. : (agacée) Pourquoi ? Vous êtes pressé jeune homme ?!

Pharmacien : Excusez-moi, si je vous ai offensé, (le pharmacien étiquette la réaction non-verbale de la patiente, pas de réponse à la question qui est en fait une provocation de la patiente).

Madame H. : (se radoucit, car comprend que sa réaction était inadaptée) Je vous excuse. Il est vrai que j'ai quelques difficultés mais j'y arrive très bien d'habitude.

Pharmacien : Je vous laisse faire, j'ai tout mon temps. Y a-t-il autre chose que je puisse faire pour vous aujourd'hui ? (Attitude calme pour confirmer le fait qu'il a tout le temps à consacrer à la patiente et question ouverte pour donner plus d'autonomie à la patiente, elle dirige l'entretien).

Madame H. : Maintenant que vous le dites, la boîte que j'achète, ils la ferment toujours comme si c'était de l'or à l'intérieur. Ils ne pensent vraiment pas aux vieilles dames comme moi ! Si cela ne vous dérange pas, pouvez-vous s'il vous plaît me l'ouvrir ?

Pharmacien : Je vous fais cela sans souci.

Si le pharmacien l'avait proposé directement cette Madame H. aurait sans doute refusé son aide. Mais en se plaçant en retrait, il permet à la patiente de formuler ses demandes et de se sentir plus indépendante. Dans le cas contraire, peut-être n'aurait-elle pas réussi à ouvrir la boîte aujourd'hui.

c) Les adaptations liées à une déficience

Les paragraphes suivants listent une série de suggestions à mettre en œuvre pour interagir au mieux avec un patient souffrant d'une déficience. Les paragraphes regroupent les actions à mener et à éviter pour une catégorie de déficience. Il est possible qu'un patient souffre de plusieurs déficiences, dans ce cas le pharmacien doit s'adapter.

Dans le cas où le patient souffre d'une déficience auditive, il faut bien articuler, limiter les bruits ambiants ou s'isoler dans un endroit calme et veiller à avoir le visage éclairé et visible. On favorise l'utilisation de phrases simples et un vocabulaire familier et on privilégie la reformulation à la répétition en cas d'incompréhension. Il ne faut pas hésiter à compléter le message verbal avec de la documentation écrite. Dans le meilleur des cas, on laisse le patient choisir son mode de communication favori.

En cas de déficience visuelle, le pharmacien doit prévoir un éclairage suffisant et se placer en face et à hauteur du patient. Privilégier des traitements dont la boîte et les unités ont une couleur et une forme variée afin de limiter les erreurs. Le pharmacien peut ajouter des marquages de couleur vives sur les emballages et il privilégie des descriptions pragmatiques, par exemple « prenez les capsules rouges et molles à midi et les comprimés durs et blancs le soir ». Si un chien accompagne le patient il faut éviter de le caresser, ce n'est pas un animal de compagnie. Quand on offre un siège, il faut placer la main du patient sur le dossier. Le pharmacien peut proposer son aide pour raccompagner la personne à l'extérieur de la pharmacie notamment en période d'affluence.

Le pharmacien peut soigner des patients ayant un trouble de la parole ou du langage, personnes qui ont des difficultés à s'exprimer ou à comprendre les propos du pharmacien. Il faut alors se concentrer sur ce que dit le patient, et ne pas essayer de parler à sa place ou finir ses phrases. Si le pharmacien ne comprend pas, il ne faut pas le cacher mais demander poliment de répéter ou proposer un moyen alternatif de communication. On favorise l'utilisation de questions fermées. Le pharmacien doit énoncer ce qu'il a compris et parler lentement.

En cas de déficience cognitive, le pharmacien doit s'apprêter à être patient et souple. Il est préférable de choisir un endroit calme et sans distraction comme l'espace de confidentialité. Il faut toujours vérifier la compréhension de ce qui est dit en faisant répéter. Le pharmacien utilise des consignes claires et les organise de façon simple et concrète. Être particulièrement attentif à la communication non verbale afin d'assurer une cohérence avec ce qui est dit, et permettre de confirmer la compréhension du patient.

d) Les adaptations spécifiques aux personnes âgées

Les personnes âgées représentent une part importante et grandissante de la clientèle d'une pharmacie. Généralement ce groupe de patient est divisé en trois sous-groupes les 65-74 ans, les 75-84 ans et les plus de 85 ans. Cette division est le reflet de différentes attitudes et attentes en matière de soin. Je traite ici les personnes âgées comme un groupe hétérogène sur de nombreux points tels que la littéracie ou l'aspect financier. Les personnes âgées sont fidèles et prédisposées aux conseils du pharmacien d'officine.

Le pharmacien d'officine doit apporter une attention particulière aux personnes âgées, car elles ont un risque élevé de problèmes liés au mauvais usage du médicament et une observance faible. Ce rapport particulier au médicament est lié aux facteurs suivants :

- ce groupe est le premier consommateur de médicaments et celui qui a la plus forte incidence de pathologie notamment les pathologies chroniques,
- les personnes âgées sont fréquemment atteintes de déficiences et/ou de handicaps qui peuvent être moteurs ou cognitifs,
- elles peuvent présenter une attitude qui fait obstacle au dialogue,
- elles ont une plus faible littéracie en santé que le reste de la population (95),
- elles ont généralement des revenus plus faibles que le reste de la population ce qui peut nuire à l'acquisition de certains traitements.

Au vu de ce qui a été présenté, le pharmacien d'officine doit suivre certaines lignes de conduite :

- il doit identifier les sentiments et attitudes par rapport à l'âge du patient et de lui-même ; en effet, il existe une certaine discrimination liée à l'âge qui doit attirer la vigilance du pharmacien,
- il faut réévaluer le traitement régulièrement et porter attention aux différents problèmes liés aux médicaments, éduquer les patients âgés à l'auto-surveillance doit également devenir une priorité,
- savoir leur accorder plus de temps, c'est une population particulièrement vulnérable et fragile,
- en cas de déficiences ou de handicaps, il faut se référer aux recommandations données dans la partie précédente,
- le pharmacien doit insister sur le suivi du patient et le convaincre de l'intérêt de l'observance en lui proposant des solutions adaptées,
- s'assurer que l'intimité est suffisante lors de leur entretien,
- si un service d'aide à la personne ou les services sociaux s'occupent de ce patient, il faut les impliquer dans le traitement du patient.

e) Avec une personne en situation de dépendance

Le pharmacien d'officine dispose aujourd'hui d'un rôle de promoteur de la santé publique, un des axes principaux de cette mission est la prévention de la dépendance.

La prévention de la dépendance a lieu à trois niveaux : universelle, sélective et indiquée ; selon qu'elle vise respectivement la population générale, des groupes en situation de risque ou des groupes à risques manifestes. **La dépendance est une pathologie** qui résulte des caractéristiques de trois facteurs : la personne, le produit et l'environnement. La dépendance peut s'exercer avec ou sans produit, dans le second cas, on parle de dépendance comportementale. En ce qui concerne les substances provoquant de la dépendance, on en trouve des licites (alcool, tabac, médicaments effectivement prescrits au patient dépendants) et des illicites (cannabis, détournement de médicaments, cocaïne, drogues de synthèse, opiacées, amphétamines et apparentées...) (96). En officine, nous sommes régulièrement confrontés à ces patients notamment pour les abus et détournements médicamenteux.

En matière de dépendance, il y a une part estimée à 80% d'utilisateurs silencieux, ce sont les personnes dépendantes mais qui ne sont pas encore dans une conduite qui les amène à consulter ou à être confrontées à des services de santé. Les patients ont généralement plus de facilités à plus parler de leur consommation de substances licites qu'illicites. Comme les patients sont amenés à se livrer ce qui les place en situation de vulnérabilité, il faut veiller à créer un climat de confiance et confidentiel. Devant de la réticence, il faut faire preuve de délicatesse et essayer de mettre en avant les avantages que pourrait avoir le patient. Avant d'entamer ces discussions, il faut connaître les mécanismes de la dépendance propre à la substance (habitudes de consommation, prix, effets recherchés et effets délétères...) et connaître le patient (caractère, croyances en matière de santé, fréquentation sociale et professionnelle...). Seule une prise en charge personnalisée a des chances d'aboutir et toutes ces démarches prennent du temps (51). Afin d'augmenter l'efficacité de l'entretien, il est recommandé d'adopter les techniques de l'entretien motivationnel, mettre le patient face à son ambivalence, être attentif aux discours-changement et le guider (86). Pour aborder le sujet, après avoir identifié un risque de dépendance, il faut commencer par une introduction générale du sujet puis demander au patient son accord pour en discuter (51). Toute la discussion doit se faire sans jugement, bien que le patient sous l'emprise de sa pathologie adopte souvent des propos à des fins stratégiques. Le pharmacien doit être capable d'argumenter.

Un patient qui est commercial se présente à la pharmacie à 11h, il se plaint d'être fatigué depuis toujours et de ne plus pouvoir réellement assumer son travail. Il sent l'alcool et la cigarette ; et il indique passer la plupart du temps dans sa voiture sur la route. Après avoir formulé un conseil approprié le pharmacien souhaite orienter le patient sur sa consommation d'alcool.

Pharmacien : De nombreux patients qui ont des problèmes de fatigue chronique ont signalé avoir des problèmes de consommation d'alcool. Le saviez-vous ? Cela vous intéresserait de parler de votre consommation d'alcool avec moi, cela ne prendra que quelques instants ?

Patient : Non merci, je n'ai pas trop le temps.

Pharmacien : Il n'y a pas de souci, si vous changez d'avis n'hésitez pas à venir nous voir.

Le pharmacien a essuyé un refus, néanmoins il indique au patient qu'il pourra toujours trouver de l'aide à la pharmacie. Un patient peut ne pas vouloir aborder le sujet avec un pharmacien mais peut-être en discutera-t-il avec un proche ou son médecin traitant. Ainsi le pharmacien a joué son rôle par simple suggestion et en proposant son aide au patient.

(1) Exemple de différents discours et leurs réponses

Les situations suivantes présentant des discussions avec des patients dépendants sont directement reprises du livre sur la communication professionnelle en santé de Richard et Lussier (51). Ayant peu d'expérience avec ce type de patient, je choisis donc de vous transmettre les propos de l'auteur qui semblent appropriés. Ce sont des phrases que l'on peut être amené à entendre d'une personne dépendante, elles ont pour point commun de porter sur leur consommation et signent différentes étapes dans la reconnaissance de leur pathologie et l'acceptation d'un traitement.

« *Quel est le problème ?* », ici le patient est dans le déni, il ne voit pas le problème. Afin de faire comprendre au patient la situation, l'idéal est de lui faire d'abord parler de son comportement observable et de le comparer à un comportement normal. Comme dans un entretien motivationnel, il faut que le patient souligne lui-même le problème au terme de la comparaison.

« *Il faut que vous m'aidiez.* » Le patient énonce généralement cette phrase afin d'obtenir sa substance ou d'éviter les conséquences de son addiction (par exemple il cherche à obtenir une boîte supplémentaire pour son traitement mais ne souhaite pas que le médecin soit au courant, il choisit donc d'essayer d'acheter directement la boîte en pharmacie). Toute la subtilité consiste à faire comprendre au patient qu'il ne s'agit pas de prendre une décision arbitraire ou d'une lutte d'arguments pour convaincre le pharmacien, mais d'une évaluation de la situation avec un regard professionnel pour prendre la meilleure décision dans l'intérêt du patient. Il n'y a pas de solution unique, il revient au pharmacien de dresser un état des bénéfices attendus et des risques encourus. Face à ce comportement, il est dans l'intérêt du patient d'en référer à son médecin traitant.

« *Ce n'est pas si terrible !* » le patient a du mal à mesurer la gravité de son état. Il faut le mettre face aux conséquences de ses actes. « *Mais vous savez il y a pire que moi !* » ici le patient minimise la gravité, l'argumentaire du pharmacien doit s'appuyer sur les dires du patient. Si la situation n'est pas si grave, ni pire que celle des autres il doit être encore plus facile de gérer le problème maintenant.

« *Ce n'est pas ma faute.* » le patient dans cette situation n'assume pas ses actes. Il peut avoir les meilleures raisons du monde pour adopter un comportement de

dépendance mais expliquer n'est pas une excuse pour l'inaction ou la poursuite d'un comportement à risque. « *C'est juste pour me soulager* » ici le patient cherche également une excuse, il ne faut pas se focaliser sur ce qui a été mais sur les dommages actuels qu'entraîne la dépendance. « *Personne ne peut comprendre* » ce genre de phrase nous mène sur la même piste mais ici le patient refuse de dévoiler une excuse, il affirme juste que personne ne peut le comprendre. Le pharmacien adopte alors les mêmes réactions que vu précédemment.

« *Il ne faut pas le voir comme ça* » dans ce cas le patient explique au pharmacien qu'il a un problème d'interprétation des faits. Le pharmacien doit alors utiliser le style de l'entretien motivationnel. Il écoute le patient, puis une fois que le patient déclare avoir tout dit, il fait un résumé fidèle de ce qui a été formulé et enfin demande au patient s'il a bien compris.

« *C'est la seule chose qui me permet de continuer* » avec cette phrase légèrement fataliste le patient donne un sens à sa dépendance, celle-ci est sans doute liée à un environnement inadapté comme des conditions de travail ou l'environnement social du patient. Il faut explorer cette piste, si elle s'avère vraie alors il faut mettre le patient devant les risques qu'il encourt à continuer sur cette voie.

« *Je ne fais de mal à personne* » ce patient a sans doute perdu en empathie. Le pharmacien doit l'encourager à raconter son histoire et si sa dépendance est avancée le praticien devrait être à même de faire ouvrir les yeux sur les personnes qui ont subi les conséquences de son addiction. Parfois le patient peut aussi invoquer le fait que certains ont une vie tout à fait normale même avec une addiction. Cela est vrai, et il faut user de psychologie pour pouvoir faire avancer le patient vers une situation de moindre risque.

« *Je peux le faire moi-même* », « *J'arrête quand je veux* », « *je sais ce que je fais* » si le patient s'affirme comme capable le pharmacien doit pousser le patient à arrêter le plus tôt possible, et s'il y a échec le patient invoquera le fait qu'il ne voulait pas vraiment. Il faut continuer à l'encourager à arrêter le plus tôt possible. En lui donnant votre confiance, le patient par réciprocité vous accordera la sienne le jour où il se rendra compte lui-même qu'il ne peut arrêter seul. On peut rajouter que pour le patient sa confiance en lui-même est grande mais l'importance du changement l'est peu. Il faut arriver à lui démontrer l'importance de ce changement tout en l'encourageant à le faire, peut-être même sur le ton du défi (86).

3. Les adaptations aux conditions

a) Les adaptations aux conditions culturelles

Nous vivons dans une société multiculturelle. L'augmentation des flux migratoires au niveau mondial accentue progressivement cette mixité. De ce fait le pharmacien et ses patients peuvent être de milieux culturels différents. L'organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) définit la culture

comme, « ...un ensemble complexe qui inclut savoirs, croyances, arts, positions morales, droits, coutumes et toutes autres capacités et habitudes acquis par un être humain en tant que membre d'une société. » (80). La culture est donc un facteur multidimensionnel qui affecte les perceptions d'une personne. La culture est un ensemble collectif mais qui ne permet pas de prédire les comportements individuels (20).

Les situations de tension entre personnes se résument généralement à une incompréhension entre les perceptions, croyances et convictions. Quand il existe une incompréhension culturelle, l'homme s'identifie plutôt comme appartenant à un groupe dont il représente les valeurs ou les coutumes. Le plus difficile pour la gestion de ces situations est d'arriver à comprendre, voire accepter, qu'autrui est aussi convaincu de son bon droit et sa bonne foi que nous le sommes nous-même. Tout le rôle du pharmacien est d'adopter une posture d'approche centrée sur la personne. De cette manière, en se focalisant sur la relation, en communiquant sans appréhension et avec une écoute sincère, le pharmacien humanise le patient. C'est seulement de cette manière que les préjugés et les différences s'effacent par la découverte de la personne en tant qu'être humain. Une approche centrée sur la personne s'avère redoutablement efficace pour prévenir ses propres préjugés et transformer ceux d'autrui (92).

Comme différence on peut citer par rapport au modèle biomédical, le point de vue de la médecine traditionnelle chinoise où la santé est considérée comme un déséquilibre, ou la médecine ayurvédique où la maladie est la conséquence du blocage d'un canal de circulation du flux d'énergie, ou encore les approches médicales traditionnelles africaines mêlant traitement physiques, phytothérapie et croyances religieuses. Ces systèmes de croyances ont tendance à orienter la médecine vers un aspect plus communautaire qu'individualiste (80). Les personnes européennes ou nord-américaines ont tendance à adopter des styles communicatifs directs et expressifs, tandis que dans les cultures collectivistes retrouvées en Asie, la communication est indirecte, respectueuse et accommodante (80).

Lors de l'entretien avec le pharmacien une différence de culture influence beaucoup de paramètres : les croyances, la religion, le rapport à la famille, le dévoilement de soi, la communication verbale et non verbale et l'attitude envers les personnes, les traitements et la maladie (20). Le pharmacien doit prêter attention à son attitude non verbale, doit faire preuve d'empathie et, quand c'est possible, faire des concessions aux coutumes du patient. Il adopte un langage adapté en évitant le jargon médical, il existe souvent des problèmes de littéracie et de compréhension du langage. La famille peut être un facilitateur dans ces relations et le pharmacien doit demander un retour pour vérifier la compréhension du patient (20).

Le style et le langage ont une influence sur les résultats de santé pour le patient. Ils sont eux-mêmes fortement influencés par la différence culturelle entre le patient et le soignant. Fort de ces données, le pharmacien doit respecter les différences culturelles et ne doit pas prétendre connaître ou juger des modèles culturels qu'il ne

connait pas. Il faut soigner la personne pour ce qu'elle est, un être humain et ne pas la réduire à une différence culturelle. Car d'autres facteurs ont une importance équivalente dans la réussite du soin comme l'âge, le niveau d'éducation, le milieu socio-économique (80).

b) La gestion de l'incident médicamenteux

Un incident médicamenteux est généralement le fruit d'une erreur venant du patient ou du professionnel. Tout d'abord rappelons que l'erreur est humaine même en santé. Toutefois, il est impératif à l'officine d'avoir construit un protocole pour la gestion de ces situations.

La gestion de l'incident doit intégrer une enquête pour comprendre les causes, une information destinée au patient associée à des excuses sincères mais sans justifications. La conversation doit se tenir en privé, en fonction du risque, le patient doit être correctement adressé. Une fois l'entretien avec le patient terminé, il faut signaler l'incident et mettre en place des mesures de prévention.

Au niveau communicationnel, il est important de savoir que si l'attitude du pharmacien et l'entretien avec le patient sont adaptés cela diminue le risque de plainte de la part du patient. Dans notre société de plus en plus procédurière, ceci est un facteur non négligeable. Le pharmacien doit rester honnête et ouvert, dans une attitude assurée et objective. Il faut éviter la justification ou la condamnation, ce n'est pas une enquête à charge ou à décharge, mais pour éviter la répétition de cet événement. Ce doit être le pharmacien responsable qui gère la situation directement en lien avec le patient et il doit assurer un suivi. Les excuses doivent être sincères et de la part de toutes les personnes impliquées dans l'incident et du pharmacien responsable. Ce ne sont pas des aveux de culpabilité mais elles sont présentées vis-à-vis de la gêne et de l'inquiétude suscitées chez le patient. Le bien-être du patient doit être la préoccupation principale et il faut lui assurer qu'une enquête est menée. Le médecin est informé en cas de besoin.

L'entretien doit être préparé en amont et le pharmacien doit être prêt émotionnellement à gérer cette situation. Les mots doivent être soigneusement choisis pour être empathique et dans une approche centrée sur la personne. D'un point de vue pratique, il faut préférer les termes incident, événement ou situation aux termes fautes, soucis ou problèmes qui ont une connotation négative. On préfère pour les mêmes raisons « et » et « cependant » à « mais ». Il faut éviter les questions qui commencent par « pourquoi » qui ont tendance à mettre le patient sur la défensive (20).

c) La gestion d'un conflit

Il est possible de se retrouver en situation de conflit à l'officine. La communication est au cœur du conflit c'est un facteur causal, mais elle peut aussi être

utilisée pour résoudre le conflit. La pire situation lors de la gestion d'un conflit est la situation perdant-perdant, où chacun essaye de dominer l'autre mais sans succès. Il existe aussi la situation perdant-gagnant qui n'est pas satisfaisante non plus puisque l'un gagne tout et l'autre perd tout. La situation optimale de régulation d'un conflit est la situation gagnant-gagnant, où chacun réussit dans une certaine mesure, les deux parties sortent de cette situation avec un sentiment de satisfaction (80).

Avant de parler de cette adaptation, voici quelques vérités sur les conflits, qui vont à contre sens de certaines idées préconçues répandues (51) :

- les conflits ne sont pas toujours évitables, ils font partie intégrante des relations humaines,
- les conflits ne sont pas forcément liés à une incompréhension, même en comprenant l'autre on peut ne pas partager les mêmes idées,
- les conflits ne signifient pas toujours un problème dans la relation, un patient qui est toujours en accord devrait éveiller des soupçons au contraire d'un patient capable d'exprimer son point de vue,
- les conflits ne peuvent pas toujours être résolus,
- les conflits ne sont pas toujours mauvais, parfois des solutions originales peuvent être trouvées et contenter les deux parties.

Quelques recommandations peuvent être mises en œuvre pour résoudre les conflits (51,80) :

- se concentrer sur le problème plutôt que les personnalités, le problème doit être défini ensemble et s'assurer que son énoncé convient à toutes les parties,
- donner à tous un sentiment que leurs suggestions possèdent une part de bien-fondé, proposer un maximum de solutions à analyser,
- souligner les grands domaines d'accord, et de là choisir la solution la plus adaptée et convenable pour et par tous,
- mettre l'accent sur « nous » afin d'essayer d'établir une relation de confiance et sentiment d'appartenance à un groupe.

D. Les autres formes de communication à l'officine

La communication pour le pharmacien d'officine n'a évidemment pas lieu qu'avec les patients et uniquement en utilisant la parole, même si ce cas est le plus fréquent. Nous allons voir différents interlocuteurs ou moyen de communication, pour se rendre compte qu'un pharmacien a de nombreuses utilisations possibles à la communication et autant d'améliorations dans sa qualité de travail.

1. Avec d'autres interlocuteurs

Toutes ces techniques et formes de communication ne sont pas exclusivement à destination des patients. Le pharmacien au cours de sa pratique est amené à rencontrer différents interlocuteurs. Arriver à établir une bonne communication avec les personnes de l'entourage du patient permet d'améliorer les résultats pour le patient

et d'augmenter la satisfaction du pharmacien. La satisfaction du patient augmente car il se sent pris en charge par une multitude de personnes qui communiquent toutes entre elles. On trouve parmi ces personnes : la famille, les accompagnants et les amis des patients mais aussi les autres professionnels de santé avec particulièrement les préparatrices, les autres pharmaciens, les médecins généralistes et les infirmières.

a) La famille, les accompagnants et les amis

Les patients vivent dans un environnement social plus ou moins étoffé et qui est plus ou moins visible pour le pharmacien. Le pharmacien peut être amené à rencontrer ces personnes, à cette occasion la communication n'est plus bipartite mais à l'intention d'un public plus large. Les bases de la communication restent les mêmes, mais il faut garder à l'esprit que certaines informations doivent être transmises en privé. Afin d'éviter une quelconque gêne, le pharmacien peut simplement demander l'autorisation de parler seul à seul avec le patient. Parfois celui-ci n'est pas présent, si le pharmacien n'est pas sûr que le patient a donné toute sa confiance à la personne qui vient chercher les traitements, il convient de rester technique sans donner trop de détails sur les objectifs des traitements.

La famille peut jouer un rôle facilitateur ou barrière dans la relation de soin. La famille et les amis jouent un rôle important dans la construction des croyances du patient et son adhésion au traitement. Leur accorder plus d'importance est une façon de leur donner l'occasion d'unir leurs forces à celles du patient pour atteindre ses objectifs de santé (80).

b) Avec d'autres professionnels de santé

(1) Dans l'officine

Au sein de sa structure, le pharmacien est au contact du reste de l'équipe officinale. Généralement, un pharmacien est à un poste qui incombe de gérer (*management*) ses collaborateurs. C'est une mission qui n'est pas toujours facile mais qui revêt une importance primordiale. Assurer une bonne communication au sein de l'équipe permet de travailler en synergie et d'éviter d'installer de la frustration. Bien communiquer dans ce cadre revient alors à savoir écouter, interroger, informer et argumenter. Si un jour un pharmacien arrive à combiner ces différentes compétences, il ne fait aucun doute que la qualité du service et la qualité de vie au travail n'en seront que rehaussées.

Ainsi, on peut reprendre l'organisation de la partie II et l'appliquer directement à la gestion d'une officine. On doit tout d'abord comprendre la structure où l'on se trouve, la culture du travail, les attentes des patients, les relations entre personnels (6)... Une fois ceci accompli, il faut définir des objectifs qui seront adaptables, pour les accomplir on agit avec méthode en définissant des paliers de complétions progressifs en assurant toujours une démarche de qualité. Et comme avec la communication verbale et non verbale, il est important d'être cohérent dans ce que l'on dit et ce que

l'on fait. La communication est une méthode qui s'applique aussi bien à l'échelle interpersonnelle que dans un champ plus global. Je pense qu'il est essentiel de se rappeler que nul homme n'est au-dessus d'un autre et que la hiérarchie n'est qu'une construction humaine pour faciliter la gestion des structures.

(2) Hors de l'officine

Aux alentours de l'officine, le pharmacien peut être amené à communiquer avec une autre pharmacie dans ce cas le mot d'ordre est la confraternité. Il convient de se rappeler qu'en plus du statut de commerçants, nous sommes des professionnels de santé et transmettre l'image d'un réseau soudé face au patient est essentiel. Si un conflit existe, il est à régler en privé et dans le respect.

Le pharmacien est un fournisseur de produits de santé mais pour une partie importante du volume de ses ventes il est tenu de suivre les prescriptions élaborées par l'environnement médical et paramédical de son officine. Comme nous l'avons vu, il est dans l'intérêt du patient de favoriser la collaboration avec ces professionnels. Le pharmacien a lui aussi tout intérêt de profiter de leurs expertises et à son tour de les aider dans leurs pratiques.

2. Que penser d'internet ?

a) Un outil omniprésent

Internet est devenu, à l'instar de l'imprimerie, un formidable moyen de transmission de connaissances. Le savoir sur internet est librement échangé instantanément à travers le monde. Il pose néanmoins un problème, car cette connaissance n'est ni encadrée ni contrôlée (51). En 2010, 64% des français reconnaissent utiliser internet à des fins médicales (97). Internet peut être alors perçu de deux façons :

- un outil de démocratisation du savoir permettant une émancipation et une responsabilisation des patients,
- un facteur qui entraîne une rupture de confiance, diminue la qualité de l'information et favorise l'émergence du charlatanisme ou des « intéressés ».

Internet a permis l'élaboration et la diffusion d'un savoir profane en matière de santé. De nombreuses personnes discutent sur les forums du vécu de leur maladie sans barrières. On observe aujourd'hui sur ces forums de nouveaux discours concernant la maladie et les médicaments (30,98).

b) Les risques d'internet

Si Internet facilite l'accessibilité à l'information, elle est parfois d'une qualité contestable. La médecine fondée sur la preuve est une démarche scientifique où le savoir est hiérarchisé et rigoureux. Sur internet ce principe est aboli, la personne est

seule juge de la qualité de l'information qu'elle y trouve (98). Son accessibilité l'est tout autant, en effet on remarque des inégalités reposant sur la littéracie en santé ou des critères économiques (97).

On observe aussi la formation de contestation individuelle ou collective souvent appuyée par le savoir profane contre des avancées médicales incontestables, avec comme exemple frappant la montée en puissance du mouvement « antivax » (98). Sous couvert d'anonymat, Internet est également un lieu d'affrontements brutaux entre les médecines de différentes cultures et des dénonciations de charlatanisme concernant les médecines parallèles (homéopathie, chiropractie).

Internet possède aussi une problématique particulière, il est à la fois le prescripteur et le vendeur de traitement, l'un et l'autre étant séparés de quelques « clics ». Cette situation est identique chez les pharmaciens d'officine lors du conseil en automédication, et toutefois malgré leur code de déontologie et les obligations éthiques qui leur incombent, on peut observer des dérives. Cette situation est particulièrement inquiétante. On peut rajouter à cela que de nombreux sites de vente de médicaments sont factices ou frauduleux. Sur Internet la loi ne s'applique pas de façon optimale et il en est de même pour les frontières. Aujourd'hui, en France, vous pouvez obtenir une ordonnance émanant de l'union européenne sans consulter un médecin ou vous faire livrer à domicile des médicaments qui n'ont pas d'autorisation de mise sur le marché (98).

c) La démocratisation du savoir

Internet n'est pas seulement un lieu d'information mais aussi un lieu d'action. En augmentant la responsabilisation et les aptitudes des patients, il favorise également une contestation saine et fondée en dehors des autorités traditionnelles. Le développement de campagnes pour dénoncer les problèmes soulevés par la Dépakine® ou le Médiateur® (98) en sont des exemples.

Il paraît impossible pour les professionnels de santé de s'opposer à la diffusion de l'information, d'autant que la loi Kouchner de 2002 en a fait une prérogative (97). Malgré les inquiétudes soulevées par les professionnels de santé, la majorité des patients déclarent chercher des informations pour se rassurer ou compléter les conseils apportés par le médecin ou le pharmacien. On observe même un paternalisme inversé, puisque les patients ne souhaitent pas heurter le professionnel de santé et souvent s'excusent ou cherchent une bonne formulation pour dire « j'ai lu sur Internet » (97).

La contestation de la qualité de l'information sur Internet semble aussi nuancée, des études montrent que les informations erronées sont régulièrement corrigées dans un délai très restreints, moins de 24h. Ces corrections sont apportées par des professionnels de santé ou des patients-experts, ainsi le réseau de toutes ces connaissances forme une intelligence collective garante d'un certain niveau de qualité

(97). L'information est accessible, abondante et actualisée cela permet d'améliorer l'autonomie des patients et sert de ressource de formation complémentaire aux professionnels de santé (51).

L'information recueillie sur Internet, quand elle corrobore les conseils apportés, améliore l'adhésion thérapeutique des patients et les rapprochent du consentement éclairé (98,99).

d) L'attitude du pharmacien d'officine

Aujourd'hui, on peut rencontrer des patients qui ne viennent plus rechercher un service intellectuel dans les pharmacies mais uniquement un commerce, ils sont devenus plus consommateurs que patients. Ceci est renforcé par la méfiance réelle de patients envers le pharmacien-vendeur. Face à ce type d'entretien où le patient est directif, il faut favoriser l'échange et démontrer sa compétence. Ainsi, le pharmacien peut donner des indications pour la sélection de l'information sur Internet ou attirer l'attention du patient sur la nécessité d'acheter ses médicaments sur des sites officiels rattachés à une officine physique (51).

Internet permet aujourd'hui le passage d'une confiance aveugle des patients non pas à une défiance envers le corps médical mais une confiance acquise (99). L'inclusion des patients aux réflexions portant sur des pratiques précises ou générales ne peut être que positive dans l'amélioration de notre système de santé. C'est un outil qui regorge de ressources éducatives à destination des patients qui peuvent être employées par les pharmaciens d'officine, comme par exemple des vidéos démonstratives (51).

Il est essentiel de se défaire de la vision trop manichéenne de l'apport d'Internet dans le soin (99). Internet peut être positif ou négatif dans son apport au soin mais selon le type d'interaction entre le patient et le pharmacien. Ainsi il revient au pharmacien d'officine d'éduquer afin de favoriser un usage raisonné et raisonnable de cette ressource (30).

3. Les différents moyens de communication

Sans rentrer dans les détails, de multiples outils sont à la disposition du pharmacien pour favoriser sa communication auprès des patients et autres professionnels. Dans le cadre de la collaboration interprofessionnelle ou de l'éducation thérapeutique, le pharmacien d'officine peut présenter des exposés destinés à un public plus large que ce dont il a l'habitude. Il peut aussi fournir de la documentation imprimée ou manuscrite à ses patients pour accompagner son conseil ou adresser un patient à un autre professionnel de santé. Au sein même de l'officine, on peut utiliser des outils audiovisuels pour communiquer sur des thématiques de santé publique ou créer une ambiance relaxante pour les patients. Fréquemment le pharmacien est amené à faire la démonstration des produits qu'il vend en utilisant des modèles de

démonstration ou en présentant une vidéo d'information aux patients. Le pharmacien passe également un temps considérable au téléphone pour joindre patient, autres professionnels ou fournisseurs.

Dans tous ces cas de figure, il est essentiel de demander un retour des patients ou des personnes concernées dans un souci d'amélioration et de satisfaction.

E. Conclusion

La communication est une dimension essentielle du soin qui a pu être minimisée durant un temps. A l'officine, la façon de formuler le conseil apparaît comme étant au moins aussi importante que son contenu. La psychologie sociale nous apprend que la communication à l'officine prend place au sein d'une relation interpersonnelle entre le pharmacien et le patient. Il existe de nombreux modèles qui ont évolué au cours du temps pour décrire la relation interpersonnelle dans le cadre d'une profession de santé. Les modèles qui sont aujourd'hui les plus pertinents sont des modèles théoriques, comme le modèle biomédical, le modèle biopsychosocial et le modèle centré sur le patient.

Une communication appropriée avec le patient permet d'améliorer l'efficacité des soins, d'obtenir de meilleurs résultats de santé et de construire une alliance thérapeutique entre le pharmacien et le patient. La communication a plusieurs dimensions : non verbale, verbale et intra-personnelle. La communication non verbale a un impact non négligeable sur la perception du message. Quant à la communication verbale, elle est constituée de différents outils communicationnels qui permettent au pharmacien d'orienter la discussion. Une application claire concrète et rapide des bases de la communication peut sembler aisée, c'est ce qui permet d'ailleurs l'émergence d'une pléthore de pseudosciences. Toutefois, malgré l'expérience quotidienne que nous en faisons, nous maîtrisons imparfaitement cette interaction.

Une communication efficace impose la connaissance des croyances de santé sous-jacentes dont la construction particulière évolue en fonction des cultures et du temps. Ces croyances représentent un savoir qui oriente les comportements de santé des patients et la façon dont ils reçoivent les informations que leur font parvenir les pharmaciens d'officine. Avec leurs nouvelles missions de promoteur de santé publique, il est essentiel de prendre conscience de la dimension subjective de la maladie et de la santé pour les patients.

Le conseil officinal peut-être décrit comme une méthode. On trouve des axes transversaux qui ont lieu tout au long de l'entretien avec le patient, comme la gestion émotionnelle et les styles communicationnels adoptés par le pharmacien et aussi des axes séquentiels. On peut noter que l'approche Calgary-Cambridge est la plus pertinente pour décrire cet enchaînement de tâches.

La méthode du conseil officinal doit aussi être personnalisée pour le patient en considérant notamment les multiples facettes de sa situation ou les conditions de l'entretien. Le pharmacien d'officine doit comprendre l'importance de la communication dans son rôle de professionnel de santé, mais également qu'une méthode simple et universelle n'existe pas. Le pharmacien doit rester souple et adaptable à toutes situations, à tout moment et avec chaque personne avec laquelle il interagit. Le pharmacien doit conserver les enseignements du modèle biomédical et de la médecine hippocratique : sur des bases scientifiques objectives, faire au mieux pour les patients.

La communication est un outil essentiel de la relation entre le pharmacien et le patient, toutefois, la communication est également utile dans l'interaction avec d'autres interlocuteurs, comme la famille du patient ou d'autres professionnels de santé. La communication orale n'est pas le seul moyen de communication et de nombreux outils peuvent être utilisés dans le cadre de la relation interpersonnelle.

L'étude de la communication a permis de comprendre que le pharmacien d'officine ne doit pas chercher la meilleure façon de faire son travail mais la meilleure façon d'aider le patient. Le dialogue a une vertu d'importance à l'officine : il humanise le soin. La psychologie explicite le fait que la communication permet de mieux comprendre l'autre. Le conseil à l'officine comporte différentes dimensions à prendre en compte, telles que : la rigueur scientifique, la souplesse de la communication et le respect de la législation.

De nombreuses ambivalences viennent avec la pratique à l'officine dont la première est le statut de professionnel de santé et de commerçant. Pour pouvoir placer sa pratique dans un cadre qui lui correspond le pharmacien doit réfléchir à ces questions et sentiments ambivalents. Ainsi, pour établir une bonne communication, il faut ajouter la dimension éthique au conseil à l'officine. C'est ce que je propose d'analyser dans la dernière partie de cette thèse.

PARTIE III :
LA REFLEXION ETHIQUE
DANS LE QUOTIDIEN
DU CONSEIL OFFICINAL

III. La réflexion éthique dans le quotidien du conseil officinal

Cette partie sur l'éthique fait suite à une constatation, que j'ai faite, et que la plupart des étudiants en pharmacie font en arrivant en officine. Il existe un décalage considérable entre l'idée qu'on se fait de la pharmacie d'officine et la pratique réelle. D'un point de vue théorique, la pratique à l'officine est assez simple et le rôle du pharmacien bien défini. Or dans la pratique, il existe de nombreuses situations qui peuvent provoquer un malaise, par exemple, les situations de conflit que nous avons appris à gérer grâce aux compétences exposées dans la partie II, et des situations posant un dilemme moral, qui elles sont beaucoup plus complexe à identifier et à résoudre. Ainsi dans cette partie, nous allons aborder la dimension éthique du conseil officinal et mettre en lumière certaines situations.

Comme nous l'avons vu dans la partie I, il existe différents points d'amélioration dans la pratique officinale afin d'obtenir un conseil plus performant. Certains de ces points ont pu être résolus grâce aux compétences présentées en partie II. La communication, si elle est respectueuse du patient, permet de favoriser une interaction réussie, toutefois, une partie reste encore inexplorée : celle de la relation de l'éthique au quotidien à l'officine.

En premier lieu, l'utilité de l'éthique dans le soin et plus spécifiquement à l'officine sera présentée. Ensuite, quelques repères sur l'éthique moderne ainsi que les conjectures qui en découlent pour le professionnel de santé seront explicités. Les cas pratiques présentés dans la partie suivante mettront en exergue différents soucis éthiques auxquels on peut être confronté à l'officine. Chaque cas aborde un thème plus ou moins large qui sera d'abord décrit, puis nous tenterons d'y apporter des réponses en accord avec les principes de l'éthique.

A. Pourquoi l'éthique ?

La communication peut rencontrer des situations à enjeux éthiques, comme l'honnêteté ou le consentement éclairé. Parker en 2004, a défini quatre défis de la communication éthique (82) :

- Lorsque le patient souhaite faire un « mauvais » choix d'un point de vue scientifique. Par exemple, il peut désirer un traitement qui n'est pas le plus adapté au vu de son état.
- Lorsque le patient souhaite faire un « mauvais » choix moral, par exemple refuser de communiquer à son partenaire les résultats d'une analyse génétique révélant une potentielle pathologie héréditaire.
- Lorsque le patient ne souhaite pas recevoir d'informations.
- Lorsque le patient refuse un traitement salvateur.

1. Définitions des notions d'éthique, de morale et de déontologie

Pour éviter des confusions, chacun de ces concepts doit être bien défini. La morale et l'éthique ont une étymologie proche, en effet Ricoeur rappelle que les deux se rapportent aux mœurs (100). La morale vient du latin *mores* alors que l'éthique vient du grec *ethos*.

La morale est un ensemble de normes pour le « bien vivre ensemble ». La morale est constituée de règles à appliquer à sa vie dans le cas d'une adhésion à un ensemble de valeurs, on parle par exemple de morale religieuse. On parle aussi de la morale d'une histoire ou d'une chanson, comme une règle de vie qui vient de nous être enseignée. La morale se présente comme relativement subjective et dépendante de la culture avec une stabilité temporelle.

De façon simplifiée, l'éthique est un moyen, un mode de réflexion qui vise à trouver le bien dans une situation. L'éthique a une visée plus objective que la morale, comme nous l'avons souligné, elle est construite de façon pluridisciplinaire. Elle est évolutive comme le prouve les états généraux de la bioéthique (101), qui sont une consultation nationale en vue de la construction et la révision de la loi bioéthique, qui ont lieu au moins tous les sept ans. L'éthique est un apprentissage du questionnement.

Ces deux concepts ne sont en fait pas totalement opposés. La morale que nous pensions immuable subit pourtant des changements, comme le montre les positions évolutives du Vatican sur la contraception. La morale étant édictée par les hommes elle évolue avec eux et leurs sociétés. L'éthique quant à elle a beau se baser sur des grands principes, que l'on juge universels et inaltérables, il se trouve qu'elle est formulée par des personnes qui elles-mêmes sont influencées par leurs expériences et leurs parcours de vie.

La déontologie se rapporte aux devoirs, aujourd'hui elle est présentée dans des textes de lois : les codes de déontologies. Ce système légal constitue un cadre ou des frontières à l'exercice, on peut la concevoir comme une morale professionnelle. Les lois sont nécessaires à nos pratiques et plus largement à nos sociétés comme le dit Spinoza dans le Traité théologico-politique (102) : « [...] *aucune société ne peut subsister sans une autorité, sans une force, et par conséquent sans des lois qui gouvernent et contiennent l'emportement effréné des passions humaines.* ». Toutefois, les lois sont nécessaires mais pas suffisantes pour obtenir une « bonne » pratique. A ce moment-là c'est l'éthique et la dimension humaine qui la complète.

Notons les différences entre la démarche scientifique et la démarche éthique qui sont toutes deux des méthodes de raisonnement. La démarche scientifique consiste à s'approcher rationnellement de la vérité. Elle se base sur un corps de connaissance pour pouvoir mener sa réflexion. La démarche éthique ou réflexion éthique est un processus de recherche de l'enjeu sous-jacent d'un dilemme et parfois elle permet de connaître la bonne chose à faire. Elle ne nécessite pas de posséder de

connaissances pointues comme la science pour être entreprise. La démarche éthique est transdisciplinaire, en adoptant de nouveaux points de vue sur une situation cela permet l'acquisition d'éléments nouveaux. Que ce soit la démarche scientifique ou éthique, la méthode nécessite d'adopter une posture la plus objective possible. Toutefois, il est impossible de présenter une démarche neutre, elle est nécessairement orientée par des facteurs individuels ou collectifs.

2. L'éthique dans le soin

Le soin et l'éthique sont tous deux liés depuis l'Antiquité, comme on peut le constater dans la philosophie hellénique. Epicure parle de la philosophie comme de l'hygiène de l'âme et qu'il faut se rendre à son école (de philosophie) comme on se rend chez le médecin. Il existe une éthique du soin mais l'éthique est ici considérée comme un soin (103). Dans l'éthique relationnelle, on distingue trois valeurs : l'amitié, l'amour et le respect. Les deux premiers sont des sentiments spécifiques, on ne peut pas aimer ou être ami avec tout le monde ; quant au respect c'est une exigence qui est universelle.

3. L'éthique à l'officine

A l'instar des autres professions de santé, l'exercice officinal est une pratique basée à la fois sur la connaissance et sur les valeurs. La connaissance est héritée de l'*evidence-based medicine*, elle est objective, universelle et précise. Les valeurs sont au sens large ce qui permet de définir un exercice officinal bon et utile, elles dépendent à la fois des cultures et des individus. Cette seconde facette de l'exercice officinal est présente lors de dilemmes auxquels la connaissance scientifique n'apporte pas de réponse (104). Le pharmacien a généralement comme tâche la gestion de l'équipe officinale, cela implique une double responsabilité éthique : de veiller à l'éthique de son *management* et au *management* de l'éthique dans sa structure.

L'éthique de la pratique à l'officine fait l'objet de très peu d'études sur des problèmes spécifiques quelle rencontre en particulier vis-à-vis de sa double identité professionnelle (105). De nos jours, l'éthique se préoccupe plus des grands problèmes médicaux ayant une incidence faible que sur des problèmes plus courants et insidieux (106).

Les rôles des pharmaciens d'officine s'élargissant, ils obtiennent de nouvelles responsabilités (106). Ils apportent un service cognitif centré sur la personne et non plus sur le médicament. Ces nouveaux engagements diversifient les types de relations que les pharmaciens entretiennent avec les patients. La déontologie, l'éthique, la morale, le respect des règles et des lois peuvent servir d'aide pour orienter le pharmacien dans ses choix portant sur les valeurs. S'ils restent consciencieux et dévoués aux patients et gardent en tête le souci de sécurité, de qualité et d'efficacité de leurs services et produits : le besoin demeure de former théoriquement la

profession sur les valeurs éthiques et de favoriser l'apport des sciences humaines et sociales dans ce contexte (104,107).

L'environnement de la pharmacie d'officine serait préjudiciable au raisonnement moral. En effet, on observe dans l'étude réalisé par Cooper et *al.* une dégradation de la conscience morale entre les étudiants et les praticiens expérimentés, et également, entre les pharmaciens travaillant dans des structures indépendantes et rattachées à un groupement (106). Les valeurs commerciales sont souvent à l'origine de soucis éthiques mais les valeurs de l'entreprise et l'organisation structurelle semblent servir de guide à la réflexion éthique en officine (106). Il y aurait une incompatibilité entre les objectifs professionnels, les objectifs altruistes et la rentabilité commerciale nécessaires à l'exercice officinal, ce qui amène des sociologues à qualifier la profession de pharmacien d'officine d'« incomplète », « sans buts » (108).

Une distorsion fréquente se produit entre les idéaux éthiques et la réalité de la pratique, chez les pharmaciens une étude a identifié une passivité des pharmaciens d'officine que ce soit (109) :

- dans la perception des enjeux éthiques d'une situation,
- dans la méthode de réflexion éthique avec des termes plus juridiques qu'éthiques et la mise en avant d'une « expérience » ou du sens commun,
- dans l'intention éthique où les pharmaciens interrogés se déclarent subordonnés à la loi,
- dans l'action éthique où les pharmaciens de l'échantillon ne contestent ni ne dénoncent et justifient leurs inactions.

Selon cette étude, les pharmaciens d'officine semblent souffrir de deux phénomènes qui ont leur implication éthique : l'isolement et la subordination. Ils sont isolés par leurs pratiques professionnelles qui laissent peu de temps à la communication et à la construction d'une relation, ce qui diminue l'implication éthique des pharmaciens. Les pharmaciens d'officine sont également subordonnés aux attentes des patients, la loi et les autres professionnels de santé. Subordonner signifie : « une limitation des possibilités d'indépendance, d'autonomie et d'autorégulation » (108).

La détresse morale dans les soins de santé contemporains est définie comme la douleur qui affecte l'esprit, le corps, l'âme ou les relations. Elle résulte d'une situation de soins aux patients, dans lequel le praticien est conscient de l'existence d'un dilemme moral, reconnaît sa responsabilité morale et porte un jugement moral sur l'action correcte. Pourtant en raison de contraintes réelles ou perçues, soit par action ou omission, le choix du soignant est vu par lui-même comme étant moralement répréhensible (110,111). La détresse morale a de nombreux aspects négatifs pour le patient comme pour le praticien : qualité des soins, santé du praticien, sentiments de colère ou d'indignation qui peuvent se transformer en culpabilité, désespoir, perte de l'estime et de la confiance en soi et épuisement professionnel. Elle s'est avérée être associée à un exode de la profession chez les infirmières (110,111).

La détresse morale est favorisée par un cadre réglementaire et légal strict en raison des limites que ce cadre impose à la congruence entre action et jugement moral. Les pharmaciens d'officine évoluent dans un niveau de réglementation marqué par rapport aux autres professions de santé, ils produisent leurs services dans un réseau plus isolé que leurs collègues hospitaliers et possèdent un espace décisionnel limité. Avec un élargissement des rôles, les occasions de dilemmes éthiques sont plus nombreuses (106,110,111).

Les pharmaciens sont donc face à des problèmes éthiques qui leur sont spécifiques. Les officines sont le lieu où ces dilemmes sont les plus récurrents (106,108). Nous pouvons citer : l'entretien avec un représentant qui pose des problèmes de confidentialité, la confrontation entre l'urgence de la fourniture de biens de santé et le respect de la réglementation (une des raisons qui encourage aujourd'hui la délivrance sous protocole et la télémédecine), la mise à disposition de kits d'injections pour les usagers de stupéfiants et le problème du vol, la perception hiérarchique de la santé, la substitution d'un princeps par un médicament générique, la pauvreté du client ou encore la vente de confiserie (106).

En conclusion, sur l'intérêt de l'éthique à l'officine, plusieurs points sont à souligner :

1. les pharmaciens malgré la présence d'enjeux éthiques dans leur pratique ont tendance à apporter une réponse fondée sur le jugement personnel et présente une certaine passivité dans l'action éthique,
2. le cadre réglementaire exigüe de leur exercice peut provoquer une détresse morale par manque de pouvoir décisionnel face à des situations complexes. L'éthique explique la nécessité d'un cadre réglementaire mais aussi ses limites et améliore la connaissance des lois régissant le milieu officinal,
3. le domaine est encore trop peu étudié, alors que l'officine est un lieu d'enjeux éthiques différents de ceux de la pratique médicale ou des soins infirmiers,
4. l'environnement dans lequel ils évoluent ne semble pas favorable à la pratique éthique,
5. l'élargissement des rôles des pharmaciens induit un risque de nouvelles tensions et de nouveaux dilemmes en officine.

Dans ces conditions, une éthique pratique appréhendée par les pharmaciens d'officine peut être en faveur à la fois des patients et des pharmaciens d'officine.

B. Quelques repères éthiques

Cette sous-partie présente différentes notions permettant de mieux appréhender un enjeu éthique. D'abord sur l'éthique elle-même, avec les principes qui la régissent et sa place dans notre société. Puis, des repères sur l'humain et le pharmacien par rapport à l'éthique.

1. Au sujet de l'éthique
 - a) Les éthiques

Il n'existe pas une éthique mais des éthiques. En effet comme dans la philosophie, il existe des courants de pensée et des champs d'application divers. L'éthique est une discipline philosophique qui consiste à raisonner ou à se questionner. Les analyses de cas que je vais présenter par la suite orientent vers l'étude de l'éthique appliquée qui comprend notamment l'éthique médicale mais aussi l'éthique des affaires.

L'éthique appliquée est un domaine de l'éthique qui s'intéresse aux cas particuliers et s'appuie sur les principes de l'éthique normative qui évalue moralement les personnes et leurs actions sur les notions de bien et de mal. L'éthique normative comprend plusieurs courants :

- L'éthique de la vertu, inspirée d'Aristote, incite les personnes à mener une vie bonne en cultivant leurs qualités morales ou vertus (112). Ici, l'intention morale n'est pas abstraite c'est-à-dire lorsqu'on effectue une action, par exemple une toilette, on ne pense pas agir pour protéger la dignité de l'autre mais pour son hygiène.
- Le déontologisme qui évalue l'agent sur la conformité de ses actions avec ses devoirs (113). Le bien est ici le fait de suivre les règles qui entourent une profession. Locke, Kant, Rousseau ou Montesquieu ont nourri ce courant de pensée. Ici, l'homme n'a pas le droit de ruser, il doit agir pour la dignité.
- Le conséquentialisme qui se rapproche de l'éthique téléologique qui considère les actions, soit pour leurs conséquences ou soit pour leurs finalités et leurs buts.

On perçoit qu'il y a deux directions possibles pour une réflexion éthique (114) :

1. Soit on considère une situation comme une expérience morale et l'analyse que nous en faisons provoque des sentiments. Ces sentiments nous orientent vers un comportement que l'on juge éthique. C'est une analyse concrète et pratique d'une situation qui s'inscrit en santé dans une relation interpersonnelle. L'action est limitée par la capacité à agir de l'agent et les dispositifs sociaux dans lesquels elle prend place.
2. Soit on considère une situation avec distance, comme une discussion éthique en se basant sur une morale-logique rationnelle. On étudie la situation à travers de grands principes que l'on ne saurait transgresser : la justice, l'égalité, la liberté, l'autonomie, le contrat...

Il y a donc des valeurs impartiales (autonomie, dignité...) que nous souhaitons défendre dans toutes situations et des valeurs contextuelles (sollicitude, loyauté...) qui n'existent que dans un contexte particulier. Dans le principisme, seules les valeurs impartiales dirigent une action, alors que dans le contextualisme, seules les valeurs contextuelles le font (115). Cette opposition existe dans un débat plus ancien sur la capacité humaine à faire des choix moraux (115). Est-ce que ce qui doit être valorisé

c'est la capacité à se décentrer de ses affects en considérant que le contexte nous rend partial, ou est-ce la capacité à raisonner à partir de nos affects ?

Toutefois ce qui fonde l'action, principes ou affects, n'influe pas nécessairement sur l'action entreprise. En prenant le contexte ou les principes comme base pour l'action, on peut arriver à la même conclusion soit à la même action. Pourtant, respecter un principe pour ce qu'il est doit se distinguer du sentiment particulier que l'on ressent pour l'autre dans la situation. Dans le premier cas, l'agent reste objectif et distant par rapport à la situation en s'abstrayant de ce qu'il souhaite lui-même. Dans le second cas, l'agent est l'interprète du ressenti de l'autre et agit en prenant en compte son désir propre.

b) Principes éthiques

Les quatre principes formels énoncés ci-dessous ne constituent pas une théorie, mais un cadre méthodologique qui facilite la résolution concrète des dilemmes moraux. Ils représentent une sorte de plateforme éthique commune à tous les acteurs de la discussion, ils servent de fil conducteur à la délibération. Le but n'est pas de réciter les principes mais de raisonner de façon cohérente avec ces principes. Il faut discerner quels principes mettre en avant dans une situation sanitaire particulière et les employer dans un souci d'équilibre (106).

(1) Quatre grands principes de la bioéthique

Les quatre grands principes énoncés par Childress et Beauchamp sont des valeurs qui préexistent face à une situation donnée (116). Nous allons les décrire succinctement en sachant qu'ils portent sur deux groupes de valeurs :

- les valeurs contextuelles qui présupposent un fait ; par exemple, la sollicitude qui n'existe pas sans une vulnérabilité de l'autre ou la loyauté qui impose une connaissance de l'autre,
- les valeurs impartiales, qui représentent les principes de la bioéthique, avant l'analyse de la situation : je sais qu'il est souhaitable d'être respectueux de l'autonomie, bienfaisant, non-malfaisant et juste.

Mais toutes les valeurs ne sont pas éthiques. La valorisation éthique sert à équilibrer les valeurs pour les rendre harmonieuses, par exemple, la colère est mauvaise si elle sert à l'agression d'autrui mais peut être bénéfique si elle sert à la défense de mes droits. L'harmonie dans la colère devient de la non-agression, je défends mes droits avec retenue et pertinence et je m'adresse à autrui courtoisement sans agression ou humiliation.

(a) Bienfaisance et non-malfaisance

La bienfaisance est un principe qui précise que le soignant doit faire le bien pour son patient. Quant au principe de non-malfaisance, il est bien résumé dans la doctrine d'Hippocrate : « *primum non nocere* » soit premièrement ne pas nuire. Le premier rôle

d'un médecin et *a fortiori* d'un soignant est de ne pas nuire. Mais alors quelles sont les différences entre faire le bien et ne pas faire le mal ? Dans toutes pratiques de soins, il existe une obligation de moyens et pas de résultats, ou comme il est dit dans la devise médicale à l'origine incertaine : « Guérir parfois, soulager souvent, soigner toujours ». Faire le bien est l'objectif visé en se donnant pour contrainte de ne jamais faire le mal.

Toutefois, ces concepts ne sont pas aussi stricts qu'ils paraissent l'être. En effet, le soignant peut faire **risquer** un mal au patient dans la condition où les bénéfices qu'il apporte par son action sont supérieurs, c'est la balance bénéfice-risque. Toute proportion gardée, c'est une vision qui semble assez utilitariste. Nous illustrerons ce courant par la suite, pour l'instant résumons-le par la doctrine « la fin justifie les moyens ».

(b) Le respect de l'autonomie

L'autonomie est à ne pas confondre avec la liberté, qui est souvent définie en France comme : « la possibilité de faire ce que l'on souhaite sans empiéter sur la liberté d'autrui ». Pourtant cette liberté d'action fondée sur le souhait est sujette à controverse. Si on me propose trois desserts différents, une tarte aux pommes, une banane ou un assortiment de fromages de chez un célèbre fromager, mon choix va sans doute se porter sur le dernier. Pourtant, ce choix qui semble libre est orienté par mes goûts et mes préférences. Pour aller plus loin, si je prends un dessert c'est que j'ai encore faim ou que je suis gourmand. Est-ce que la faim, ce besoin physiologique, peut être défini comme mon choix libre ? Est-ce que ma gourmandise n'est pas la conséquence de la présentation des desserts face à moi suscitant alors mon désir de manger ?

Kant propose dans « Fondements de la métaphysique des mœurs » une approche plus crédible de la liberté. Selon lui, l'autonomie est définie comme la capacité pour un individu de prendre des décisions en ne se basant que sur des lois qu'il s'impose à lui-même (113). Il l'oppose au concept d'hétéronomie qui consiste à faire un choix sous l'influence de facteurs extérieurs. La liberté est alors la possibilité pour un individu d'être autonome plutôt qu'hétéronome, tandis que, l'autonomie d'une personne est sa capacité à se poser comme l'auteur de ses propres actes.

Pour illustrer la différence entre l'impératif catégorique et l'impératif hypothétique de Kant, nous pouvons nous baser sur l'histoire de Pocahontas. Celle-ci, alors qu'elle est au détour de la rivière, a le choix entre deux bras : l'un qui la ramène vers son village et ses obligations, notamment épouser un homme qu'elle n'aime pas mais destiné à devenir le chef de la tribu (elle est la fille du chef actuel), et l'autre bras qui lui permettrait d'aller enfin pouvoir vivre son rêve d'aventure et d'être en communion avec la nature. Pocahontas est alors déchirée entre ses devoirs et ses désirs mais en faisant le choix de retourner à son village, elle décide de suivre ses devoirs. Selon Kant, elle n'a pas cédé à ses inclinations, ce qui lui a permis de prendre

une décision de façon autonome et non hétéronome, et c'est ainsi qu'elle peut affirmer sa liberté. En faisant ce choix à contrecœur, elle sera par la suite amenée à explorer beaucoup plus que ce qu'elle n'aurait pu imaginer puisque c'est une des premières amérindiennes qui épousera un homme blanc et elle ira rencontrer la reine d'Angleterre. Le choix de l'impératif catégorique ne doit pas se faire par désir, mais ce n'est pas une faute de prendre du plaisir, si ce choix nous amène à en vivre.

(c) Justice

Ce principe est celui qui place l'éthique médicale comme incluse dans un environnement social et sociétal avec les limitations que cela impose. Il faut être juste avec tous et les uns envers les autres. De nombreux courants de pensée animent ce principe nous les détaillerons un peu plus loin.

c) L'éthique dans notre société

L'éthique occupe une place de plus en plus importante dans notre société. Quel usage en fait-on ?

(1) L'éthique est-elle élitiste ?

Après ces quelques analyses théoriques et relativement abstraites, on est en droit de se demander si la pratique de l'éthique peut s'effectuer par tous, car elle semble nécessiter la maîtrise de concepts sophistiqués. Dans les pays anglo-saxons, l'éthique est une discipline à part entière et possède ses propres spécialistes nommés les éthiciens qui sont reconnus par leurs pairs et servent d'interface entre le soignant et le patient. En France il n'y a pas d'éthicien, le domaine de la philosophie morale s'en rapproche sans pour autant s'approprier l'expertise éthique. L'accent est mis sur la transdisciplinarité et la participation de tous les acteurs à la réflexion ; peut-être un héritage lointain du siècle des Lumières (117).

Même si elle est ouverte à tous, l'éthique n'est pas une pratique simple pour autant. L'identification d'un enjeu éthique est déjà une tâche complexe et suivre un raisonnement éthique l'est tout autant (109).

Kohlberg, a imaginé un développement moral en fonction du temps qui est défini par des stades. Même si cette théorie de la psychologie morale est contestée aujourd'hui, la présentation des différents stades permet d'éclaircir différents modes de réflexion. Ainsi, face à un dilemme moral on étudie non pas la réponse mais les justifications de la réponse pour savoir où se positionne l'individu en matière d'éthique. Elle a souvent été utilisée sur des enfants. Voici les différents stades, comprenant eux-mêmes deux niveaux, de la théorie du développement moral de Kohlberg « *cognitive moral development* » (106) :

- Le stade du raisonnement pré-conventionnel qui comprend le niveau 1, la moralité hétéronome où le bien est d'éviter de rompre les règles qui sont pré-établies par une autorité supérieure afin de ne pas subir une punition ; et le niveau 2, l'égoïsme

personnel où le bien c'est de faire ce qui est dans l'intérêt de l'individu et de laisser les autres faire de même, on parle aussi d'échange équitable.

- Le stade du raisonnement conventionnel avec le niveau 3, la relation aux pairs immédiats, adopter le comportement qui est attendu par les autres dans la recherche d'une conformité relationnelle et interpersonnelle ; et le niveau 4, les implications sociales et la nécessité des lois, où le bien est de contribuer à la société, au groupe ou aux institutions afin de maintenir leur bon fonctionnement en réalisant les tâches pour lesquelles on a donné un accord préalable.
- Le stade du raisonnement post-conventionnel comprend le niveau 5 de la reconnaissance du contrat social et des droits individuels où les règles sont respectées car faisant partie du contrat social et reposent sur une détermination rationnelle d'utilité générale. Toutefois les valeurs relatives sont maintenues quelle que soit l'opinion majoritaire. Il comprends aussi le niveau 6 de reconnaissance de l'universalité des principes, ce qui est bien est conforme aux principes éthiques qui sont choisis par l'individu et les lois ainsi que les devoirs sociaux sont respectés car ils découlent de ces principes, tout être humain a droit au respect de sa dignité et a un engagement personnel à l'égard de ses croyances.

Kohlberg estime que seul 15% des adultes arrivent au niveau 6, nous avons donc selon elle, tous une capacité à appréhender et à régler les dilemmes moraux mais certains ont plus développé cette capacité que d'autres (106).

Pour illustrer cette théorie voici un exemple de cas et de justifications de réponses possibles proposé par Kohlberg qui inclut un médicament et un pharmacien : « La femme de Heinz est très malade. Elle peut mourir d'un instant à l'autre si elle ne prend pas un médicament X. Celui-ci est hors de prix et Heinz ne peut le payer. Il se rend néanmoins chez le pharmacien et lui demande le médicament, ne fût-ce qu'à crédit. Le pharmacien refuse. Que devrait faire Heinz ? Laisser mourir sa femme ou voler le médicament ? ».

- Niveau 1, punition externe : Heinz ne doit pas voler car il risque d'aller en prison.
- Niveau 2, égoïsme personnel : Heinz ne doit pas voler car même si sa femme risque de le détester il n'ira pas en prison.
- Niveau 3, les pairs immédiats : Heinz ne doit pas voler car sinon les autres vont penser du mal de lui.
- Niveau 4, implications sociale : Heinz ne doit pas voler car c'est interdit par la loi.
- Niveau 5, contrat social : Heinz ne doit pas voler car c'est interdit par la loi, pourtant il souhaite que sa femme vive mais comprend l'intérêt des lois pour tous.
- Niveau 6, universalité des principes éthiques : Heinz décide de son action à la suite d'une réflexion éthique personnelle qui transcende les lois et l'avis de la majorité.

(2) L'omniprésence de l'éthique

Didier Sicard dans son ouvrage intitulé « L'alibi éthique », propose une vision originale de la pratique éthique (118). Il souligne le fait que l'éthique est entreprise par des personnes qui sont à la pointe de la recherche dans leurs domaines, tandis que

toute une partie de la population locale et mondiale est en souffrance face à des besoins beaucoup plus primaires. L'éthique serait devenue une sorte de label, un argument marketing ou politique permettant d'éviter toutes remises en cause, alors que le questionnement est justement au fondement de l'éthique. Il nuance son propos en mettant en avant, le partage croissant de la connaissance qui permet l'émancipation, l'émergence de nouveaux modes de pensée la société mondiale et « la conscience de l'efficacité collective de valeurs de probité et le souci du bien commun ». L'éthique ne doit donc pas être placée comme une solution mais plutôt comme le reflet de nos propres inquiétudes (118).

2. L'humain

Une des grandes questions de la philosophie porte sur la nature humaine. L'Homme est-il fondamentalement bon, puis est façonné par un ensemble de structures, expériences et cultures ? Ou est-il fondamentalement mauvais et réprime-t-il une partie de sa nature bestiale par la société, les coutumes et les lois ? Les réponses extrêmement riches que l'on peut apporter à ces interrogations sont hors de notre propos. Il me semble que l'homme est un assemblage ambivalent de différentes facettes, sentiments bons et mauvais. L'objectif d'un soignant n'est pas de « corriger » les sentiments jugés mauvais, mais d'adopter une démarche pleine de sollicitude et d'acceptation. Seulement ainsi, il rend sa nature humaine au patient et peut entamer une véritable relation de soin (92).

a) Personne et individu

J'utilise également fréquemment les termes de personne et d'individu, bien entendu, un patient, un client ou un usager est avant tout une personne ou un individu, au même titre que le pharmacien ou n'importe quel professionnel de santé. L'individu désigne l'être qui est inclus dans une société ou un groupe, il s'individualise, c'est l'entité élémentaire de la société puisqu'il est indivisible. La personne est un terme plus universel, c'est un être lié à deux dimensions : sa personnalité et sa personne morale. John Locke définit la personne comme : « [...] *un être pensant et intelligent, doué de raison, et de réflexion, et qui peut se considérer soi-même comme, une chose pensante en différents temps et lieux* » (119). La personne humaine est donc un être doué de raison, qui pense et, en cela, Kant nous explique que puisqu'elle est capable de se soumettre à des lois qu'elle s'impose à elle-même, la dignité est une valeur ontologique de la personne humaine (113).

Pour Kant, tous les hommes sont porteurs de la dignité. Toutefois, pour Hegel dans « La phénoménologie de l'esprit », la dignité a une dimension relationnelle (120). Pour être pleinement vécue, la dignité doit être reconnue par l'autre. Dans la partie II, j'insiste sur l'importance de créer une relation de confiance avec le patient, je relie cette confiance à la capacité du soignant de montrer du respect au patient. La confiance est le fait de s'en remettre, de se fier à quelqu'un et repose sur la croyance en la bienveillance de l'autre. La confiance présuppose un état de doute, le patient

doute de savoir s'il doit donner sa confiance au soignant ou pas. Il me semble que respecter une personne c'est avant tout lui reconnaître sa dignité, et par cette affirmation de l'existence cette valeur fondamentale dans le patient, on lui offre la possibilité de nous accorder sa confiance.

A l'époque où je débutais mes études, je travaillais déjà dans une pharmacie. Une jeune patiente migraineuse s'est présentée à moi. Alors plein d'enthousiasme, j'ai essayé de lui formuler un conseil le plus pertinent possible. Mais cette patiente était en pleine crise migraineuse, au bout de quelques minutes d'entretien elle a régurgité, directement sur le comptoir. L'officine à ce moment-là était pleine de patients qui mirent un point d'honneur à se décaler de quelques pas. La jeune patiente est devenue écarlate, a bafouillé une excuse et a commencé à pleurer. Sans doute, pour elle, à cet instant, elle avait perdu sa dignité, elle n'a pas su se contenir en présence d'une assemblée dans un lieu où les fluides corporels sont rarement exposés. Cet exemple illustre bien la perte subjective de la dignité pour la patiente. Pour ma part, comme le dit Ruwen Ogien, mes constructions culturelles ont dû influencer mon jugement moral, et dans un mélange de dégoût et de respect je m'attalais à nettoyer le comptoir tout en essayant de rassurer la patiente, de manière sans doute peu convaincante.

La relation de soin est fondamentalement asymétrique : la vulnérabilité du malade est évidente, il doit s'exposer face au soignant pour recevoir les soins (103,121). C'est de cette vulnérabilité, qui s'exprime de différentes sortes, que le soignant peut témoigner sa sollicitude au patient (121). Néanmoins, la vulnérabilité du pourvoyeur de soin fait écho à celle du patient, qui lui est exposée à la vulnérabilité du malade et contraint par le temps, l'argent et l'efficacité de ses ressources qu'il peut proposer au patient. Cette relation asymétrique est une des causes du doute du patient, on peut tout de même observer une situation qui s'inverse quand le dévouement du pourvoyeur de soin engendre la toute-puissance du receveur (122). Pour prendre soin des autres, il faut pouvoir être semblable aux soignés et donc vulnérable soi-même, sans excès pour pouvoir continuer à soigner. L'asymétrie s'exprime aussi dans le soin qui se place comme protection du vulnérable, or si on protège l'autre c'est qu'on est différent et il existe un risque d'abus de la part du fournisseur de soin (114).

b) Rôle social et sociétal du pharmacien

Les pharmacies d'officine sont des lieux très fréquentés, on compte quotidiennement environ 4 millions d'individus qui entrent dans les officines françaises. En France, la santé qui a un prix est, au moins en partie, prise en charge par la collectivité, notre système est fondé sur la solidarité des individus entre eux, il est nommé « l'état providence ». La consommation de produits et de services de santé ne peut se faire de façon déraisonnée, sinon la santé ne pourrait être équitablement répartie entre les individus. Par conséquent, il faut que chaque usager puisse correctement et relativement librement se soigner. La question de l'allocation des ressources est donc une problématique de justice sociétale.

Dans la première partie, nous abordions le fait que les officines permettent de réduire les dépenses de santé pour la collectivité. Toutefois, une partie de ces économies est rendue possible par l'automédication et la médication officinale. Lorsque la collectivité s'engage moins financièrement ce sont les individus qui sont amenés à payer pour leur santé. Est-ce juste ? Dans le cas des pathologies mineures, tout le monde peut-il choisir la voie de l'automédication ou bien est-ce un début de santé à deux vitesses, une rapide mais payante et une autre plus longue mais prise en charge ?

Pour Eric Fiat, un philosophe spécialiste de la philosophie morale intervenant lors de conférences organisées par l'espace éthique, lors de la transition d'un système de soin d'héritage chrétien à une médecine moderne basée sur les principes et les droits de l'homme, il y a eu une perte d'une des dimensions du soin (123). A l'époque une des raisons du soin était la charité qui vient du mot grec *agape*, qui signifie amour. Aujourd'hui, on soigne avec pour principe le respect de la dignité humaine. C'est pour lui, lors de cette transition de la charité au respect qu'il y a eu une perte. Il me semble qu'il y a une similitude avec la théorie de Fabienne Brugère, qui explique la division entre différentes dimensions que peuvent prendre les soins, ils peuvent être axés sur le « cure », guérir ou sur le « care », prendre soin, faire preuve de sollicitude, ce qui signifie se rendre responsable des soucis de l'autre (114). Il y a aujourd'hui une crise du « care » qui, selon Fabienne Brugère, vient en parallèle de l'avènement du modèle capitaliste (124). Il y a instrumentalisation du prendre soin dans le cadre d'une société totalement structurée par l'individu entrepreneur. Le prendre soin est une condition invisible mais nécessaire au marché du travail, car l'entrepreneur ne peut exister sans l'aide de l'individu invisible qui prend soin des autres. Une fracture sociétale entre l'entrepreneur et l'individu receveur et donneur de soin existe, le prendre soin est aujourd'hui représenté par les aides-soignantes ou les assistantes sociales. Il existe une véritable difficulté du capitalisme à prendre en compte une activité non marchande, ce qui amène à la crise du « care » (114,124).

c) Indépendance

Le pharmacien a un rôle pour le moins ambigu en matière de santé, c'est un professionnel qui accueille les patients sans rendez-vous et qui la plupart du temps donne des conseils gratuitement. Ces conseils renvoient le plus souvent vers un produit qui pourra être l'objet d'un échange marchand. Il existe un risque inhérent à la condition du pharmacien dans sa formation continue. En effet, il se forme tout au long de sa carrière en apprenant à choisir le bon médicament pour la bonne pathologie. Ceci peut induire un biais si le pharmacien porte son conseil en partant du produit et non pas des symptômes du patient (35).

Le pharmacien est un commerçant, il est donc considérablement dépendant de ses fournisseurs. L'objectif du pharmacien, dans son rôle de commerçant, est d'obtenir un prix d'achat le plus faible possible. Toutefois, lorsqu'il s'agit de produits de santé même sans prise en charge de l'assurance maladie et sans prescription obligatoire, il

est important de savoir qu'il existe des paliers comme pour n'importe quel autre produit sur le circuit de la vente. Par palier, j'entends qu'une remise plus ou moins importante est appliquée en fonction de la quantité de produits achetés. Ceci s'explique très bien et est justifiable pour les laboratoires : il est normal d'encourager ses clients à acheter plus. La question qui se pose est : est-ce qu'il est normal d'adopter ce mode de fonctionnement aussi pour les médicaments ?

Prenons un exemple, imaginons un laboratoire qui vous vend du Jaunitamol (antalgique utilisé couramment, accessible sans ordonnance et qui possède un prix libre). Les volumes de vente de ce médicament sont importants. Lors de votre négociation avec le laboratoire, qui fournit ce médicament, on vous demande afin d'obtenir le prix le plus bas d'acheter au minimum 1000 unités. Le souci se pose quand votre pharmacie n'a pas les capacités d'assumer ces 1000 unités dans le temps qui est imparti entre les deux commandes, au regard du coût de gestion des stocks (environ 10% du prix d'achat hors taxe par mois de stockage) et du caractère périssable d'un médicament. Le problème est peut-être encore pire quand pour obtenir cette remise maximale on vous demande de stocker des « nouveautés » ou telle ou telle marque partenaire.

Ici, un dilemme se pose pour le pharmacien : soit vendre plus de Jaunitamol soit les acheter plus cher, et par conséquent être moins rémunéré dessus. Il est difficile de maintenir le fait qu'il faut vendre plus de Jaunitamol parce que la vente se fait également en fonction des besoins des patients. On ne va pas vendre du Jaunitamol à toute personne entrante dans la pharmacie, c'est un médicament, il faut donc raisonner son usage. Toutefois, ce médicament qui comporte un volume important représente commercialement une source de revenus vitale pour la pharmacie et s'asseoir sur quelques centimes par boîte peut, sur l'échelle d'une année, engendrer de lourdes conséquences. Le pharmacien a donc une activité qui est censée être indépendante mais il se retrouve face à un dilemme quant à sa relation avec ses fournisseurs. Kant explique que tout a une valeur, mais que la valeur des choses est le prix et la valeur des êtres humains est la dignité. Mais lorsque la valeur d'une chose sert à conserver la valeur d'un être humain qu'advient-il ?

Des critiques pourraient être formulées concernant les formations des pharmaciens vis-à-vis de leur indépendance, voire de leur pertinence scientifique. Il existe une grande variété de formations, dans leur aspect qualitatif et quantitatif, auxquelles peuvent accéder les officinaux.

C'est notamment le cas d'organismes de formation à destination des commerciaux travaillant dans les laboratoires qui leur permettent d'apprendre à sélectionner des études et des méta-analyses calibrées pour la publicité, d'autres pour apprendre à vendre plus quand ils sont au contact d'un officinal ou d'un pharmacien hospitalier. D'autres formations apprennent à adopter un comportement adapté en fonction de la personne à qui il s'adresse (pharmacien hospitalier, pharmacien assistant, interne, stagiaire en pharmacie, titulaire, adjoint...) (125). Ceci met en

lumière le phénomène (sans doute bien compris par l'industrie pharmaceutique) du rôle essentiel de l'interface entre le public et leurs marques ou leurs produits qu'ont les pharmaciens. Quelles solutions pour les pharmaciens d'officine qui évoluent dans de petites structures ? Les groupements d'officines ? Ou les groupements amènent aux mêmes types de problèmes au final ? C'est un aspect important mais que je n'aborde pas plus avant dans ma thèse car il s'éloigne du cœur de mon travail.

d) Vers le nouvel exercice officinal ?

Nous avons fait la constatation en partie I, que l'efficacité du conseil officinal est influencée par la charge de travail. Les pharmaciens d'officine s'occupent de tâches non médicales et administratives de plus en plus prégnantes qui ont tendance à augmenter la frustration et la fatigue (6,7,31,33,37,38). L'activité à l'officine, comme cela a été souligné tout au long de ce manuscrit, est divisée en deux branches, une commerciale et l'autre médicale, les deux nécessitant des activités techniques annexes (administratifs, gestion stock, déballage des commandes...). Aujourd'hui, les pharmaciens d'officine s'occupent globalement de l'ensemble des tâches qui sont dévolues à l'officine. Ils ont, certes, un rôle de management et pour le cas des titulaires de chef d'entreprise (relations humaines, comptabilité...), mais à l'échelle de ces très petites entreprises (TPE) ils doivent être capables de réaliser l'ensemble des rôles.

Il est imaginable d'avoir une division plus prononcée dans l'exécution des rôles. Ainsi, le pharmacien se consacrerait aux tâches à haute valeur ajoutée qui à l'officine sont représentées par les actes les plus médicaux. L'aménagement de l'officine pourrait être revu pour améliorer ces tâches (6,37). On peut imaginer un ou des bureaux simples attenants à l'espace de vente qui permettraient des entretiens plus prolongés ou de traiter les ordonnances les plus complexes. Il serait alors possible au pharmacien de s'entretenir avec le patient pendant qu'une préparatrice exécute l'ordonnance, ce type de pratique existent déjà en Suisse (3). Ainsi, le temps d'attente des patients qui est une de leurs préoccupations dans la satisfaction qu'ils ont du service pharmaceutique serait sans doute mieux accepté et l'entretien avec le patient ne souffrirait pas de temps mort comme c'est le cas lorsque l'on doit aller chercher les différents médicaments (126). Ce système d'entretien améliorerait grandement la confidentialité, mais n'est toutefois pas l'idéal car aujourd'hui la rémunération n'est pas suffisante pour dédier deux personnes à l'exécution d'une seule ordonnance (6). Même si les patients se déclarent satisfaits de la confidentialité en officine et de l'attention que le pharmacien peut leur porter en cas de sujet sensible, il semble possible de l'améliorer (33).

Aussi cet entretien qui semble anti-commercial ne devrait pas être systématique. Comme nous le signalons en partie I, c'est au patient de définir si aujourd'hui, il a besoin d'un contact avec un personnel soignant ou avec un vendeur. Notons tout de même, qu'il ne faut pas laisser les entretiens classiques devenir de simples ventes, le pharmacien d'officine doit justifier son monopole par l'attention et les conseils particuliers qu'il fournit au moment de la délivrance de ces produits.

Ce système existe déjà dans les pays anglo-saxons notamment aux États-Unis, mais là-bas, les officines ressemblent plus à des supermarchés qu'à de véritables lieux de soins.

Lors de l'entretien avec le patient, le pharmacien peut vérifier l'adéquation de ses conseils avec les cinq catégories d'objectifs que nous avons définis en partie I : à savoir les objectifs économiques, humanistes, subjectifs, de connaissance et sur le style de vie. Un entretien plus personnel avec le patient facilite sans doute l'adéquation de tous ces objectifs. Il est également plus simple d'avoir une vision plus globale de la façon dont la personne se soigne et vit sa maladie pour donner un conseil associé plus personnalisé et sans doute plus justifié vis-à-vis du patient. En effet, l'aspect vente au comptoir s'efface dans le cadre de tels entretiens, et les patients qui signalent, comme nous l'avons vu en partie I, une certaine méfiance vis-à-vis du côté commercial du pharmacien se sentiraient sans doute plus en confiance pour adhérer au conseil du pharmacien.

Le pharmacien d'officine ne doit pas pour autant devenir qu'un professionnel de santé, car si la dimension commerciale de son métier provoque des dilemmes moraux, elle fait partie de son identité professionnelle. Il n'est pas utile aux pharmaciens de devenir de simples conseillers de santé, qu'on pourrait voir comme des petits "médecins". Mais au contraire, l'interface qu'il est entre l'industrie, l'économie de la santé et le patient, fait de lui un des professionnels de santé certes ambivalent mais des plus essentiels à la sécurisation de la santé du patient. Ainsi, cet aspect qui est souvent perçu comme négatif peut, au contraire, devenir une véritable force pour les pharmaciens d'officine. La dimension commerciale du pharmacien comme la vente de produits de parapharmacie et de complément alimentaire est également un moyen de s'émanciper de règles qui sont dictées par l'État. Ainsi, le pharmacien d'officine en diversifiant les sources de ses revenus peut gagner en indépendance. Un système entièrement fondé sur une rémunération par la sécurité sociale pourrait être une mise en danger de l'indépendance des pharmaciens. Pour arriver à prendre des décisions en son âme et conscience, dans l'intérêt de la santé du patient, il ne doit pas être dépendant ni des grands groupes industriels ni de différentes pressions étatiques.

C. Les cas pratiques

Les cas que je vais présenter sont fictifs ou dérivés d'expériences passées (dans ce cas, les noms des personnages ont été modifiés). Certains mettent en scène une situation de survenue probable dans n'importe quelle officine française. D'autres sont plus généraux et constitue une réflexion plus large. J'ai tenté de limiter l'analyse scientifique pour me concentrer sur les enjeux éthiques qu'ils soulèvent. Je n'ai donc pas une démarche éthique dans le sens où je résous une situation, mais ces cas reflètent des événements que j'ai pu vivre ou observer et qui m'ont amené à me questionner. J'adopte donc une position ou une posture éthique en réfléchissant *a posteriori* à ces situations.

1. La méthode d'analyse

Comme nous l'avons vu, la démarche éthique est un questionnement et un raisonnement qui se mène à plusieurs. Les personnes concernées sont issues de différents univers qui gravitent autour de la question. Dans le soin, les comités d'éthiques sont composés des professionnels de santé, des juristes, des chercheurs ou praticiens en sciences humaines et sociales, des personnes de services administratifs, des patients, des personnes de services sociaux...

Les cas détaillés sont présentés dans une situation concrète. Ensuite, les principes en conflit dans ces cas sont décrits afin de mettre en lumière le dilemme moral. Puis, en ayant comme repère les principes énoncés, une analyse contextuelle de la situation est réalisée pour faire ressortir les questionnements profonds. Nous ne sommes pas à la recherche d'une solution pour les situations énoncées mais nous sommes à la recherche des bons questionnements que doivent soulever ce cas.

Pour les situations plus larges elles peuvent s'appuyer sur un exemple mais elle ne se base pas que sur lui pour construire l'argumentation. Pour certaines de ces situations, je demande l'avis d'un pharmacien tiers travaillant en officine afin d'étudier les congruences et les divergences de nos deux analyses.

2. Cas éthiques

a) Justice entre individu et collectivité

Une jeune femme visiblement d'origine africaine se présente à la pharmacie, et personne dans l'équipe ne la reconnaît. Elle vient au comptoir avec Jonas le pharmacien adjoint. Elle lui présente une ordonnance avec du Truvada® au nom de Kadidia Diabaté, un traitement contre l'infection au virus de l'immunodéficience humaine, et une attestation d'affiliation à l'assurance maladie. Ce traitement est également utilisé en prophylaxie. Le pharmacien mène l'entretien et la patiente est visiblement mal à l'aise pour répondre aux questions qui lui sont posées. Jonas s'en étonne et tente d'élucider la situation avec cette personne, au bout d'un moment, il la convie dans l'espace de confidentialité pour poursuivre l'entretien dans un endroit plus calme.

Une fois dans l'espace de confidentialité, la patiente déclare qu'elle ne peut pas répondre aux questions du pharmacien car le traitement n'est pas pour elle mais pour sa sœur, Assitan Diabaté, qui réside en France de façon illégale depuis peu. Assitan exerce une activité de prostitution et utilise le traitement en prophylaxie, le port du préservatif n'étant pas toujours possible. Elle se présente comme très précaire et ne peut se permettre d'acheter par ses propres moyens ce traitement (400 euros les 30 comprimés). Elle ajoute que le médecin a rédigé l'ordonnance en connaissance de cause.

Le pharmacien décide d'appeler le médecin qui lui confirme la version de la patiente et souligne l'importance médicale pour la sœur d'accéder à ce traitement. L'ordonnance est rédigée au nom de Kadidia, présente à l'officine qui elle bénéficie d'une AME.

Le pharmacien doit-il délivrer le traitement ? Pour quelles raisons ?

Michael J. Sandel propose dans son ouvrage « Justice » un dilemme éthique (127). Le dilemme de Sandel consiste à imaginer un tramway qui fonce sur sa voie, qui plus loin est en travaux avec 5 ouvriers qui y travaillent. Or, l'interlocuteur est placé au niveau d'un aiguillage, il peut choisir de faire changer le tramway de voie pour l'amener sur une autre où il n'y a qu'un seul ouvrier en train de travailler. Par la suite, l'interlocuteur explique son choix et pourquoi. Souvent, la personne répond qu'elle préfère envoyer le tramway là où il n'y a qu'une seule personne parce qu'il vaut mieux un mort que 5. Ensuite Sandel leur propose une deuxième étape, imaginer maintenant qu'on est sur un pont au-dessus de la voie, il y a une personne obèse devant nous qu'on peut pousser pour qu'elle tombe sur la voie et bloque le tramway. La mort de la personne obèse sauve ainsi la vie des 5 ouvriers. Il propose même d'imaginer que la personne est sur une trappe et qu'on a juste à actionner un levier pour la faire tomber sur la voie. Alors les interlocuteurs ont souvent des réponses autres, où il propose de ne pas agir et de laisser l'accident se produire en mettant les vies des 5 ouvriers en jeu.

Ainsi, grâce à son exemple du tramway fou, Sandel montre que face à une situation nous apportons une réponse et face à une situation qui est extrêmement similaire on est capable d'en apporter une autre. Ainsi, il permet de d'exposer les différents courants éthiques qui régissent la justice dans nos sociétés. Peu utile en pratique, ce cas nous aide toutefois à nous situer sur les valeurs que nous accordons aux différents concepts. Je vais utiliser la même méthode pour essayer de proposer des réponses à ce cas.

Je présente ici succinctement différents courants qui coexistent en matière de justice sociale :

- Selon l'utilitarisme, il faut rechercher le choix qui provoquera au final un bien maximum. Ici les biens en jeu sont : le bien de cette jeune femme qui a besoin d'un traitement onéreux alors qu'elle n'a pas le droit d'y avoir accès, et en parallèle, le bien que pourrait avoir la communauté. Selon l'utilitarisme de Bentham, la question ne se pose presque pas puisque le bonheur d'une personne n'a rien de comparable au bonheur de beaucoup d'autres personnes qui pourrait également retirer de l'utilisation des fonds engagés. Selon l'utilitarisme de John Stuart Mill, la question est plus complexe. On doit maximiser l'utilité, non au cas par cas mais dans la durée, et il existe des plaisirs supérieurs à d'autres, le bonheur est qualifiable et quantifiable. Dans sa morale, la prostitution est un plaisir inférieur et par conséquent, il n'est pas bon d'encourager la prostitution et on ne délivre pas le médicament.

- Selon le libéralisme de John Locke, l'État-providence est en soi une aberration puisque chaque personne ne doit pas être contrainte par une structure supérieure. On considère dans cette logique que l'impôt est un esclavagisme déguisé, dans le sens où je reverse du temps de travail à l'État pour des dépenses que je n'ai pas moi-même engagées. Donc, il ne faut pas délivrer le traitement à la personne puisque c'est à elle de se le payer et pas à la communauté.
- Selon Kant, ce qui compte dans l'action que l'on va choisir c'est notre intention. Comme je l'expliquais l'intention doit être construite de façon autonome. La justice et les droits qui régissent une communauté se fonde sur un contrat social. Selon Kant, un contrat social est plus imaginaire que réel, car d'une part, il est impossible de retrouver les traces du dit contrat aux origines de la communauté, et d'autre part, on ne peut pas considérer que les principes de justice qui reposent sur les intérêts et les désirs d'une communauté soient véritablement justes. Pour répondre à cette interrogation que nous laisse Kant, il faut se pencher sur la philosophie de John Rawls.
- John Rawls était un égalitariste américain, il défend l'égalité morale des contrats sociaux. Pour lui, la bonne manière de réfléchir à la justice consiste à se demander quels principes choisirait-on dans une position originelle d'égalité. Pour lui, dans notre société il n'y a pas de véritable égalité, par conséquent cette personne qui souffre d'une maladie et qui est dans une condition précaire doit recevoir le traitement par souci d'équité et par respect du principe de différence. Ce principe postule que nous sommes fondamentalement tous différents dans nos caractéristiques et dans nos conditions de base. Ceci empêche une véritable égalité. Par conséquent, il n'y a pas de mérite et il n'y a pas de démerite. Il propose dans notre société actuelle de je cite : « partager le sort les uns des autres » et de profiter « des accidents de la nature et du contexte social que dans la perspective de l'avantage commun ». Par conséquent, délivrer le traitement à cette femme est pour John Rawls la chose à faire.
- Selon Aristote, c'est la vertu et la finalité d'un bien qui en détermine l'attribution adéquate. Pour que la répartition des biens de santé soit juste, il faut définir la finalité du bien et l'attribuer à la personne qui en a le plus besoin. Pour Aristote, la finalité de la politique et du vivre-ensemble est la culture des vertus. Il me semble qu'au nom des vertus, il faudrait donner le traitement à la patiente, parce qu'il est bon de la soigner et elle est la personne à cet instant qui a le plus besoin de ce bien.

Voici la réponse que m'a apportée un ami étudiant en pharmacie : « Le pharmacien se doit de délivrer le traitement malgré la fraude que cela implique au niveau de la sécurité sociale. En effet, ne pas délivrer signifierait faillir à notre mission de santé publique en laissant la contamination du VIH possible ainsi qu'un abandon de la patiente. Le fait que celle-ci ne possède pas de papiers français n'exclut pas la prise en charge de cette personne sur le plan éthique. Cependant, cette délivrance pose plusieurs problèmes et peut remettre en cause le principe « Primum non nocere » constituant le cœur de notre profession. Délivrer un antirétroviral sans s'assurer du

suivi biologique de la patiente (néphrotoxicité, hématotoxicité, atteintes osseuses possibles avec ces antirétroviraux) n'est pas tolérable. De plus, ce traitement prophylactique n'exclut pas le risque de transmission du VIH. Il est donc important pour le pharmacien d'essayer de mettre en place ce suivi en coordination avec le médecin mais aussi d'essayer de trouver des solutions pour cette patiente en faisant appel à des structures comme « Médecin Sans Frontière » même si cela sort du cadre des missions du pharmacien. De ce fait, il est préférable de faillir sur le point de vue économique et administratif (fraude, coût engendré auprès de la sécurité sociale) que de faillir à la mission de défense de la santé publique qui impliquerait l'abandon de la patiente et donc de l'humain. ».

Dans sa réponse, on trouve la notion de supériorité du devoir de soin du pharmacien sur sa responsabilité économique. Toutefois, dans une attitude précautionneuse, il conditionne cette transgression de la loi par un contrôle du risque assurant les bénéfices du traitement. La situation lui semble non satisfaisante et préconise la recherche de solutions alternatives afin d'éviter le renouvellement du dilemme.

b) [Produit en vente libre et devoir d'information](#)

Présentation :

Le deuxième cas est une situation omniprésente en officine, mais aussi dans d'autres domaines de la santé, à savoir la balance entre le devoir de compétences et d'information du pharmacien face au respect de l'autonomie du patient.

Cas :

Madame Juliette, qui a 62 ans, qui n'a ni pathologie ni traitement chronique ou notable, vient à la pharmacie des Noyers depuis quelques années. La pharmacie est de taille importante et est bien gérée, elle possède de nombreuses gammes de produits de parapharmacie et de compléments alimentaires. Madame Juliette est une cliente agréable, elle a toujours une petite histoire à raconter et elle offre mêmes des chocolats à l'équipe durant la période des fêtes. Elle achète régulièrement des compléments alimentaires de tous types parce qu'elle trouve que c'est naturel et ça ne peut pas faire de mal. Elle a même fait la constatation qu'elle ne tombe plus vraiment malade depuis qu'elle en prend. Elle souhaite aujourd'hui acheter une association de vitamines et de minéraux, le VitminRal, pour éviter de s'enrhumer avec le retour de l'hiver. C'est un complément alimentaire, sous forme de gélule. La prise conseillée par le fabricant s'effectue le matin et la posologie est d'une à deux gélules par jour. C'est un conditionnement de trois mois à posologie minimale soit 90 gélules. On peut voir écrit sur l'emballage « Aide à réduire la fatigue et à maintenir le système immunitaire ».

Elle se dirige vers les comptoirs et se retrouve avec Madame Trébaut, une jeune pharmacienne de 28 ans. Madame Trébaut est nouvelle à la pharmacie des Noyers, elle y travaille depuis 3 mois, elle s'est bien intégrée à l'équipe et les patients l'ont également bien reçue. La jeune pharmacienne sait que le VitminRal est un complément alimentaire et qu'il n'a fait l'objet d'aucune étude spécifique quant à son efficacité dans la prévention de la rhinopharyngite. Elle sait également qu'une méta-analyse de 17 études a rapporté que la prophylaxie au zinc pendant au moins 5 mois a réduit l'incidence du rhume chez les patients en bonne santé, et qu'une autre méta-analyse de 29 études a démontré que la prophylaxie à forte dose de vitamine C a été efficace pour prévenir le rhume chez un sous-groupe de patients soumis à un stress physique intense. De plus, une méta-analyse récente a montré les bienfaits de la supplémentation en vitamine D, en particulier chez les patientes présentant de faibles taux de vitamine D. Les sels et les posologies utilisés dans ces analyses sont similaires avec ceux présents dans le VitminRal. Enfin, Madame Trébaut sait que Madame Juliette a une alimentation variée et équilibrée.

Madame Juliette s'approche de Madame Trébaut et lui dit : « Je vous prends ceci, je n'ai pas envie de tomber malade cet hiver. Il m'a l'air bien, vous en pensez quoi du VitminRal vous ? ».

Comment Madame Trébaut doit-elle réagir face à cette sollicitation de la cliente ?

Proposition de résumé :

La cliente est une personne en bonne santé, elle souhaite la conserver en utilisant un complément alimentaire. La pharmacienne émet un doute quant à l'effet du complément et l'attente de la patiente.

Principes :

La patiente en formulant un souhait affirme son autonomie, elle choisit librement le produit et demande conseil à la pharmacienne. La pharmacienne souhaite faire le meilleur choix de conseil pour cette patiente. Les principes en conflit sur ce cas sont le respect de l'autonomie de la patiente et la volonté de bienfaisance de la pharmacienne.

Analyse :

Ce complément alimentaire tel qu'il est présenté dans l'esprit de la patiente correspond à la définition d'un médicament, puisqu'elle souhaite « ne pas tomber malade ». Un médicament peut être défini par fonction ou par présentation, comme expliqué dans le code de la santé publique : « On entend par médicament toute substance ou composition **présentée** comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, **ainsi que** toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur

être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en **exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique**. ». Ici, pour la patiente le complément alimentaire est présenté comme possédant des propriétés préventives à l'égard des maladies humaines.

Or, l'inscription sur la boîte ne présente pas une telle prétention, on peut y lire : « Aide [...] à maintenir le système immunitaire ». D'un point de vue juridique, ce n'est pas une indication thérapeutique mais une allégation de santé. En effet, ce complément alimentaire participe au fonctionnement du corps humain et *a fortiori* du système immunitaire en apportant vitamines et minéraux essentiels. Toutefois, le complément alimentaire ne se présente pas comme remplaçant une alimentation équilibrée, une activité physique régulière et si, par chance, vous arrêtez de fumer et de consommer de l'alcool, c'est encore mieux. Cela étant dit, un système immunitaire compétent n'est pas la garantie de ne pas tomber malade : heureusement que le système immunitaire continue de fonctionner même quand nous sommes enrhumés sinon l'ensemble des laboratoires de recherche travaillerait sur les virus incriminés. Aucune étude n'ayant été menée sur l'efficacité du produit dans la prévention du rhume, cela aurait-été un mensonge d'inscrire sur la boîte : « Prévient la survenue de la rhinopharyngite ».

Je suis volontairement cynique, car il me semble qu'il y a un décalage important entre les espérances de la patiente et l'objet trouble du complément alimentaire. Le produit est présenté dans un lieu de soin qu'est la pharmacie et délivré par un personnel en blouse, symbole de l'autorité scientifique. Comme nous l'avons vu en partie II, la communication non verbale joue un grand rôle dans nos perceptions. Le pharmacien est-il alors complice d'une stratégie marketing visant à l'achat de tel ou tel produit ?

On trouve également dans le code de déontologie l'article suivant commenté (128) : « Le charlatanisme est une pratique consistant exploiter la **crédulité** publique et la détresse des patients en faisant passer pour **efficace** et sans danger un remède ou un procédé illusoire. Le pharmacien a le devoir de s'abstenir de toute participation ou d'encouragement à de telles pratiques, par exemple en vérifiant le statut du prescripteur. ». Cette pratique, vue sous cet angle, peut être considérée comme du charlatanisme. Le pharmacien se retrouve donc pris entre son devoir de dévouement et celui de lutte contre le charlatanisme.

Position :

Il est possible que la patiente ait mal compris les propriétés du complément alimentaire, alors le pharmacien peut mettre à profit ses compétences communicationnelles pour comprendre les représentations de la patiente et les attentes qu'elle place dans le produit. Il faut réussir à réduire l'écart de compréhension du produit entre celle de la patiente et celle de la pharmacienne. Ainsi, en éclairant la

patiente sur ce point le pharmacien fait preuve de loyauté. A ce moment la patiente sera plus autonome dans son choix vis-à-vis des facteurs extrinsèques qui auraient pu l'influencer (marketing, communication non verbale). Toutefois, l'avis pharmaceutique ne saurait être ferme dans un souci de ne pas froisser la patiente dans son système de croyance. L'approche pourrait s'orienter sur le ton de la curiosité plutôt que de la mise en garde.

La prise de ce complément alimentaire par la patiente est une façon de pallier sa propre vulnérabilité, elle prend ce complément alimentaire pour ne pas être malade. La maladie fait partie de la vie, c'est une des facettes de notre vulnérabilité face à la nature et il est difficile de se résoudre aux manifestations physiques et psychiques de la vulnérabilité des autres qui est le reflet de la nôtre propre. Ainsi, le pharmacien peut adopter deux positions :

- Il peut être bon, de vouloir par sollicitude, aider autrui à lutter contre sa vulnérabilité.
- Il peut être « fou » de vouloir lutter contre un fait inéluctable.

Il est impossible de donner une réponse ferme à cette interrogation, encore une fois le rôle du pharmacien est d'être dans la mesure, l'adaptation, la souplesse, le tact... Il est difficile pour un jeune professionnel de concilier sa mission de professionnel de santé et son rôle commercial, qu'il faut pourtant assumer faisant partie intégrante du métier. Lors de l'achat d'un produit en vente libre, il faut agir en informateur honnête et donner une information claire, loyale et appropriée.

Cette situation implique trois entités : la patiente, la pharmacienne et le produit. La difficulté peut résider dans le fait qu'il n'y a pas de scrupules à vendre un produit qui fait preuve de son efficacité dans des conditions similaires. Les pharmaciens suivent une formation initiale pour acquérir une confiance en eux suffisante pour conseiller un patient sur des choix de thérapies ou de santé. Or, le pharmacien d'officine n'aura jamais la compétence pour juger de l'efficacité d'une thérapie dans une indication donnée ; seule l'étude scientifique rigoureuse permet d'apporter certaines réponses.

De cette analyse découle une proposition : « La création d'un organisme indépendant contrôlé par les pharmaciens d'officine et chargé d'évaluer l'efficacité, la sécurité et la qualité des produits vendus en officine accessibles sans ordonnance ». Les pharmaciens n'ont pas le temps ou l'envie de se former de façon autonome ou de faire des liens efficaces entre les données théoriques et les exigences de la pratique officinale.

Comme les médecins ont à leur disposition la revue « Prescrire », il devrait exister une revue « Délivrance » pour les pharmaciens d'officine. Cette revue aurait non seulement une fonction de revue de la littérature indépendante à visée de la délivrance en officine, mais également une fonction d'étude des différentes thérapies qui puisse s'appuyer sur la force du réseau officinal. Une telle revue, indépendante et universitaire, existe déjà aux Etats-Unis et propose une analyse objective des

pathologies mineures et de leurs traitements possibles, c'est : *the handbook of non-prescription drugs* (129). Si les pharmaciens veulent se poser comme les défenseurs de la santé des français et puissent vendre des produits de santé de façon unilatérale (lors de la délivrance de médicaments *over the counter* ou compléments alimentaires) sans cas de conscience, il me semble que le modèle d'exercice actuel est insuffisant. « Délivrance » pourrait également jouer le rôle de centrale d'achat des produits que l'on trouve en officine en ne référant que ceux qui ont satisfait aux exigences pharmaceutiques.

Voici l'avis d'un ami également étudiant en pharmacie :

« Tout d'abord, que la patiente soit une habituée apportant des chocolats et achetant souvent en pharmacie ou une inconnue, la réponse doit être similaire. Après tout cela dépend de l'aisance avec laquelle la pharmacienne peut discuter avec la patiente. Parler avec une inconnue de l'efficacité des vitamines est peut-être plus difficile pour la pharmacienne que de parler avec la patiente habituée. La familiarité permet d'aborder des questions plus complexes.

Je trouve qu'il n'y a pas d'incohérences notables dans votre cas. Les études prouvent l'efficacité des vitamines, à certains dosages, qui sont retrouvés dans le complexe vendu en officine, sauf pour le zinc avec 5 mois contre une utilisation de 3 mois. Mais en soi, selon ce que sait la pharmacienne et selon l'indication d'utilisation de la patiente il n'y a pas de problème.

Alors la pharmacienne pourrait répondre :

- en effet les vitamines peuvent être utilisées pour la prophylaxie du rhume,
- ce produit n'a pas été testé en essai clinique mais les constituants ont prouvé leur efficacité,
- le zinc a des effets spécifiques et une durée d'utilisation.
- la part placebo est à prendre en compte pour préciser que si la patiente a l'impression que cela lui fait du bien, il faut peut-être essayer de l'encourager à utiliser des méthodes prophylactiques, si cela permet un mieux-être, un mieux vivre ; tout en connaissant et mentionnant les risques et effets indésirables potentiels. C'est un point névralgique (comme pour toute thérapie n'ayant pas prouvé son efficacité) : expliquer au patient qu'il est probable que le bien que peut produire le produit est avant tout un apport psychologique, un mieux-être et un mieux vivre de la pathologie,

De plus, la pharmacienne croit savoir ou pense que la patiente s'alimente correctement, mais elle ne connaît pas la réalité. Donc elle peut mentionner qu'il est important de continuer une alimentation équilibrée...

Ensuite, tu parles d'une méta-analyse avec fortes doses de vitamine C, donc pas ce qu'on trouve dans une alimentation équilibrée? La pharmacienne peut donc expliquer que les vitamines sont retrouvées dans les fruits et dans une alimentation équilibrée mais que dans ce produit on peut les trouver en quantité suffisante ce qui permettra de dépasser les AJR (apports journaliers recommandés). Mais alors est-ce un problème de dépasser les AJR? La pharmacienne ne le sait pas. Y a-t-il des effets

indésirables ? Donc y a-t-il un danger à prendre ce médicament ? Danger avec de fortes doses ?

Ensuite, on peut bien évidemment questionner la part de « l'économique » et de l'efficacité. La pharmacie et la pharmacienne cherchent-elles à vendre pour permettre une efficacité prophylactique ou vendre pour augmenter le chiffre d'affaire de la pharmacie ? Bref dans l'ensemble je trouve que ce cas ne développe pas vraiment de "problème" éthique mais peut soulever des questionnements. ».

Plusieurs points s'articulent dans sa réponse :

- Tout d'abord, il faut noter une forte présence de la notion de dévouement, il en parle comme norme d'accueil, tout le monde doit profiter de la même implication de la pharmacienne. Néanmoins, il ne nie pas que la proximité relationnelle a un impact sur l'échange qui va avoir lieu. Puis, en abordant le fait qu'il n'y a pas d'enjeux éthiques selon lui, il le justifie en avançant que le dévouement de la pharmacienne peut avoir un impact sur l'efficacité du médicament qui selon lui n'a pas fait la preuve de son efficacité mais non plus celle de son inefficacité.
- On retrouve une notion de précaution quant aux effets indésirables du traitement.
- Enfin, on peut conclure qu'il met en avant le fait que l'enjeu n'existe pas selon lui par une approche de l'intention aristotélicienne du cas. Pour moi, il pense que, la pharmacienne vend le complément alimentaire d'abord dans le souci de la santé de la patiente.

c) Gradation de la dépendance et tonalité de la vulnérabilité

Dans ce cas, l'enjeu est soulevé par une situation évolutive, je recommande de prendre une pause entre les lignes en pointillés.

Monsieur Hubert, un patient régulier de la pharmacie de la plage, se présente à l'officine à la fermeture à 20h. Lors de ses passages, il est parfois plein d'entrain et parfois un peu colérique. Il présente son ordonnance et récupère ses traitements. Il est seul cette fois-ci, mais d'habitude est accompagné car c'est un patient qui peut avoir des difficultés à rentrer chez lui. Monsieur Hubert a l'air particulièrement agité aujourd'hui, toutefois, la délivrance se déroule sans problème. Une fois l'entretien terminé, Monsieur Hubert s'en va.

Sur les caméras de surveillance le pharmacien remarque que Monsieur Hubert lui a volé une boîte de médicaments.

Monsieur Hubert est un patient de 74 ans souffrant d'Alzheimer. Quelles sont les réactions possibles du pharmacien ?

Monsieur Hubert est un patient de 48 ans alcoolique et héroïnomanie. Cela change-t-il quelque chose ?

Monsieur Hubert est un immigré qui ne parle pas français et dispose d'une AME.

Il ne s'agit pas de justifier les actes de la personne mais d'essayer de les expliquer de façon objective, le vol est une activité condamnable qui n'est pas à encourager. L'exemple du vol a été choisi car c'est une situation présente en pharmacie d'officine qui semble pertinente pour la réflexion intellectuelle.

En partie I, nous avons vu qu'il existe un risque de catégorisation des patients qui se présente à l'officine (7,31–33). Cette constatation, vue en partie II, est sans doute due à une divergence de croyances et de représentations souvent influencée par l'environnement et les expériences de chacun (29,51,58,61).

En illustration de ce fait, on peut présenter deux cas où le patient est catégorisé et la réponse apportée par le pharmacien peut possiblement différer. Premièrement, le cas d'un patient âgé souffrant d'Alzheimer ou d'une démence, la dépendance de ce patient n'est pas à prouver pour le corps médical, c'est une personne vulnérable à laquelle on porte une attention particulière. Pour parler de l'aspect commercial de la pharmacie d'officine, si ce patient vole une boîte de médicaments en libre accès, il y aura sans doute une certaine compréhension de la part de l'équipe officinale peut-être sur un ton un peu paternaliste.

Deuxièmement, imaginons un patient usagers de produits stupéfiants, dépendant qui vole dans les mêmes conditions le même produit. La dépendance à un stupéfiant est effectivement une pathologie qui a des répercussions connues sur les actions de l'individu et son environnement. C'est donc une pathologie qui engendre une vulnérabilité au même titre que la maladie d'Alzheimer. Pourtant, certaines personnes interrogées dans une étude qui est même été des personnes usagers de stupéfiants ont remarqué que l'accueil qui leur était réservé en pharmacie d'officine été notre voir plutôt négatif et ce parfois même de la part du pharmacien (31). De plus, les pharmaciens soulèvent eux-mêmes le problème du vol (106).

En suivant ces faits, on constate une certaine gradation de la dépendance en pharmacie d'officine. Une dépendance médicale acceptée, qui, si vous n'y portez pas toute votre attention, vous sera sans doute socialement reprochée et une dépendance elle aussi médicale mais qui peut justifier un comportement inapproprié de la part du soignant. Cette gradation de la dépendance est, selon moi, due aux représentations que la société véhicule sur ces différents cas de figure. Le pharmacien d'officine ne peut nier comme tout un chacun qu'il est influencé par son environnement sociétal, qui a un impact sur la façon dont il perçoit l'autre (29,51,130). En effet, les substances psychoactives font l'objet d'une certaine discréditation depuis 1971 dans le cadre de la loi internationale de la convention de Vienne, qui met un terme à leur usage récréatif

mais également scientifique (131). Le meilleur moyen de défense contre cette forme de préjugé est, d'une part d'appréhender le patient comme une personne et pas uniquement comme sa maladie, et d'autre part d'être conscient de tels biais cognitifs qui existent en chacun de nous.

Pour aller plus loin, on peut imaginer un troisième cas d'une personne en bonne santé qui dispose sans doute de toutes ses capacités intellectuelles pour prendre sa décision. Mais elle est immigrée en France et va voler le même produit dans les mêmes conditions. On peut pourtant imaginer une situation financière et sociale précaire, elle-même engendrant une forme de vulnérabilité. Il est possible que la précarité et la vulnérabilité de cette personne soient des facteurs l'amenant à commettre cet acte délictueux. Ceci peut s'envisager comme une forme de dépendance. Nous avons souligné en partie II le fait qu'il existe un gradient social en santé (90). Pourtant dans ce dernier cas, notre jugement est sans appel, la personne est entièrement responsable de ses actes.

Bien qu'il existe des moyens collectifs de compenser les vulnérabilités médicale ou sociale, ces cas extrêmes sont là pour montrer que lors d'interactions humaines, il peut y avoir un différentiel d'appréciation des vulnérabilités. Ces trois cas illustrent une forme de tonalité de la vulnérabilité : des vulnérabilités normales, acceptées, prise en compte par la société dans le traitement qui vous est réservé, et des vulnérabilités mises au ban, moins appréciables, voire dénoncées. Cette gradation ne semble généralement pas poser de problèmes moraux, et pourtant en tant que soignant c'est la vulnérabilité de l'autre qui nous mène à prendre soin de lui. Ici, la loi règle effectivement le problème mais on peut aller plus loin pour essayer de mieux appréhender l'autre dans tout le respect et la dignité qui sont dus à chacun.

Je n'ai pas de proposition pour ces questions de gradation et je ne pense pas qu'elles soient unanimement considérées comme un problème éthique. Mais, demain le pharmacien va devenir un interlocuteur privilégié en matière de santé publique auprès des patients. Les constatations que nous avons faites en partie II (90,91) et ce qui a été présenté ici sur la notion de responsabilité et de vulnérabilité devraient devenir une des préoccupations centrales sur la façon dont les campagnes de prévention et les messages de santé publique seront délivrés aux patients par les pharmaciens d'officine. Par exemple comme nous l'avons vu, limiter les préjugés pour favoriser la satisfaction et ne pas faire hésiter les personnes qui doivent nous rencontrer. Se saisir de cette problématique, pourrait être une grande avancée pour les patients et également un gage supplémentaire des pharmaciens dans leur implication pour la santé de tous.

d) Identité double du pharmacien d'officine

Le pharmacien d'officine est le seul commerçant qui se doit de respecter un code de déontologie et le seul professionnel de santé qui doit s'enregistrer à la chambre des commerces en France. Il exerce une profession à part qui permet de

délivrer un produit particulier : le médicament. Il est rare pour un métier de combiner un double statut avec pour chacun des implications différentes.

L'identité professionnelle est construite dans un espace social propre au métier. Le pharmacien en possède deux : le commerçant et le professionnel de santé. Quand une profession à deux rôles distincts, il est possible qu'il existe une tension, qui est due à l'impossibilité d'accomplir entièrement les deux rôles (6). Il existe d'autres métiers qui subissent une tension similaire : par exemple les enseignants-chercheurs, les infirmières hospitalières et les médecins hospitaliers. La tension que subissent les officinaux s'est considérablement accrue au cours des dernières années. Si les tensions deviennent trop fortes, alors il peut exister un conflit entre les compétences nécessaires d'une part et les deux identités du professionnel d'autre part. L'accroissement des tensions est apparu avec deux facteurs : la réforme politique de la pratique officinale et le comportement et les habitudes des consommateurs (105).

Les réformes qui se sont succédées suite au déficit structurel de l'assurance maladie, ont entraîné une diminution de la rentabilité financière de l'officine qui jusqu'alors était plus ou moins assurée (3,105). Le contexte était favorable et la pratique officinale protégée, avec pour indicateur la diminution du nombre d'officines quantitativement faible mais constante (41). Aujourd'hui, les compétences socles du pharmacien, distribution et délivrance, sont devenues moins rémunératrices et l'obligent à acquérir de nouvelles compétences. Ces compétences sont commerciales et en rapport avec la santé publique initiées par les réformes politique. Les rôles de santé publique favorisent l'identité de professionnels de santé mais nécessitent également de nouvelles compétences. On remarque donc, que le pharmacien doit faire un choix d'orientation pour assurer la pérennité de son entreprise (105).

Concernant le comportement des clients, nous avons vu que le patient devient petit à petit consommateur en affirmant de plus en plus son autonomie et en s'appuyant sur une démocratisation des savoirs en santé (3,97,98). Toutefois, le patient accorde parfois une importance au conseil que lui fournit le pharmacien (30,33). Les pharmaciens n'étaient pas habitués jusqu'alors à être en présence de clients qui formulent des exigences et peuvent demander des comptes. Face à cette demande des usagers, le pharmacien doit augmenter ses compétences commerciales pour les satisfaire. Il existe donc une balance entre les rôles de gestionnaire de l'officine qui sont devenus plus importants et le rôle de santé du pharmacien d'officine qui justifie notamment son monopole pharmaceutique (6,37,105).

Comment les pharmaciens ont-ils pu s'adapter face aux tensions qui habitent leur profession ? L'étude réalisée par G. Reyes, relève trois profils de pharmacien qui résument les possibilités pour s'adapter au contexte (105). Ces profils sont ceux de pharmacien titulaire et donc possédant l'officine, il est à noter que généralement l'officine est le reflet de l'identité professionnelle de son propriétaire.

- L'entrepreneur libéral qui a mis en avant ses compétences de gestionnaire au détriment de ses compétences de santé. Il travaille dans une grosse structure qui

permet une division du travail et une délégation des tâches. Il sécurise la pérennité de sa pratique en ayant un chiffre d'affaires réparti équitablement entre médicaments sur ordonnance, compléments alimentaires et produits de parapharmacie.

- Le conseiller expert qui accorde de l'importance à son rôle humain et de conseil et a tendance dans le même temps à banaliser le rôle commercial. Il s'oriente sur ses rôles de professionnels de santé et valorise la délivrance et l'observance des patients. Par ailleurs, le médicament sur ordonnance représente généralement 90% de son chiffre d'affaires et il fidélise la clientèle par la proximité, la qualité de son accueil et la convivialité de son officine.
- L'hybridation professionnelle avec une volonté d'associer les deux rôles sans n'en écarter aucun. En revanche, des compromis au niveau organisationnel et humain doivent être faits. Dans cette étude, les pharmaciens observés n'étaient pas hybridés personnellement (à la différence des enseignants-chercheurs ou des infirmières hospitalières) mais l'hybridation se faisait par l'association de deux titulaires ou plus. L'un assumant les rôles commerciaux et l'autre assumant les rôles de professionnels de santé.

Ces profils restent à contraster car l'adoption d'un rôle n'est jamais complète, tant ces deux identités sont complémentaires et c'est ce qui donne sa légitimité au pharmacien titulaire (105).

A la suite de cette présentation, deux constatations concernant l'identité professionnelle partagée des pharmaciens d'officine sont faites. Premièrement, une officine est le reflet de l'identité de son titulaire. Ainsi un adjoint a principalement un rôle de professionnel de santé mais n'est jamais véritablement le guide des pratiques dans l'officine (105).

Ensuite, la satisfaction est une des valeurs portée par l'officine à la fois en tant que professionnel de santé et commerçant. A travers le rôle de santé la satisfaction s'exprime par la réussite d'un traitement et la confiance qui peut exister entre soignant et soigné (30). D'un point de vue commercial, la satisfaction est également au centre des stratégies *marketing* actuelles dans ce qui est appelé : la gestion de la relation clientèle. La fidélisation du client se crée par la confiance qui existe entre une marque ou un produit et lui. Ainsi, la satisfaction du patient est au centre des deux identités professionnelles du pharmacien d'officine. Elle est donc portée comme une valeur qui a sa place au même rang que la loyauté le courage ou la sollicitude.

Le rôle commercial du pharmacien d'officine peut être considéré comme un facteur pouvant interférer négativement avec la santé des patients. Il me semble au contraire pouvoir être une force et une diversité de compétence protégeant les patients du point de vue économique et financier. En effet, le pharmacien titulaire a aujourd'hui un rôle qui lui permet de jouer l'interface par le biais de ses commandes et les fournisseurs avec lesquels il interagit entre une volonté de monétisation de la santé et un but plus altruiste de préservation de la santé. Toutefois, essayer d'agir de façon

individuelle à cette échelle semble voué à l'échec et seule une action collective de la profession permettrait d'agir efficacement dans l'intérêt des patients.

Une structure détenue de façon indépendante par les pharmaciens sans autres intérêts que la possibilité de fournir au meilleur prix, les meilleurs médicaments aux officines, seraient, potentiellement, une des solutions possibles pour conserver à la fois un rôle commercial et un rôle de professionnel de santé. Cette structure jouerait elle-même un rôle de tampon pour limiter les pressions de la rentabilité commerciale et permettre aux pharmaciens d'assumer leurs rôles de professionnel de santé.

D. Conclusion partie III

L'éthique est une pratique du questionnement qui apparaît essentielle dans le domaine de la santé et permet à un praticien d'exercer effectivement en son âme et conscience. A l'officine, elle peut présenter de nombreux avantages et être utilisée pour trouver certaines réponses dans des situations qui peuvent entraîner une détresse morale chez les pharmaciens d'officine. Elle est utile car l'officine présente des problèmes qui lui sont spécifiques, l'accroissement des rôles de santé publique du pharmacien risque de le confronter à de nouvelles problématiques. Actuellement la pratique éthique semble insatisfaisante et l'environnement de l'officine en engendrant des tensions n'est pas propice à la pratique éthique.

Mais l'éthique est aussi un concept à la mode qui peut être instrumentalisé. Il est important quand on exerce une réflexion éthique de se détacher de cet aspect factice et de le faire uniquement dans l'intérêt supérieur des patients. Il existe de nombreux courants de pensée au sein même de l'éthique qui permettent de s'adapter aux différents cas de figure qui peuvent se présenter.

Le pharmacien a un rôle qui dépasse celui de la simple interaction humaine, mais qui, à l'échelle nationale, a un impact sur la société entière. Il faut pouvoir se saisir des enjeux présents dans des actions, qui peuvent paraître bénignes, afin de les harmoniser et les coordonner pour concrétiser un objectif plus large. La pratique actuelle à l'officine semble peu propice à l'exercice éthique et peut-être qu'une nouvelle façon d'exercer serait bénéfique pour les patients et pour les pharmaciens.

Les cas abordés dans cette partie, qui confronte la justice entre l'individu et la collectivité, le professionnalisme et la compétence du pharmacien face à des produits qui n'ont pas fait la preuve de leur efficacité, la façon dont on peut accueillir quelqu'un et répondre plus ou moins favorablement à ses demandes, ou encore l'interaction permanente entre l'identité commerciale et de professionnels de santé des titulaires d'officine, nous ont permis de mieux situer la pratique officinale et ses enjeux.

L'éthique n'apporte pas forcément de réponse, surtout pratiquée isolément, mais elle permet de regarder la profession sous un angle nouveau et d'établir une ligne de conduite cohérente pour l'accomplissement d'objectifs plus larges. Ainsi, penser sa

profession avec le recul de la philosophie permet dans la pratique quotidienne, d'adopter une attitude plus conforme à sa façon de percevoir et de véritablement s'épanouir dans son travail.

Conclusion

Conclusion générale

Le pharmacien d'officine possède de nombreux rôles exigeant des compétences particulières. Le conseil officinal en est le rôle primordial et est une des justifications de la présence d'un monopole pharmaceutique. Le conseil remplit plusieurs objectifs en faveur de la santé des patients mais pourrait toutefois s'améliorer en obtenant une adéquation plus fidèle entre les attentes des patients et les perceptions des pharmaciens d'officine.

Une des composantes essentielles de l'efficacité du conseil est la relation interpersonnelle entre le patient et son pharmacien. Celle-ci permet d'avoir une communication efficace. La psychologie sociale nous apprend qu'il faut prendre en compte les perceptions des patients mais aussi celles des pharmaciens. C'est seulement ainsi que la relation de confiance peut se créer. Chaque patient est une individualité et mérite un conseil adapté et personnalisé. La démocratisation du savoir ne doit pas être perçue comme négative mais au contraire comme autant d'opportunités de nouvelles façons de soigner le patient. La communication est essentielle dans la relation patient-pharmacien mais elle est tout aussi utile dans son intérêt collaboratif avec les autres professionnels de santé et les différents fournisseurs qui interagissent avec l'officine.

La pharmacie d'officine est un lieu où la thématique de l'éthique est peu étudiée alors que de nombreux enjeux sont assez spécifiques à cette pratique. Il est intéressant de se questionner sur l'intérêt et l'utilité de sa pratique pour le patient afin d'adapter une ligne de conduite claire et justifiable vis-à-vis à la fois des patients et des autres professionnels.

Les sciences humaines ont un potentiel important de valorisation à apporter au pharmacien, et plus particulièrement au pharmacien d'officine. Elles apportent un nouveau point de vue sur la santé, et c'est la multiplicité des points de vue et des disciplines qui favorisent les prises de décisions les plus appropriées. La société toute entière est en pleine évolution, voire révolution, à l'échelle mondiale et les pharmaciens d'officine subissent évidemment ses évolutions. Plutôt que de les percevoir comme inappropriées ou négatives, il est judicieux pour les prochaines générations de pharmaciens de saisir celles-ci comme des opportunités pour améliorer leurs services et la satisfaction des patients.

Dans la Grèce antique, le philosophe Socrate était abordé par une de ses connaissances qui lui dit :

- Sais-tu ce que je viens d'apprendre au sujet de ton ami ?
- Un instant, répondit Socrate. Avant que tu ne me racontes, j'aimerais te faire passer un test, celui des trois passoires.
- Les trois passoires ? Répliqua son interlocuteur.

- Oui, reprit Socrate. Avant de raconter toutes sortes de choses sur les autres, il est bon de prendre le temps de filtrer ce que l'on aimerait dire. C'est ce que j'appelle le test des trois passoires.

La première passoire est celle de la Vérité.

As-tu vérifié si ce que tu veux me dire est vrai ?

- Non, j'en ai seulement entendu parler...

- Très bien. Tu ne sais donc pas si c'est la vérité.

Essayons de filtrer autrement en utilisant une seconde passoire, celle de la Bonté.

Ce que tu veux m'apprendre sur mon ami, est-ce quelque chose de bien ?

- Ah non ! Au contraire !

- Donc, continua Socrate, tu veux me raconter de mauvaises choses sur mon ami et tu n'es même pas sûr qu'elles soient vraies...

Tu peux peut-être encore passer le test, car il reste une troisième passoire, celle de l'Utilité.

Est-il utile que tu m'apprennes ce que mon ami aurait fait ?

- Non, pas vraiment... hésita l'ami.

- Alors, conclut Socrate, si ce que tu as à me raconter n'est ni vrai, ni bien, ni utile, pourquoi vouloir me le dire ?

A la même façon que les trois passoires de Socrate, qui lui permettent de désigner ce qu'il veut ou ne veut pas savoir, on peut transposer ces trois passoires au conseil officinal. La première concerne la vérité, il doit être en accord avec les recommandations et les connaissances scientifiques actuelles avant d'être délivré au patient. Le conseil officinal doit être utile au patient nous avons vu qu'il ne suffit pas uniquement de transmettre une information pour qu'elle est un impact mais que sa mise en forme joue un rôle essentiel dans la façon dont le patient reçoit le message. La deuxième passoire est donc celle de la communication et de l'intérêt de la relation patient-pharmacien. La troisième passoire est celle d'un conseil qui doit être bon et éthique, par là on entend le respect de la dignité de toute personne et la valorisation de l'autonomie sans pour autant favoriser des pratiques qui mettraient en danger le patient. Ces trois passoires ne s'appliquent pas à toutes les situations puisqu'en situation de vente classique les enjeux ne sont pas les mêmes et la satisfaction du patient est médiée par d'autres vecteurs que la vérité, l'utilité et la bonté.

Enfin, pour valoriser son rôle de professionnel de santé, l'interaction du pharmacien aux différentes échelles (interpersonnelles, organisationnelles, politico-légales, culturelles et médiatiques) doivent être prises en compte. Ainsi, les trois passoires doivent être appliquées aux différents niveaux que l'on peut nommer microscopique, mésoscopique et macroscopique. L'échelle microscopique correspond à l'interaction à l'échelle humaine que l'on a plusieurs fois par jour avec les patients. L'échelle mésoscopique représente la structure dans laquelle travaille le pharmacien et donc l'organisation de son officine, ceci comprenant les interactions avec les différents fournisseurs et les autres professionnels de santé. Enfin une échelle

macroscopique, qui elle représente l'ensemble des codes et des valeurs qui doivent être médiés par l'ensemble des pharmaciens d'officine avec un souci d'harmonisation. Ainsi, une action scientifique, utile et éthique, aux échelles microscopique, mésoscopique et macroscopique, permettrait aux pharmaciens d'assumer sans doute pleinement un rôle de professionnel de santé, permettant une amélioration significative de la santé des personnes.

Les nombreux points soulevés au cours de cette thèse peuvent décrire la profession de pharmacien d'officine d'une façon relativement négative, mais je retiens que la pratique actuelle en officine est utile pour les patients. Il est toutefois possible d'entrevoir plusieurs pistes d'amélioration, dont la plupart ne peuvent pas résulter d'une volonté individuelle mais doivent s'accompagner de réformes structurelles plus larges pour avoir un impact significatif sur la satisfaction des patients.

Limites du manuscrit

Ce travail porte encore quelques limitations : sur la construction des parties, sur les biais d'analyse et sur le rôle commercial en officine.

Tout d'abord, la première partie a été construite de façon assez conventionnelle, en récupérant et analysant de nombreuses publications sur le conseil officinal. Cela m'a conduit à développer la partie II sur la communication et la partie III sur l'éthique. Les bases de données habituelles contiennent peu de publications sur le sujet de la partie II où j'ai dû aborder des notions de psychologie, qui sont évidemment en dehors de mon domaine de compétence. Afin de mieux les comprendre, j'ai décidé de me baser sur différents ouvrages qui m'ont permis de structurer et d'éclaircir mon propos. Comme textes de référence on peut citer : « La communication professionnelle en santé » de Richard et Lussier, « Le dialogue pharmacien patient » de Rantucci, « Skills for communicating with patients » de Silverman, Kurtz et Draper et les différents ouvrages sur la psychologie sociale édités par les presses universitaires de France. Ma volonté de me renseigner sur le sujet à travers les ouvrages d'un nombre restreint d'auteurs, plutôt qu'une multitude de publications, peut avoir influencé la composition de cette partie. Enfin, l'éthique en partie III est un sujet extrêmement complexe et les questions abordées le sont tout autant. Il m'a été difficile lors de différentes réflexions de ne pas exposer un point de vue trop personnel.

Le deuxième axe qui peut limiter la portée de mon manuscrit concerne le biais d'analyse des publications. En effet, la thématique de l'efficacité du conseil, de la communication et de l'éthique sont des sujets qui sont beaucoup plus abordés dans les pays anglo-saxons, peu de publications concernent directement la pratique officinale française. A ma connaissance, il n'y a pas non plus d'étude sur les nouvelles missions du pharmacien. La partie sur la psychologie de la communication souffre du même défaut, puisqu'elle consiste en une transposition des savoirs acquis sur la relation médecin-patient à la pratique officinale. De plus, ces différents thèmes sont abordés avec mon regard de jeune pharmacien qui ne possède sans doute pas

l'expérience, le réseau et le recul nécessaires pour effectuer une étude objective de la pratique du conseil officinal.

La dernière limite du manuscrit, porte sur le développement très succinct du rôle commercial et de la nécessité de rentabilité afin d'assurer la pérennité de l'officine. Bien que ce soient des thématiques semblant être au premier plan pour les pharmaciens titulaires, il n'existe guère de publications vraiment pertinentes sur la communication dans la vente ou sur l'éthique du commerce pour devoir faire l'objet d'une analyse dans ma thèse.

Perspectives

De ma conclusion et des différentes limites découlent les perspectives de recherche qui pourraient être menées sur le conseil officinal. En effet, dans mon manuscrit très peu d'études concernent spécifiquement la pharmacie d'officine, c'est pourtant un sujet sur lequel il est sans doute possible d'apporter des améliorations dans la pratique quotidienne. Il serait intéressant d'aborder la façon dont sont construites les identités des pharmaciens d'officine et les facteurs influençant un rôle plus commercial ou de santé. Il est également possible de s'intéresser aux mécanismes psychologiques de la vente concernant spécifiquement le médicament qui est un produit particulier, notamment pour les français. L'inclusion d'enseignants émanant de filières des sciences humaines dans l'équipe enseignante des facultés de sciences pharmaceutiques serait bénéfique.

D'une façon plus générale, aujourd'hui, l'officine travaille dans le concret et l'innovation réelle est compliquée et peu maîtrisée. Les apports possibles de la science au sens large appliquée à l'officine permettent d'entrevoir les pratiques futures et les champs d'évolution. Des barrières semblent infranchissables dans la pratique, pourtant il est souhaitable d'avoir une pharmacie officinale qui soit demain plus saine, plus efficace, plus respectueuse de l'environnement, plus solidaire, plus responsable et plus durable. Plutôt que de savoir ce que vont devenir les officines de demain, il faudrait plutôt chercher à savoir ce que l'on souhaite pour les officines de demain et s'en donner les moyens. Il faut à cet effet inclure de multiples compétences et s'insérer dans la durée et la transmission en y adjoignant par exemple des spécialistes de l'économie régénératrice.

Il existe aujourd'hui une certaine défiance vis-à-vis des médicaments et du système de santé en général, certes marginales. Toutefois, plutôt que de dénoncer ou de clamer les erreurs de ces différents mouvements, il faut les prendre en compte et faciliter le dialogue. Sans aucun doute des choses restent à apprendre et à remettre en question. Plutôt que de désigner des coupables, comme l'industrie pharmaceutique, il est souhaitable de chercher des solutions aux problèmes réels qui soient convenables pour tous.

Bibliographie

1. Kennedy MJ. Personalized medicines & dash ; are pharmacists ready for the challenge? Integrated Pharmacy Research and Practice. sept 2018;Volume 7:113-23.
2. Article L5125-1. Code de la santé publique.
3. Mbarga J, Foley R-A, Decollogny A. De la relation pharmaciens-usagers. Reconfigurations et négociations dans une pharmacie suisse. Anthropologie & Santé Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé [Internet]. 20 nov 2014 [cité 4 juin 2019];(9). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1494>
4. Article L5125-1-1 A. Code de la santé publique.
5. Cespharm - Prévention-santé [Internet]. [cité 6 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante>
6. Jacobs S, Ashcroft D, Hassell K. Culture in community pharmacy organisations: what can we glean from the literature? Journal of Health Organization and Management. 9 août 2011;25(4):420-54.
7. Donovan GR, Paudyal V. England's Healthy Living Pharmacy (HLP) initiative: Facilitating the engagement of pharmacy support staff in public health. Research in Social and Administrative Pharmacy. mars 2016;12(2):281-92.
8. Hale A, Coombes I, Stokes J, Aitken S, Clark F, Nissen L. Patient satisfaction from two studies of collaborative doctor - pharmacist prescribing in Australia. Health Expectations. févr 2016;19(1):49-61.
9. Hindi AMK, Schafheutle EI, Jacobs S. Patient and public perspectives of community pharmacies in the United Kingdom: A systematic review. Health Expectations. avr 2018;21(2):409-28.
10. Félix J, Ferreira D, Afonso-Silva M, Gomes MV, Ferreira C, Vandewalle B, et al. Social and economic value of Portuguese community pharmacies in health care. BMC Health Services Research [Internet]. déc 2017 [cité 16 avr 2019];17(1). Disponible sur: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2525-4>
11. Décision du 5 novembre 2007 relative aux bonnes pratiques de préparation.
12. Arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières, mentionnées à l'article L. 5121-5 du code de la santé publique.
13. Bonnes pratiques de préparations - Bulletin officiel 2007/7 bis [Internet]. [cité 5 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/upload/droit/bo0707.pdf>

14. Arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières - Publié par l'ordre des pharmaciens en déc 2016.
15. Code de la santé publique - Article R4235-48.
16. Code de la santé publique - Article R4235-48.
17. Recommandations APPSO+ [Internet]. [cité 6 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.acqo.fr/>
18. Al Aqeel S, Abanmy N, AlShaya H, Almeshari A. Interventions for improving pharmacist-led patient counselling in the community setting: a systematic review. *Systematic Reviews* [Internet]. déc 2018 [cité 15 avr 2019];7(1). Disponible sur: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-018-0727-4>
19. Larousse É. Définitions : information - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 4 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/information/42993>
20. Rantucci MJ, L'Hermitte F. Le dialogue pharmacien-patient. Rueil-Malmaison, France: Éditions Pro-Officina; 2008. xiii+344.
21. Larousse É. Définitions : conseil - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 4 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/conseil/18348>
22. La démographie des pharmaciens - Le pharmacien - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 7 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Le-metier-du-pharmacien/La-demographie-des-pharmaciens2>
23. Conjuguer les compétences privilégiées [Internet]. [cité 7 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/Fr/107/382/47864/2125/2123/SubReportDetails.aspx>
24. Okumura LM, Rotta I, Correr CJ. Assessment of pharmacist-led patient counseling in randomized controlled trials: a systematic review. *International Journal of Clinical Pharmacy*. oct 2014;36(5):882-91.
25. Chinthammit C, Armstrong EP, Warholak TL. A Cost-Effectiveness Evaluation of Hospital Discharge Counseling by Pharmacists. *Journal of Pharmacy Practice*. avr 2012;25(2):201-8.
26. Krishnan HS, Schaefer M. Evaluation of the impact of pharmacist's advice giving on the outcomes of self-medication in patients suffering from dyspepsia. 2000;22:7.
27. Watson MC, Ferguson J, Barton GR, Maskrey V, Blyth A, Paudyal V, et al. A cohort study of influences, health outcomes and costs of patients' health-seeking behaviour for minor ailments from primary and emergency care settings. *BMJ Open*. 18 févr 2015;5(2):e006261-e006261.

28. Group W. Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*. 1 sept 1994;23(3):24-56.
29. Bruchon-Schweitzer M. *Psychologie de la santé: concepts, méthodes et modèles* / Marilou Bruchon-Schweitzer, Émilie Boujut ; [préface Bruno Quintard]. 2e édition. Paris: Dunod; 2014. xx+544. (Psycho sup psychologie sociale).
30. Vandesrasier A, Thoër C, Lussier M-T. Vers une communication efficace en pharmacie: une approche par contextualisation de l'interaction pharmacien-patient. *Communiquer Revue de communication sociale et publique*. 1 déc 2016;(17):25-40.
31. Eades CE, Ferguson JS, O'Carroll RE. Public health in community pharmacy: A systematic review of pharmacist and consumer views. *BMC Public Health* [Internet]. déc 2011 [cité 15 avr 2019];11(1). Disponible sur: <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-582>
32. McCaig D, Fitzgerald N, Stewart D. Provision of advice on alcohol use in community pharmacy: a cross-sectional survey of pharmacists' practice, knowledge, views and confidence: Alcohol advice in community pharmacy. *International Journal of Pharmacy Practice*. juin 2011;19(3):171-8.
33. Morton K, Pattison H, Langley C, Powell R. A qualitative study of English community pharmacists' experiences of providing lifestyle advice to patients with cardiovascular disease. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. janv 2015;11(1):e17-29.
34. Wellman C, Clarke M, Hatami N, Hunt L, Stratton A, Evans JE. Cold Meds Course of Action: Pharmacist Recommendations for a Pediatric Population. *West Virginia Medical Journal*. :2.
35. Roche C, Kelliher F. Giving "Best Advice": Proposing a Framework of Community Pharmacist Professional Judgement Formation. *Pharmacy*. 19 févr 2014;2(1):74-85.
36. Salter C, Holland R, Harvey I, Henwood K. "I haven't even phoned my doctor yet." The advice giving role of the pharmacist during consultations for medication review with patients aged 80 or more: qualitative discourse analysis. *BMJ*. 26 mai 2007;334(7603):1101.
37. Hassell K, Seston EM, Schafheutle EI, Wagner A, Eden M. Workload in community pharmacies in the UK and its impact on patient safety and pharmacists' well-being: a review of the evidence: A review of workload in community pharmacies. *Health & Social Care in the Community*. nov 2011;19(6):561-75.
38. Jacobs S, Johnson S, Hassell K. Managing workplace stress in community pharmacy organisations: lessons from a review of the wider stress management and prevention literature. *International Journal of Pharmacy Practice*. févr 2018;26(1):28-38.
39. Taylor E, Keller A. Creating safer and more efficient pharmacies through evidence-based design. *The journal of Pharmacy society of Wisconsin*. 2010;30-4.

40. Chui WK, Li SC. Advice-giving on self-medication: perspectives of community pharmacists and consumers in Singapore. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. juin 2005;30(3):225-31.
41. Evolution du nombre d'officines sur 1 an - Les pharmaciens - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 2 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Secteurs-d-activite/Officine/Cartes-regionales-Officine/Evolution-du-nombre-d-officines-sur-1-an>
42. Sriram D, McManus A, Emmerton L, Jiwa M. Will Australians pay for health care advice from a community pharmacist? A video vignette study. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. juill 2015;11(4):579-83.
43. La règle des 5B [Internet]. [cité 2 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/guide/SITE/5B.htm>
44. Badriah Ghadeer Alshammari Mohdl. Assessment Of The Perception And Satisfaction Of The General Public Of The Northern Border Region Of Saudi Arabia Towards The Responsibilities And Services Provided By The Pharmacists. Zenodo [Internet]. 20 avr 2017 [cité 17 avr 2019]; Disponible sur: <https://zenodo.org/record/556402>
45. Wirth F, Tabone F, Azzopardi LM, Gauci M, Zarb-Adami M, Serracino-Inglott A. Consumer perception of the community pharmacist and community pharmacy services in Malta: Community pharmacy in Malta. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*. déc 2010;1(4):189-94.
46. Bardet J-D, Vo T-H, Bedouch P, Allenet B. Physicians and community pharmacists collaboration in primary care: A review of specific models. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. sept 2015;11(5):602-22.
47. Sur le plateau de Millevaches, un nouveau modèle de santé est né - Sud Ouest.fr [Internet]. [cité 2 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.sudouest.fr/2017/11/30/sur-le-plateau-de-millevaches-un-nouveau-modele-de-sante-est-ne-3993721-4696.php>
48. N°397 - Novembre 2016 [Internet]. [cité 17 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/Fr/SummaryDetail.aspx?IssueId=397>
49. La communication professionnelle en santé / sous la direction de Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier - Campus UT3 [Internet]. [cité 7 févr 2019]. Disponible sur: https://catalogue-archipel.univ-toulouse.fr/primos-explore/fulldisplay?docid=33TOUL_ALMA21438455780004116&context=L&vid=33UT3_VU1&search_scope=default_scope&tab=default_tab&lang=fr_FR
50. Legendre R. Dictionnaire actuel de l'éducation. Guérin; 1993. 1500 p.
51. Richard C psychologue, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé / sous la direction de Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier. 2e édition. Montréal Toronto Paris [etc.: Pearson Éditions du Renouveau pédagogique IncERPI; 2016. xlii+828.

52. Szasz TS, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship. *AMA Arch Intern Med.* mai 1956;97(5):585-92.
53. Pariseau-Legault P, Doutrelepont F. L'autonomie dans tous ses états : une analyse socio-juridique du consentement aux soins médicaux. *Recherche en soins infirmiers.* 2015;N° 123(4):19-35.
54. Childress JF, Siegler M. Metaphors and models of doctor-patient relationships: their implications for autonomy. *Theor Med.* févr 1984;5(1):17-30.
55. Jones H. Autonomy and paternalism: partners or rivals? *Br J Nurs.* 28 avr 1996;5(6):378-81.
56. Marcum JA. *An Introductory Philosophy of Medicine: Humanizing Modern Medicine* [Internet]. Springer Netherlands; 2008 [cité 18 févr 2019]. (Philosophy and Medicine). Disponible sur: <https://www.springer.com/la/book/9781402067969>
57. Loewy RS. A Critique of Traditional Relationship Models. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics.* 1994;3(1):27–37.
58. Fischer G-N. *Traité de psychologie de la santé / sous la direction de Gustave-Nicolas Fischer.* Paris: Dunod; 2002. xi+675.
59. Sniehotta FF, Presseau J, Araújo-Soares V. Time to retire the theory of planned behaviour. *Health Psychology Review.* 2 janv 2014;8(1):1-7.
60. Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors | Request PDF [Internet]. ResearchGate. [cité 28 févr 2019]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/235356677_Modeling_Health_Behavior_Change_How_to_Predict_and_Modify_the_Adoption_and_Maintenance_of_Health_Behaviors
61. Sultan S, Varescon I. *Psychologie de la santé / sous la direction de Serge Sultan et Isabelle Varescon.* Paris: Presses universitaires de France; 2012. 269 p. (Licence psycho).
62. Leventhal H. The Common Sense Representation of Illness Danger. *Contributions to medical ...* [Internet]. [cité 28 févr 2019]; Disponible sur: http://www.academia.edu/259452/The_Common_Sense_Representation_of_Illness_Danger
63. Littré E. *Auguste Comte et la philosophie positive.* L. Hachette et cie; 1864. 712 p.
64. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Psychodyn Psychiatry.* sept 2012;40(3):377-96.
65. *La théorie du système général: Théorie de la modélisation* - Jean-Louis Le Moigne - Google Livres [Internet]. [cité 13 juin 2019]. Disponible sur: <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=lcOBDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq>

=La+th%C3%A9orie+du+syst%C3%A8me+g%C3%A9n%C3%A9ral.+Th%C3%A9orie+de+la+mod%C3%A9lisation+(cf.+introduction)&ots=kRQqM5kPxz&sig=j11Kb-zVnFT0IOU_xPcF1Z5_44#v=onepage&q=La%20th%C3%A9orie%20du%20syst%C3%A8me%20g%C3%A9n%C3%A9ral.%20Th%C3%A9orie%20de%20la%20mod%C3%A9lisation%20(cf.%20introduction)&f=false

66. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* sept 2000;49(9):796-804.
67. Venetis MK, Robinson JD, Turkiewicz KL, Allen M. An evidence base for patient-centered cancer care: a meta-analysis of studies of observed communication between cancer specialists and their patients. *Patient Educ Couns.* déc 2009;77(3):379-83.
68. Beach MC, Branyon E, Saha S. Diverse patient perspectives on respect in healthcare: A qualitative study. *Patient Educ Couns.* nov 2017;100(11):2076-80.
69. Stewart M, Ryan BL, Bodea C. Is Patient-Centred Care Associated with Lower Diagnostic Costs? *Healthc Policy.* mai 2011;6(4):27-31.
70. Zandbelt LC, Smets EMA, Oort FJ, Godfried MH, de Haes HCJM. Medical specialists' patient-centered communication and patient-reported outcomes. *Med Care.* avr 2007;45(4):330-9.
71. Flickinger TE, Saha S, Roter D, Korthuis PT, Sharp V, Cohn J, et al. Respecting patients is associated with more patient-centered communication behaviors in clinical encounters. *Patient Educ Couns.* févr 2016;99(2):250-5.
72. Bientzle M, Fissler T, Cress U, Kimmerle J. The impact of physicians' communication styles on evaluation of physicians and information processing: A randomized study with simulated video consultations on contraception with an intrauterine device. *Health Expect.* 2017;20(5):845-51.
73. Bertakis KD, Azari R. Determinants and outcomes of patient-centered care. *Patient Educ Couns.* oct 2011;85(1):46-52.
74. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ.* 1 mai 1995;152(9):1423-33.
75. Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001;(4):CD003267.
76. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med.* oct 2000;51(7):1087-110.
77. Lang F, Floyd MR, Beine KLB, Buck P. Sequenced questioning to elicit the patient's perspective on illness: effects on information disclosure, patient satisfaction, and time expenditure. *Fam Med.* mai 2002;34(5):325-30.

78. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. 3. ed., [new and updated ed.]. London: Radcliffe; 2013. 305 p.
79. Une logique de la communication / Paul Watzlawick, Janet Helmick Beavin, Don D. Jackson ; traduit de l'anglais (États-Unis) par Janine Morche - Campus UT3 [Internet]. [cité 27 févr 2019]. Disponible sur: https://catalogue-archipel.univ-toulouse.fr/primo-explore/fulldisplay?docid=33TOUL_ALMA21388241650004116&context=L&vid=33UT3_VU1&lang=en_US&search_scope=default_scope&adaptor=Local%20Search%20Engine&isFrbr=true&tab=default_tab&query=any,contains,Une%20logique%20de%20la%20communication&sortby=date&facet=frbrgroupid,include,116099353&offset=0
80. Berry D, Ebrary I. Health communication theory and practice. Open University Press; 2007.
81. Macdonald E, éditeur. Difficult Conversations in Medicine. Oxford, New York: Oxford University Press; 2004. 256 p.
82. Hargie O. Skilled Interpersonal Communication : Research, Theory and Practice [Internet]. Routledge; 2016 [cité 22 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781317584568>
83. Kostic A. Social psychology of nonverbal communication 2015. Place of publication not identified: Palgrave Macmillan; 2014.
84. Le dictionnaire de linguistique et des sciences du langage / Jean Dubois, Mathée Giacomo, Louis Guespin... [et al.] - Campus UT3 [Internet]. [cité 27 févr 2019]. Disponible sur: https://catalogue-archipel.univ-toulouse.fr/primo-explore/fulldisplay?docid=33TOUL_ALMA21435051560004116&context=L&vid=33UT3_VU1&lang=en_US&search_scope=default_scope&adaptor=Local%20Search%20Engine&isFrbr=true&tab=default_tab&query=any,contains,Le%20dictionnaire%20de%20linguistique%20et%20des%20sciences%20du%20langage&sortby=date&facet=frbrgroupid,include,115884264&offset=0
85. Hook D, Franks B, Bauer M. The Social Psychology of Communication. Springer; 2016. 384 p.
86. Rollnick S. Pratique de l'entretien motivationnel: communiquer avec le patient en consultation / Stephen Rollnick, William R. Miller, Christopher C. Butler ; traduction d'Émeric Languérand, Dorothee Lécallier et Philippe Michaud. Paris: InterÉditions; 2018. vii+247. (Soins et psy [3]).
87. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. Acad Med. août 2003;78(8):802-9.
88. Pols J. Knowing Patients: Turning Patient Knowledge into Science. Science, Technology, & Human Values. 1 janv 2014;39(1):73-97.
89. Bishop FL, Yardley L, Lewith GT. Why do people use different forms of complementary medicine? Multivariate associations between treatment and illness

- beliefs and complementary medicine use. *Psychology & Health*. 1 oct 2006;21(5):683-98.
90. Lang T. Inégalités sociales de santé. *Les Tribunes de la sante*. 15 juill 2014;n° 43(2):31-8.
 91. Peretti-Watel P. La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé ? /data/revues/03987620/v61sS3/S0398762013002915/ [Internet]. 26 juill 2013 [cité 16 mai 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/824791>
 92. Rogers CR. L'approche centrée sur la personne / Carl R. Rogers ; anthologie de textes présentés par Howard Kirschenbaum et Valerie Land Henderson traduction de Henri-Georges Richon,... [préface à l'édition française de Jean-Marc Randin]. Genève: Éditions Ambre; 2013. 544 p.
 93. Greenhill N, Anderson C, Avery A, Pilnick A. Analysis of pharmacist–patient communication using the Calgary-Cambridge guide. *Patient Education and Counseling*. 1 juin 2011;83(3):423-31.
 94. Country note - France (FR).pdf [Internet]. [cité 19 avr 2019]. Disponible sur: [https://www.oecd.org/skills/piaac/Country%20note%20-%20France%20\(FR\).pdf](https://www.oecd.org/skills/piaac/Country%20note%20-%20France%20(FR).pdf)
 95. Haute Autorité de Santé - Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations [Internet]. [cité 6 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434715/fr/guide-d-analyse-de-la-litterature-et-gradation-des-recommandations
 96. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France). Référentiel de psychiatrie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2014.
 97. Méadel C, Akrich M. Internet, tiers nébuleux de la relation patient-médecin. *Les Tribunes de la sante*. 2010;n° 29(4):41-8.
 98. Hardey M. Internet et société : reconfigurations du patient et de la médecine ? *Sciences Sociales et Santé*. 2004;22(1):21-43.
 99. Thoër C. Internet : un facteur de transformation de la relation médecin-patient ? *Communiquer Revue de communication sociale et publique*. 1 déc 2013;(10):1-24.
 100. Ricoeur P. *Lectures. 1. Autour du politique* / Paul Ricoeur. Paris: Éddu Seuil; 1999. 408 p. (Points Essais 382).
 101. Etats généraux de la bioéthique [Internet]. Etats généraux de la bioéthique. [cité 8 juin 2019]. Disponible sur: <https://etatsgenerauxdelabioethique.fr/>
 102. Auwers J-M. Spinoza, Œuvres. III. Tractatus Theologico-Politicus. *Traité Théologico-politique*. Texte établi par Fokke Akkerman. Traduction et notes par Jacqueline Lagrée et Pierre-François Moreau (coll. Épiméthée. Essais philosophiques). 1999. *Revue Théologique de Louvain*. 2001;32(2):277-9.

103. Gros F. Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin. Recherche en soins infirmiers. 2007;N° 89(2):15-20.
104. Benson A, Cribb A, Barber N. Understanding pharmacists' values: A qualitative study of ideals and dilemmas in UK pharmacy practice. Social Science & Medicine. juin 2009;68(12):2223-30.
105. Reyes G. Identité professionnelle du pharmacien et design organisationnel de la pharmacie. Revue française de gestion. 26 mai 2015;N° 248(3):77-92.
106. Cooper RJ, Bissell P, Wingfield J. A new prescription for empirical ethics research in pharmacy: a critical review of the literature. Journal of Medical Ethics. 1 févr 2007;33(2):82-6.
107. Siranyan V. Déontologie et éthique pharmaceutiques, au-delà des frontières. Droit, Déontologie & Soins. sept 2017;17(3):268-79.
108. Cooper RJ, Bissell P, Wingfield J. 'Islands' and 'doctor's tool': the ethical significance of isolation and subordination in UK community pharmacy. Health (London). 1 mai 2009;13(3):297-316.
109. Cooper RJ, Bissell P, Wingfield J. Ethical decision-making, passivity and pharmacy. Journal of Medical Ethics. 1 juin 2008;34(6):441-5.
110. Astbury JL, Gallagher CT, O'Neill RC. The issue of moral distress in community pharmacy practice: background and research agenda: Moral distress in community pharmacy practice. International Journal of Pharmacy Practice. oct 2015;23(5):361-6.
111. Astbury JL, Gallagher CT. Development and validation of a questionnaire to measure moral distress in community pharmacists. International Journal of Clinical Pharmacy. févr 2017;39(1):156-64.
112. Meyer M. L'éthique selon la vertu : d'Aristote à Comte-Sponville. Revue internationale de philosophie. 2011;n° 258(4):57-66.
113. Kant I. Fondement de la métaphysique des mœurs / Emmanuel Kant ; trad. nouv. par Victor Delbos. Paris: Delagrave; 1975. 210 p.
114. Brugère F. L'éthique du care / Fabienne Brugère. 3e édition. Paris: Presses universitaires de France; 2017. 127 p. (Que sais-je ? Philosophie 3903).
115. Massé R. Valeurs universelles et relativisme culturel en recherche internationale: les contributions d'un principisme sensible aux contextes socioculturels. Autrepart. 2003;n° 28(4):21-35.
116. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Seventh Edition. Oxford, New York: Oxford University Press; 2013. 480 p.
117. Gold F docteur en médecine), Choutet P, Burfin E), Glorion B. Repères et situations éthiques en médecine / coordination Francis Gold, Patrick Choutet,

- Emmanuelle Burfin ; préface du Professeur Bernard Glorion. Paris: Ellipses; 1996. 239 p. (Sciences humaines en médecine).
118. Sicard D. L'alibi éthique / Didier Sicard. Paris: Plon; 2006. 237 p.
 119. Locke J. Essai sur l'entendement humain. Livres I et II / John Locke ; traduction, préface, notes et index par Jean-Michel Vienne. Paris: Librairie philosophique JVRin; 2001. 640 p. (Bibliothèque des textes philosophiques).
 120. Hegel GWF. Phénoménologie de l'esprit / G. W. F. Hegel ; texte présenté, traduit et annoté par Bernard Bourgeois,.. Paris: Librairie philosophique JVRin; 2018. 901 p. (Bibliothèque des textes philosophiques).
 121. Zielinski A. La vulnérabilité dans la relation de soin. Cahiers philosophiques. 2011;n° 125(2):89-106.
 122. Espace Éthique. Mise en œuvre d'une démarche éthique : spécificités, finalités, méthodes, obstacles par Fabrice Gzil [Internet]. [cité 28 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=sAN-Dou6dhk>
 123. La dignité | cours en ligne | Espace éthique/Ile-de-France [Internet]. [cité 21 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.espace-ethique.org/ressources/cours-en-ligne/la-dignite>
 124. Nicole-Drancourt C, Jany-Catrice F. Le statut du care dans les sociétés capitalistes. Introduction. Revue Francaise de Socio-Economie. 9 oct 2008;n° 2(2):7-11.
 125. Ifis [Internet]. Ifis. [cité 8 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.ifis.asso.fr/>
 126. Reducing pharmacy patient waiting time. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 7 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30354876>
 127. Sandel MJ. Justice / Michael J. Sandel ; traduit de l'anglais (États-Unis) par Patrick Savidan. Paris: Albin Michel; 2016. 410 p.
 128. Code de déontologie commenté - Communications - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 29 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-cahiers-thematiques/Code-de-deontologie-commenté>
 129. 19th Edition, Handbook of Nonprescription Drugs: An Interactive Approach to Self-Care | Request PDF [Internet]. [cité 7 juin 2019]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/322072187_19th_Edition_Handbook_of_Nonprescription_Drugs_An_Interactive_Approach_to_Self-Care
 130. Perceptions et opinions des Français sur les drogues - Tendances 88 - octobre 2013 - OFDT [Internet]. [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/perceptions-opinions-francais-sur-drogues-tendances-88-octobre-2013/>

131. Olivier Chambon. La médecine psychédélique.

SERMENT DE GALIEN

En présence des Maitres de la Faculté, je fais le serment :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances.

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 Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession.

De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens.

De coopérer avec les autres professionnels de santé.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

Author : GLIZE Thibaud

A human science approach to compendial consulting

Thesis director : Dr CAZALBOU Sophie

Place and date of defense : Toulouse, July 01, 2019

SUMMARY: Objective: This manuscript studies compendial advice in its usefulness, communication and ethical aspects. **Approach:** It opens up the possibility of study in areas that have not been studied very much so far. It highlights the contributions of the human sciences, namely social psychology and moral philosophy, to the practice of compendial consulting. **Outcomes:** Advice at the pharmacy is useful to the patient but is also suboptimal in its current form. Communication makes it possible to better understand an interpersonal relationship, and when it is effective, it brings many benefits for the patient, the pharmacist and society. Ethical practice in pharmacies is rarely studied, whereas many moral dilemmas are specific to it and the pharmacist's new public health missions may lead to new problems. The social sciences and humanities are poorly included in compendial practice, while early studies have shown their potential. **Strengths:** For the improvement of compendial advice, this manuscript presents three possible levels of intervention: interpersonal relationships, the organization of the compendial structure and the overall objectives set by the profession. He also distinguishes three components to the compendium council: scientific accuracy, flexibility of communication and its stakes through ethics. **Limits:** The limitations of this manuscript are the analytical bias, the scope of the subject matter and the limits competence of the author in the fields studied. **Contribution:** This manuscript proposes an original approach to compendial advice and the transcription of social science data by a pharmacist.

Discipline administrative : Pharmaceuticals sciences – Pharmacy

Keywords: Community pharmacies; Advice; Counselling; Impact; Communication; Ethics

Auteur : GLIZE Thibaud

Une approche en science humaine du conseil officinal

Directrice de thèse : Dr CAZALBOU Sophie

Lieu et date de soutenance : Toulouse, le 01 juillet 2019

RESUME : **Objectif :** Ce manuscrit étudie le conseil officinal dans son utilité, son aspect communicationnel et son aspect éthique. **Approche :** Il ouvre une possibilité d'étude dans des domaines jusqu'alors peu étudiés. Il souligne les apports des sciences humaines, à savoir la psychologie sociale et la philosophie morale, à la pratique du conseil officinal. **Résultats :** Le conseil à l'officine est utile au patient mais est également sous-optimal dans sa forme actuelle. La communication permet de mieux appréhender une relation inter-personnelle, et quand elle est efficace, amène de nombreux avantages pour le patient, le pharmacien et la société. La pratique éthique à l'officine est très peu étudiée alors que de nombreux dilemmes moraux lui sont spécifiques et que les nouvelles missions de santé publique du pharmacien risquent d'amener de nouvelles problématiques. Les sciences humaines sont aujourd'hui peu incluses dans la pratique officinale alors que les premières études démontrent leur potentiel. **Points forts :** Pour l'amélioration du conseil officinal ce manuscrit présente trois niveaux d'interventions possibles : la relation inter-personnelle, l'organisation de la structure officinale et les objectifs globaux que se fixe la profession. Il distingue également trois composantes au conseil officinal : la justesse scientifique, la souplesse de la communication et ses enjeux à travers l'éthique. **Limites :** Les limites de ce manuscrit sont les biais d'analyse, l'étendue du sujet et la compétence limitée de l'auteur dans les domaines étudiés. **Contribution :** Ce manuscrit propose une approche originale du conseil officinal et la transcription de données de sciences humaines par un pharmacien d'officine.

Titre et résumé en anglais de la thèse voir au recto

Discipline administrative : Science pharmaceutique - Pharmacie

Mots-clés : Pharmacie d'officine ; Conseil ; Impact ; Communication ; Ethique

Intitulé et adresse de l'UFR : Université Paul Sabatier Toulouse III – Faculté des Sciences Pharmaceutiques – 35 chemin des Maraîchers, 31062 Toulouse cedex 09